



Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
ГОО «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»
Самаркандский государственный медицинский университет

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ И СТУДЕНТОВ (XXI) ГОО «ТГМУ ИМ. АБУАЛИ
ИБНИ СИНО», ПОСВЯЩЁННОЙ 35-ЛЕТИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

«ПРОГРЕСС И ИНТЕГРАЦИЯ: НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В КЛИНИКЕ»

Том-1



24 апреля 2026 года



Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

Республики Таджикистан

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет

имени Абуали ибни Сино»

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»

Самаркандский государственный медицинский университет

РУШД ВА ҲАМГИРОӢ:

ДАСТОВАРДӢОИ ИЛМӢ ДАР АМАЛИЯИ КЛИНИКӢ

МАВОДӢОИ КОНФЕРЕНСИЯИ БАЙНАЛМИЛАЛИИ ИЛМӢ-АМАЛИИ ОЛИМОНИ ҶАВОН
ВА ДОНИШЧӢӢНИ МДТ «ДДТТ БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО» (XXI) БАҲШИДА
БА 35-СОЛАГИИ ИСТИҚЛОЛИ ДАВЛАТИИ ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН

ПРОГРЕСС И ИНТЕГРАЦИЯ:

НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В КЛИНИКЕ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ И СТУДЕНТОВ (XXI) ГОУ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО,
ПОСВЯЩЁННОЙ 35-ЛЕТИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

PROGRESS AND INTEGRATION:

SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS IN CLINICAL PRACTICE

PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF
YOUNG SCIENTISTS AND STUDENTS (XXI) OF SEI «AVICENNA TALJK STATE MEDICAL
UNIVERSITY», DEDICATED TO THE 35TH ANNIVERSARY OF THE STATE
INDEPENDENCE OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

ТОМ-1

*(Хирургические дисциплины, терапевтические дисциплины,
анестезиология и педиатрия)*

24 апреля 2026
Душанбе (Dushanbe)

Организационный комитет конференции

Абдуллозода Дж.А.	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Мухиддин Н.Д.	заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Шкляев А.Е.	заместитель председателя оргкомитета, и.о. ректора ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор
Ризаев Ж.А.	заместитель председателя оргкомитета, ректор Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор
Икром Т.Ш.	заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и инновации ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Кудрина Е.А.	заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и региональному развитию здравоохранения ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор
Кубаев А.С.	проректор по научной работе и инновациям Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор
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.
Додхох Дж.С.	проректор по учебной 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 идейно-воспитательной работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент
Каландарзода Ё.К.	проректор по хозяйственно-административной части ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.б.н., доцент
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.
Гулахмадзода З.Г.	декан фармацевтического факультета, к.ф.н.
Бахтиёрова Н.Б.	декан медико-профилактического факультета, доктор PhD
Зарифи Н.А.	руководитель службы ректора, доктор PhD
Назарзода Х.Н.	начальник международного отдела, доктор PhD
Сафаров Б.И.	начальник управления развития кадров, к.м.н.
Абдуллозода С.М.	начальник учебно-методического управления, д.м.н., доцент
Махмудзода Х.Р.	директор центра стратегического развития и менеджмента, к.м.н., доцент
Табариён Б.С.	директор НИИ фундаментальной медицины, д.м.н., профессор
Неъматзода О.	начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
Джамолова Р.Дж.	учёный секретарь ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент
Бобохочаев О.И.	ответственный редактор журнала «Наука и образование», д.м.н., профессор
Махмадализода Ф.	председатель комитета по делам молодежи
Ким А.А.	начальник научного отдела Самаркандского государственного медицинского университета, PhD, доцент
Пайзуллаева У.Ф.	начальник отдела организации научно-исследовательской деятельности одарённых студентов Самаркандского государственного медицинского университета, доктор PhD
Шаваз Н.Н.	председатель Совета молодых учёных Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н., доцент
Толмачев Д.А.	начальник учебно-методического управления, ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» д.м.н., доцент
Соболева А.А.	начальник отдела международного научного сотрудничества ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»
Корепанов А.В.	заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», к.м.н.
Ларионова М.А.	куратор студенческого научного общества ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор
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
Рахимов Н.Г.	специалист отдела подготовки научных кадров, к.м.н., доцент
Умарова З.Д.	специалист отдела науки и инноваций
Сироджов С.	специалист отдела науки и инноваций
Нарзиева Ф.А.	специалист отдела подготовки научных кадров
Субханова Г.С.	специалист отдела подготовки научных кадров
Мананова П.И.	специалист отдела подготовки научных кадров, к.фил.н.
Хушвахтов У.М.	делопроизводитель отдела науки и инноваций
Алиева Н.Ш.	заведующая кафедрой русского языка, к.п.н.
Амриджонзода 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
Тошев Х.Т.	специалист международного отдела

ПРОГРЕСС И ИНТЕГРАЦИЯ: НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В КЛИНИКЕ

Уважаемые коллеги, молодые учёные, студенты, преподаватели, дорогие гости!

От имени Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино сердечно приветствую вас на Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Прогресс и интеграция: научные достижения в клинике».

Для нашего университета эта конференция имеет глубокий смысл. Она продолжает добрую ежегодную традицию научного общения молодёжи, но в нынешнем году выходит на новый уровень и проходит уже в международном формате. Такой статус стал возможен благодаря соорганизации с Самаркандским государственным медицинским университетом и ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет». Выражаю искреннюю признательность администрации этих вузов за сотрудничество, доверие и готовность объединить усилия ради развития молодёжной медицинской науки. Отдельные слова благодарности адресую ректору Самаркандского государственного медицинского университета, доктору медицинских наук, профессору Ризаеву Жасуру Алимджановичу, а также и.о. ректора Ижевского государственного медицинского университета, доктору медицинских наук, профессору Шкляеву Алексею Евгеньевичу.

Само название конференции точно отражает её научную направленность и дух времени. Сегодня клиническая медицина развивается не изолированно, а через объединение знаний, технологий, исследовательских школ и практического опыта. Прогресс в клинике невозможен без прочной связи между фундаментальной наукой, образованием, цифровыми решениями, межвузовским взаимодействием и повседневной работой врача. Именно поэтому столь важны площадки, где молодые исследователи могут не только представить результаты своих наблюдений и разработок, но и увидеть, как рождается современная медицина - открытая к сотрудничеству, точная в выводах и нацеленная на реальную пользу для пациента.

Показательно, что в этом году на конференцию принято 2262 тезиса, из них 397 - с докладами. Эти цифры убедительно свидетельствуют о высокой заинтересованности молодых учёных и студентов в исследовательской работе, о росте академической активности, о стремлении нового поколения специалистов участвовать в решении актуальных задач клинической медицины. За каждым тезисом стоит самостоятельный поиск, работа с источниками, анализ результатов, обсуждение с наставниками, а значит - серьёзная школа профессионального становления.

Сегодня особенно радует, что молодёжная наука всё увереннее выходит за рамки одного вуза и одной страны. Международное научное общение открывает путь к сопоставлению подходов, обмену опытом, совместным исследованиям и формированию новых профессиональных связей. Для молодых авторов это не только возможность выступить перед

широкой аудиторией, но и важный шаг к дальнейшему участию в крупных научных проектах, публикационной деятельности и академическому партнёрству.

Обращаясь ко всем участникам конференции, хочу подчеркнуть: именно вам предстоит определять завтрашний облик медицины, клинического мышления и медицинского образования. Ваш интерес к науке, настойчивость в поиске ответов, готовность к честной дискуссии и стремление к новым знаниям формируют ту интеллектуальную среду, без которой невозможно поступательное развитие здравоохранения.

Отдельно приветствую наших зарубежных гостей и партнёров, которые принимают участие в работе конференции. Ваше присутствие придаёт этому научному форуму подлинно международный характер, расширяет пространство профессионального диалога и укрепляет дружеские связи между нашими университетами и научными школами. Мы высоко ценим ваше участие, открытость к сотрудничеству и вклад в общее дело подготовки молодого научного сообщества.

Уверен, что конференция «Прогресс и интеграция: научные достижения в клинике» станет местом содержательных обсуждений, новых идей, смелых научных инициатив и плодотворных встреч. Пусть представленные работы, доклады и дискуссии послужат дальнейшему развитию клинической науки, укреплению международного взаимодействия и воспитанию поколения врачей и исследователей, способных мыслить широко, работать добросовестно и служить здоровью людей.

Желаю всем участникам успешной работы, интересных выступлений, полезного общения и новых достижений на научном пути.

С уважением,

Ректор ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

д.м.н., профессор

Мухиддин Нуриддин Давлатали

Абдуллоев Дж.К., Холов И.Ш., Ахмадов С.С.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАНАЛЬНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Кафедра оперативной хирургия и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К.

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

Научный руководитель-старший преподаватель Мансуров Х. Н.

Цель исследования. Улучшение диагностики и усовершенствование лечения канальной паховой грыжи.

Материал и методы. Под наблюдением находились 18 мужчин в возрасте от 15 до 50 лет. Профессии наблюдаемых не были связаны с тяжёлым физическим трудом. Пациенты обратились к урологу с жалобами на периодические боли в яичке. Продолжительность жалоб составила от 6 месяцев до 2 лет. Все пациенты ранее обращались к урологам и безуспешно проходили лечение по поводу простатита, эпидидимита, почечной колики.

Результаты исследования. У всех пациентов боли носили длительный, периодический характер, возникали в положении стоя, усиливались в положении сидя и особенно нога на ногу. Интенсивность болей пациенты оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на 4–5 баллов. В положении лёжа боль уменьшалась до 3 баллов. При пальпации путем инвагинации мошонки определяется расширенное наружное паховое кольцо, положительный симптом кашлевого толчка и, самое главное, провоцируются именно те боли, которые беспокоят пациента. После окончания пальпации пациенты оценивают боль на 0–2 балла. После того как пациент вновь встанет или сядет, боль возвращается. Для подтверждения канальной паховой грыжи проводилось УЗИ мошонки с осмотром пахового канала. На УЗИ грыжу можно диагностировать только в момент, когда грыжевой мешок заполнен, т.е. когда в нём уже находится выпавший туда орган, иначе исследование будет не информативно. УЗИ менее чувствительно, чем КТ, но более динамично, поскольку можно обследовать в положении лёжа на спине и вертикальном положении, а также во время пробы Вальсальвы. Все больные были прооперированы в хирургическом стационаре. У всех пациентов был диагностирован I тип паховой грыжи (Nyhus, 1993), при котором отмечаются косые паховые грыжи с внутренним паховым кольцом нормального размера. Задняя стенка пахового канала в проекции медиальной паховой ямки интактна, и грыжевой мешок находится внутри пахового канала, доходя до середины пахового канала (инициальная или канальная). При таком типе грыж в настоящее время методом выбора является видеолапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза, которая и проводилась у наших пациентов. После операции боли полностью прекратились.

Вывод. Диагностика паховой канальной грыжи осуществляется по характерной клинической картине, пальпации пахового канала и проведении УЗИ мошонки с осмотром пахового канала.

Абдуллоев М.З., Салимова З.Дж., Мустафоев У.К.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Салимов Дж.С.

Цель исследования. Разработать и клинически обосновать систему клинорентгенологической стратификации риска ишемии кишечника при острой спаечной тонкокишечной непроходимости и оценить её диагностическую и прогностическую эффективность для оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы. Проведён анализ 367 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях. Пациенты были распределены на основную группу (n=198) и контрольную группу (n=169). Всем пациентам при поступлении выполнялась мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости с контрастным усилением. На основании совокупности клинических данных и КТ-признаков была разработана система стратификации риска ишемии кишечника, позволяющая распределить пациентов на группы низкого, среднего и высокого риска. При анализе учитывались длительность симптомов заболевания, характер контрастирования кишечной стенки, её толщина, наличие свободной жидкости в брюшной полости, а также признаки пневматоза кишечной стенки и газ в системе воротной вены. 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 предложенной модели.

Результаты исследования. Анализ клинорентгенологических признаков показал, что по мере увеличения степени риска ишемии кишечника достоверно возрастала частота ключевых диагностических признаков. Длительность симптомов более 24 часов отмечалась у 23,7% пациентов группы низкого риска, у 56,9% пациентов среднего риска и у 88,7% пациентов высокого риска ($p<0,001$). Снижение контрастирования кишечной стенки выявлено соответственно у 6,9%, 34,6% и 65,1% пациентов ($p<0,001$). Утолщение стенки кишечника более 3 мм наблюдалось у 21,4%, 62,3% и 79,2% пациентов соответственно ($p<0,001$). Свободная жидкость в брюшной полости выявлялась у 16,8% пациентов группы низкого риска, у 50,8% — среднего риска и у 87,7% — высокого риска ($p<0,001$). Пневматоз кишечной стенки регистрировался преимущественно у пациентов группы высокого риска (39,6%). Частота ишемии кишечника достоверно возрастала по мере увеличения степени

риска и составила 4,6% в группе низкого риска, 33,1% — в группе среднего риска и 63,2% — в группе высокого риска ($p<0,001$). Некроз кишечника выявлялся соответственно у 0,8%, 10,8% и 39,6% пациентов ($p<0,001$). С увеличением степени риска значительно возрастала частота хирургических вмешательств: экстренные операции выполнялись у 14,5% пациентов низкого риска, у 51,5% — среднего риска и у 90,6% — высокого риска ($p<0,001$). Частота резекции кишечника достигала 60,4% у пациентов высокого риска. Диагностическая эффективность предложенной системы стратификации риска характеризовалась высокой чувствительностью (81,7%) и специфичностью (79,4%), при этом площадь под ROC-кривой составила 0,87, что свидетельствует о высокой прогностической ценности модели.

Выводы. Клинико-рентгенологическая стратификация риска является эффективным методом прогнозирования ишемии кишечника при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Повышение степени риска достоверно ассоциируется с увеличением частоты ишемии, некроза кишечника и необходимостью экстренного хирургического вмешательства. Использование данной системы позволяет оптимизировать лечебную тактику и улучшить результаты лечения пациентов.

Абдуллоев С.Х1., Нажмудинов Ф.Н2., Гайратов И.Т1.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

¹ ГУ ГЦСМП г. Душанбе

² Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения «трудных» дуоденальных язв путём оптимизации предоперационного диагностического алгоритма с использованием современных лучевых и функциональных методов.

Материал и методы. Проведён анализ результатов обследования 104 пациентов с «трудными» ДЯ. Мужчины составили 83,7%, женщины - 16,3%. Пациенты были разделены на ретроспективную ($n=51$) и проспективную ($n=53$) группы. Диагностический комплекс включал ФГДС, полипозиционную рентгеноскопию, УЗИ высокого разрешения, КТ/МРТ и поэтажную внутриполостную манометрию способом открытого катетера.

Результаты и обсуждение. Комплексная визуализация позволила детализировать морфологические изменения. При ФГДС у 33,7% пациентов в экстренном порядке верифицировано кровотечение, а у 59,6% больных со стенозом - выраженная эктазия желудка. Рентгенологическое исследование (89,4%) послужило базисом для определения стадии пилородуоденального стеноза. УЗ-диагностика показала высокую корреляцию между размером язвы и чёткостью эхо-признаков. При дефектах >10 мм специфический симптом «выхода ниши за пределы стенки» регистрировался в 100% случаев. Визуализация третьего (серозного) слоя стенки ДПК у 5 пациентов стала прямым маркером глубокой пенетрации.

КТ и МРТ (применены у 18,9% и 9,4% соответственно) позволили объективизировать глубину пенетрации в головку поджелудочной железы. У 10 пациентов выявлены КТ-признаки сопутствующего индуративного панкреатита, что потребовало отказа от радикальной дуоденопластики в пользу резекционных методик «на выключение».

Ключевым этапом стала поэтажная манометрия (выполнена у 49,5% больных). Исследование позволило выявить нарушения, недоступные визуальным методам: скрытая дуоденальная гипертензия (15,1%): характеризуется нормальным базальным давлением, но стойким его повышением (>40 мин) после нагрузки; изолированная гипертензия (1,9%): высокое давление только в ДПК при норме в желудке; гипертензия с регургитацией (3,8%): повышение давления в ДПК и желудке, что является прямым показанием к дренирующим операциям или резекции по Ру.

Вывод. Применение мультимодального алгоритма, включающего КТ и УЗИ, позволяет с высокой точностью (до 100% при крупных язвах) определить глубину пенетрации и вовлечённость паренхиматозных органов. Поэтажная манометрия является патогенетически обоснованным методом выбора, позволяющим диагностировать скрытый дуоденостаз и гипертензию, что критически важно для профилактики послеоперационной несостоятельности швов. Отказ от шаблонных решений в пользу персонализированной тактики, основанной на морфофункциональных данных, позволяет существенно снизить риск специфических хирургических осложнений.

Абдуллоев С.Х., Иброхимзода С.Дж., Бегов Ш.К.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСН РТ.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайфиддинзода М.Б.

Цель исследования. Определить информативность компьютерной томографии (КТ) в выявлении метастатического поражения регионарных лимфатических узлов у пациентов с колоректальным раком (КРР).

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 55 пациентов с колоректальным раком, 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. По данным КТ регионарные лимфатические узлы визуализировались у 37 (67,3%) 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 лимфогенного оттока с размером 10 мм и более — статистически значимо повышало вероятность их метастатического поражения.

Выводы. КТ остаётся важным инструментом 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.

Абдуллоева Ф.Р., Нозилов С.К., Бобоназаров М.И.

АРЗЁБИИ МАРГИ НОБАҲАНГОМ ҲАНГОМИ БЕМОРИҲОИ ДИЛ

Кафедраи тибби судӣ МТД ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон
Кафедраи анатомияи патологӣ, тибби судӣ ва гистологи. МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон»

Роҳбари илмӣ – н.и.т Алиев А.А.

Максади таҳқиқот. Омӯхтани сабаб ва омилҳои инкишофи марги нобаҳангом ҳангоми бемориҳои дил.

Мавод ва усулҳо. Натиҷагирӣ дар асоси омӯхтани санадҳо ва ҳулосаи экспертии бойгонии шӯъбаи танатологии Маркази тиббии судии ҷумҳуриявӣ таъи солҳои 2015-2025 оварда шудааст. Ҳамагӣ 150 мавод таҳқиқ карда шудааст. Барои таҳқиқ аз барномаи Statistika 13.3 Windows, истифода бурда шудааст, аз ин миқдор 15 нафар бо гумонбарии марг аз бемории дил ҷой доштанд. Баъди аутопсия аз ҳама ҷасадох маводҳо аз узвҳои дарунӣ: дил, шуш, гурда, чигар ва мағзи сар гирифта шуда, баъди мустаҳкамкунӣ дар маҳлули 10% формалин микропрепаратҳо бо андозаи 5 ва 7 мк тайёр карда шуданд. Микромустанзариҳо дар зеро микроскопи Olympus бо калонкунии 40, 100 ва 400 нигарон гаштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Омӯзиш нишон дод, ки аксари фавтидагон ҷинси мард мебошад ($n=11$), синну соли фавтидагон 43-55 солро ташкил медед. Ҷасади 11 нафар аз хона, 2 нафар аз кӯча ва боз 2 нафар аз ҷойи қор дастрас карда шуданд.

Натиҷаи аутопсия ва таҳқиқоти гистологӣ нишон доданд, ки сабаби асосии марг норасоии шадиди дилу рағҳо дар аснои патологияи вучуддоштаи дил ба ҳисоб меравад. Дар ҳолати мастӣ 5 нафар мард ва 1 нафар зан қарор доштанд, бо аломатҳои захролудшавии экзогенӣ бошад 2 нафар. Дар 12 ҳолат таҳқиқоти морфологияи фавтидагон тағйиротҳои склеротикиро дар миокард, шараёнҳои дил, дар 5 ҳолат бошад аломати кардиомиопатияи алкоғолӣ бо васеъшавии ковокиҳои дил, гипертрофияи миокард ва кардиомиоситҳо қайд гардид. Инчунин тағйиротҳо дар дил ба монанди дистрофияи ҷарбӣ, калоншавии ҳаҷми дил “дили гов” низ дар баъзе ҳолатҳо ҷой доштанд.

Дар 4 ҳолат тағйиротҳо дар чигар ба монанди дистрофия, гепатоз ва сиррози чигар қайд карда шуд.

Ҳулоса. Ҳамин тавр, сабаби асосии марг ҳангоми бемориҳои дил ин ба таври ноаён гузаштани патологияи дил, ҷой доштани кардиомиопатияи алкоғолии дил, тағйиротҳои склоритикӣ дар шараёнҳои дил, бемориҳои ишемикии дил ба ҳисоб меравад. Дар ҳолати азхуд кардани малақаҳои расонидани аввали тиббӣ ва маҷмуи эҳғарӣ дар хона, кӯча ва ҷойи қор ва сари вақт гузаронидани онҳо миқдори фавт кам карда шавад. Инчунин гузаронидани диспансеризатсияи аҳоли низ метавон сари вақт пеши маргро гирифт.

Абдуллоева Ф.Р., Нарзуллоева Н.Дж., Саидова Ф.Г.

СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель – Розиков Н.Ш.

Цель исследования. Изучить причины смерти и патоморфологические изменения внутренних органов при синдроме внезапной смерти новорожденных и детей раннего возраста.

Материал и методы. Исследование основано на анализе 34 экспертных заключений аутопсий новорожденных и детей в возрасте до 1 года, внезапно умерших в 2015–2025 гг. и исследованных в Республиканском судебно-медицинском центре. Трупы поступили из детских стационаров ($n=17$), приемного отделения ($n=9$) и по месту жительства ($n=8$). Среди умерших преобладали лица мужского пола ($n=21$). Гистологическое исследование выполнено в 22 случаях. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине; парафиновые срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, а также по Романовскому–Гимзе. Микроскопическому анализу подвергались все внутренние органы.

Результаты исследования. При наружном исследовании во всех случаях признаков насильственной смерти не выявлено. Среди умерших новорожденные составили 8 случаев (23,5%), наибольшую группу – дети в возрасте 8-10 месяцев (23 случая; 67,6%). Согласно данным судебно-медицинских заключений, причинами смерти явились: бронхопневмония – 43,4%, острые респираторные вирусные инфекции – 18,8%, сепсис – 17,6%, врожденные пороки сердца и центральной нервной системы – 10,9%, прочие причины – 6,3%. Установлены сопутствующие неблагоприятные факторы со стороны матери и перинатального анамнеза. Вредные привычки матери (курение, употребление алкоголя и наркотических веществ во время беременности) отмечены в 11,6%

случаев; анемия – в 17,8%; многоплодная беременность – в 36,2%; преждевременные роды – в 21,3%. Неблагоприятные материально-бытовые условия зафиксированы в 21 случае; совместный сон ребенка с родителями отмечался в 17,8% наблюдений. Прослеживалась тенденция к преобладанию повторных родов и короткого интергенетического интервала. У 55,8% детей масса тела при рождении составляла менее 2500 г; 69,3% находились на искусственном вскармливании.

Гистологически выявлялись отек и полнокровие вещества головного мозга, петехиальные кровоизлияния. При ОРВИ в трахее и крупных бронхах определялись очаговые кровоизлияния, пролиферация эпителия мелких бронхов, бронхиол и альвеолярных ходов по типу сосочковых разрастаний. В легких отмечались умеренная гиперемия, отек, очаговая эмфизема. Микроскопически выявлялись дистрофические изменения эпителия: утрата ресничек, нарушение клеточной формы, зернистость цитоплазмы, очаги некроза и лейкоцитарная инфильтрация.

При сепсисе обнаруживались множественные кровоизлияния в кожу, подкожную клетчатку, легкие, вещество головного мозга, миокард, печень, почки и вилочковую железу. Микроскопически отмечались выраженное полнокровие сосудов, стазы в микроциркуляторном русле легких, головного мозга, надпочечников и органов желудочно-кишечного тракта.

В 7 случаях установлены врожденные пороки развития (тетрада и триада Фалло, аномалии проводящей системы сердца, аортальный стеноз). Гипертрофия миокарда и снижение коронарного кровотока способствовали развитию ишемии миокарда, а при стрессовых воздействиях – фибрилляции желудочков как непосредственного механизма смерти. По данным литературы, внезапная кардиальная смерть составляет около 10% всех случаев внезапной смерти детей, при этом часть «смертей в колыбели» связана с нераспознанными аритмиями.

Выводы. Наиболее частыми причинами внезапной смерти детей первого года жизни являлись бронхопневмония (43,4%), ОРВИ (18,8%), сепсис (17,6%), врожденные пороки сердца и ЦНС (10,9%). Существенную роль играют неблагоприятные перинатальные и социально-бытовые факторы, включая вредные привычки матери, анемию, преждевременные роды, низкую массу тела при рождении и искусственное вскармливание. Комплексная судебно-медицинская оценка клинико-анамнестических данных и морфологических изменений позволяет повысить обоснованность экспертных выводов при расследовании случаев внезапной детской смерти.

Абдуллоева Ф.Р., Ахмедова Р.Р., Мавланов М.А.

ДИНАМИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ КРОВОПОДТЁКОВ У ПОТЕРПЕВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

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

Научный руководитель – доктор PhD Назиров С.Н.

Цель исследования. Установить влияние черепно-мозговой травмы на динамику заживления кровоподтёков у потерпевших.

Материал и методы. Обследованы 25 потерпевших обоего пола в возрасте от 19 до 57 лет. Для объективизации определения давности кровоподтёков использован комплекс методов оценки функционального состояния кожи и подлежащих мягких тканей. Основным инструментальным методом являлась кожная термометрия.

Результаты исследования. У потерпевших с тяжёлой черепно-мозговой травмой выявлены выраженные особенности динамики показателей функционального состояния кожи, отражающие системные нарушения нейрогуморальной регуляции. Проведённые термометрические исследования продемонстрировали неоднородность и нестабильность температурной реакции кожных покровов на различных анатомических участках тела, что свидетельствует о дезорганизации механизмов периферической терморегуляции. В области грудной клетки и живота в большинстве наблюдений регистрировались явления гипертермии, что, вероятно, связано с перераспределением кровотока и относительной централизацией гемодинамики. Одновременно на конечностях отмечались выраженные температурные колебания, характеризующиеся снижением кожной температуры, вплоть до показателей ниже физиологической нормы, особенно в дистальных отделах. Подобная картина отражает нарушение сосудистого тонуса и микроциркуляции, обусловленное дисфункцией вегетативной нервной системы. В 76% наблюдений зафиксирована инверсия кожной температуры с утратой типичной проксимально-дистальной закономерности распределения тепла, при которой в норме температура проксимальных отделов превышает показатели дистальных. Выявленная температурная диссоциация носила стойкий характер и сохранялась в динамике наблюдения, что указывает на системный характер нарушений терморегуляции при тяжёлой черепно-мозговой травме.

Выводы. Выявленные закономерности обусловлены влиянием черепно-мозговой травмы на центры терморегуляции, метаболические процессы в коже и функциональное состояние вегетативной нервной системы. Степень выраженности изменений функционального состояния кожи коррелирует с тяжестью ЧМТ. Динамические изменения окраски кровоподтёков у потерпевших с тяжёлой черепно-мозговой травмой свидетельствуют о нецелесообразности использования цветовых характеристик в качестве надёжного критерия давности их возникновения. Наличие тяжёлой черепно-мозговой травмы существенно ограничивает диагностическую ценность показателей функционального состояния кожи и подлежащих мягких тканей при установлении сроков образования кровоподтёков.

Абдурасулов А.А., Исакова Х.О., Холов Д.Д.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ПРИ ОЖОГОВЫХ РАНАХ У БОЛЬНЫХ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии №2
ГОУ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить роль иммунологических и воспалительных маркеров в развитии осложнений и замедленного заживления ожоговых ран у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 260 пациентов с ожоговыми ранами. Основную группу составили 130 пациентов с ожоговой травмой на фоне сахарного диабета, контрольную группу — 130 пациентов без нарушений углеводного обмена. У всех пациентов проводилось клиническое обследование, оценка площади и глубины ожоговой поверхности, а также лабораторные исследования, включающие определение уровня глюкозы крови, HbA1c, С-реактивного белка (СРБ), лейкоцитарного индекса интоксикации и показателей белкового обмена. Дополнительно проводилось бактериологическое исследование раневого отделяемого. Статистический анализ включал методы описательной статистики, t-критерий Стьюдента, χ^2 -критерий Пирсона и многофакторный регрессионный анализ для выявления независимых факторов риска ($p < 0,05$).

Результаты исследования. У пациентов с сахарным диабетом отмечалось достоверное повышение маркеров воспалительной реакции. Средний уровень С-реактивного белка составил $46,8 \pm 12,4$ мг/л в основной группе и $28,3 \pm 9,7$ мг/л в контрольной группе ($p < 0,001$). Лейкоцитарный индекс интоксикации также был выше у пациентов с сахарным диабетом ($3,8 \pm 1,2$ против $2,4 \pm 0,9$; $p < 0,001$). Высокая микробная контаминация ожоговых ран ($> 10^5$ КОЕ/мл) выявлена у 42,3% пациентов основной группы и у 19,2% пациентов контрольной группы ($p = 0,001$). Сроки эпителизации ожоговых ран у пациентов с сахарным диабетом были достоверно более продолжительными и составили $16,2 \pm 4,7$ суток, тогда как у пациентов без диабета — $10,9 \pm 3,5$ суток ($p < 0,001$). Многофакторный анализ показал, что повышение уровня С-реактивного белка более 40 мг/л (OR=3,1; 95% ДИ 1,5–6,3; $p = 0,002$) и HbA1c более 7,5% (OR=3,5; 95% ДИ 1,7–7,1; $p < 0,001$) являются независимыми предикторами развития инфекционных осложнений.

Выводы. Ожоговые раны у пациентов с сахарным диабетом сопровождаются выраженной системной воспалительной реакцией и более высокой микробной контаминацией раневой поверхности. Повышение уровня С-реактивного белка и декомпенсация сахарного диабета являются значимыми прогностическими факторами неблагоприятного течения раневого процесса. Мониторинг иммунологических и воспалительных маркеров позволяет своевременно выявлять пациентов группы высокого риска и оптимизировать тактику хирургического лечения.

Абдурахимзода Ш.Р., Фурухов И.Ё., Равзатулох Р.
ДИФУЗНЫЙ ЗОБ СРЕДИ ДЕВУШЕК ВТОРОГО КУРСА ХГМУ
Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.
Научный руководитель - член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости диффузного зоба среди студенток второго курса ХГМУ и оценить распространённость данного эндокринного нарушения в исследуемой популяции.

Материал и методы. В декабре 2025 года проведено обследование 186 студенток второго курса медицинского университета в возрасте $19,3 \pm 1,0$ года.

Обследование включало сбор анамнеза, изучение жалоб и пальпаторную оценку размеров щитовидной железы. Определение объёма и степени зоба проводилось в соответствии с классификацией ВОЗ, с учётом диффузного и узлового характера изменений.

Результаты исследования. Диффузный зоб выявлен у 31 обследованных студенток, что свидетельствует о высокой распространённости данного состояния среди молодой женской популяции университета. Зоб I степени диагностирован у 30 (96,7%) студенток, зоб II степени - у 1 (3,3%). В исследуемой группе зарегистрирован один случай узлового зоба (3,3%). Все выявленные случаи диффузного зоба носили двусторонний характер и протекали без клинических симптомов выраженной дисфункции щитовидной железы.

Выводы. Диффузный зоб является наиболее частой эндокринной патологией среди студенток второго курса ХГМУ, тогда как узловой зоб встречается крайне редко. Полученные данные подчёркивают необходимость регулярного медицинского наблюдения, раннего выявления изменений структуры щитовидной железы и разработки профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья эндокринной системы и предупреждение возможных осложнений в дальнейшем.

Абдурахимзода Ш.Р., Равзатуллох Р., Тагоймуродзода Б.
ОЦЕНКА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕВУШЕК ВТОРОГО КУРСА ХГМУ
Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.
Научный руководитель - член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Изучить и провести оценку показателей индекса массы тела (ИМТ) у студенток второго курса ХГМУ.

Материал и методы. В декабре 2025 года проведено обследование 186 студенток второго курса ХГМУ. Средний возраст обследованных составил $19,3 \pm 1,0$ года.

В ходе исследования определялись показатели рост (см) и масса тела (кг). На основании полученных данных рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) по формуле: где m - масса тела (кг), h - рост (м). Показатель выражался в $\text{кг}/\text{м}^2$.

Оценка ИМТ проводилась в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): выраженный дефицит массы тела $16 \text{ кг}/\text{м}^2$; дефицит массы тела $16 - 18,5 \text{ кг}/\text{м}^2$; нормальная масса тела $18,5-24,99 \text{ кг}/\text{м}^2$; избыточная масса тела $25-29,9 \text{ кг}/\text{м}^2$; ожирение I степени $30-34,9 \text{ кг}/\text{м}^2$; ожирение II степени $35-39,9 \text{ кг}/\text{м}^2$; ожирение III степени $\geq 40 \text{ кг}/\text{м}^2$.

Результаты исследования. Максимальный показатель роста среди обследованных составил 173 см, минимальный - 145 см. Масса тела варьировала от 39 до 85 кг.

Анализ распределения значений ИМТ показал, что нормальная масса тела зарегистрирована у 146 (78,5%) студентов. Дефицит массы тела выявлен у 32 (17,3%) обследованных. Избыточная масса тела отмечена у 7 (3,7%) девушек. Ожирение I степени диагностировано у 1 (0,5%) студентки. Случаи ожирения II и III степени в исследуемой группе не выявлены.

Выводы. У подавляющего большинства студенток второго курса ХГМУ показатели ИМТ соответствуют возрастной физиологической норме, что свидетельствует о преимущественно удовлетворительном уровне физического развития. Вместе с тем выявленная доля лиц с дефицитом массы тела указывает на необходимость динамического наблюдения и профилактического консультирования. Распространённость избыточной массы тела и ожирения в исследуемой группе остаётся низкой.

Абдурахмонзода Л.А., Шералиев Дж.Ш., Кодирзода М.А.

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА К ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

Научный руководитель-к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Оптимизировать лечебно-диагностическую тактику у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) путем внедрения алгоритма прецизионного эндогемостаза и этапной антисекреторной терапии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 162 пациентов с верифицированными язвенными ЖКК. Популяционный состав характеризовался превалированием лиц трудоспособного возраста (30-40 лет)-58% ($n=94$). Группа гериатрического профиля составила 7,4% ($n=12$). У 38,3% ($n=62$) диагностирована тяжелая и крайне тяжелая степень кровопотери. Особенностью выборки являлся высокий индекс коморбидности: у 48,7% отмечено сочетание двух, а у 13,2%-трех и более сопутствующих патологий. В 32,1% случаев течение язвенной болезни было отягощено другими осложнениями (стеноз, пенетрация), что определяло индивидуализацию хирургической тактики. Диагностический протокол включал экстренную видеогастроудоскопию с оценкой стигмат кровотечения по классификации Forrest.

Результаты исследования. Разработанный лечебный алгоритм базировался на двухэтапном принципе. Первый этап (ургентный): 1) Противошоковая и гемостатическая терапия в условиях ОРИТ у пациентов с дефицитом ОЦК. 2) Ранняя лечебно-диагностическая ЭГДС: при выявлении признаков Forrest Ia, Ib, IIa проводился комбинированный эндогемостаз (инъекционный с электрокоагуляцией). 3) Динамический эндоскопический мониторинг в течение первых 24 часов. 4) Массивная антисекреторная терапия (ИПП парентерально и в болюсном варианте внутривенно).

Внедрение активного эндогемостаза позволило снизить частоту рецидивов до 6,2%, а общую хирургическую активность - до 3,4%. При неэффективности эндоскопических методов выполнялись неотложные операции: иссечение язвы либо резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Установлено, что простое прошивание язвы в 90% случаев ассоциировано с риском рецидива, что делает его методом «отчаяния», а не выбора. Общая летальность составила 10,4%, что обусловлено тяжестью сопутствующей патологии и массивностью кровопотери. Второй этап (реабилитационный): Всестороннее обследование после стабилизации гемодинамики для стратификации риска повторных осложнений и определения окончательной тактики (плановое хирургическое лечение или консервативная эрадикационная терапия).

Выводы. Реализация двухэтапного подхода, включающего прецизионный эндогемостаз под контролем динамического мониторинга и адекватную антисекреторную поддержку, позволяет существенно снизить частоту неоправданных оперативных вмешательств и улучшить прогноз у пациентов с тяжелыми формами язвенных ЖКК.

Холматова Х.К., Абдурахмонов У. Ж., Джафаров М.Ф.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСН РТ

Научный руководитель- ст.преподаватель Рахмонов Б.И.

Цель исследования. Изучить эффективность и рациональность использования современных методов визуализации опухоли.

Материал и методы. Нами изучены публикации по данной теме в источниках научной медицинской информации SCOPUS, PUBMED и Library

Результаты. Существует достаточно много данных подтверждающих, что ожирение связано с повышенным риском РМЖ и тяжестью течения в постменопаузе. Показано, по данным метаанализа, что коэффициент

риска РМЖ у пациенток сожирением составляет 1,12 (95% ДИ, 1,08–1,16) на каждые 5 кг/м² увеличение ИМТ. Также отмечено, что у женщин с высоким ИМТ, связанной с большим количеством жировой ткани молочной железы, наблюдается увеличение чувствительности обнаружения РМЖ на 3-36% по сравнению женщин с нормальным весом. На этой основе Американский колледж радиологов разработал классификацию плотности ткани молочной железы, основанную на количестве фиброгладулярной ткани (плотная) и жировой ткани (менее плотная). Сахарный диабет, по данным метаанализов признан также независимым фактором риска развития рака молочной железы. Метаанализы подтверждают увеличение риска развития РМЖ у женщин с СД на 20-25%, а риск смертности от РМЖ повышается на 24-44%. Длительное применение инсулина приводит к повышению плотности ткани железы, которая является предиктором риска РМЖ.

Выводы. Существует достаточно доказательств, что ожирение и СД являются факторами развития риска РМЖ. Плотность ткани молочной железы, связанная с метаболическим синдромом обуславливает высокие показатели ложноотрицательных результатов при визуализации процесса.

Абирова Г.Д.

ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ СПАЙКИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ: НЕДООЦЕНЕННАЯ ПРИЧИНА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ

Кафедра “Хирургические болезни”. НАО “Карагандинский медицинский университет”. Казахстан.
Научный руководитель – PhD, ассоциированный профессор Аманова Д.Е.

Цель исследования. Определение частоты выявления эмбриональных спаек илеоцекальной области у детей с абдоминальной болью (на основе систематического анализа литературы за 2016-2026гг.) и разработка алгоритма дифференциальной диагностики с острым аппендицитом для улучшения клинических исходов.

Материал и методы. Проведён систематический поиск публикаций в базах PubMed/ MEDLINE, Trip Database, Google Scholar, Cochrane library, CyberLeninka за период 2016-2026 гг. (последний поиск – март 2026 г.). Использованы ключевые слова: congenital peritoneal bands, embryonic adhesions, ileocecal region, abdominal pain, acute appendicitis, differential diagnosis, adhesiolysis. В анализ включено 30 источников, соответствующих критериям: педиатрическая популяция, наличие инструментальной или интраоперационной верификации диагноза. Исключались исследования без подтверждённого диагноза и работы, посвящённые взрослым пациентам. Качество исследований оценивалось по шкале Newcastle-Ottawa. Выполнен качественный синтез данных.

Результаты исследования. Частота выявления врождённых спаек при лапароскопиях по поводу рецидивирующей боли достигает от 12 до 22%, а в группе пациентов с подозрением на аппендицит и неизменённым оторостком – 15-25%. Клиническая картина спаек часто имитирует аппендицит: боль в правой подвздошной области, тошнота, локальная болезненность. Ключевыми дифференциально-диагностическими признаками служат: связь боли с приёмом пищи, длительный анамнез (недели-годы), отсутствие лихорадки и лабораторных маркеров воспаления, а также схваткообразный характер боли. Ультразвуковое исследование (чувствительность 30-50%) не всегда позволяет визуализировать спайки, однако помогает исключить острый аппендицит. Наиболее информативными методами диагностики являются магнитно-резонансная энтерография (чувствительность до 82%) и диагностическая лапароскопия, при этом лапароскопия остаётся «золотым стандартом».

Предложен алгоритм дифференциальной диагностики: оценка клинико-анамнестических данных (рецидивирующая боль, связь с едой, длительность более 2 недель, афебрилитет), лабораторные тесты (отсутствие лейкоцитоза и повышения С-реактивного белка), ультразвуковое исследование (исключение аппендицита, косвенные признаки спаек), при сохраняющихся сомнениях – магнитно-резонансная энтерография, окончательная верификация – лапароскопия с адгезиолизисом. Применение алгоритма позволяет снизить частоту необоснованных аппендэктомий. Лапароскопический адгезиолизис приводит к стойкому купированию боли у 85–90% пациентов.

Выводы. Эмбриональные спайки илеоцекальной области представляют собой значимую, но часто упускаемую из виду причину абдоминальной боли у детей. Данная патология требует активного включения в дифференциально-диагностический ряд, особенно при нетипичной клинической картине «острого живота». Своевременное применение современных методов визуализации (магнитно-резонансная энтерография, диагностическая лапароскопия) и адекватное хирургическое лечение (адгезиолизис) позволяют избежать необоснованных аппендэктомий и улучшить качество жизни пациентов.

Авалбоева Х.У., Ниезов Р.М., Эшпулатов К.Ш.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ “ХГМУ”, Таджикистан.
Научный руководитель - Эшпулатова С.С.

Цель исследования. Проанализировать случаи кератоконъюнктивита у пациентов Центральной районной больницы Дангаринского района для определения частоты встречаемости различных клинических форм данного заболевания.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ обращаемости пациентов в Центральную республиканскую больницу Дангаринского района за период 2024-2025 гг. Всего было обследовано 1228 пациентов с различными офтальмологическими заболеваниями. Диагностика кератоконъюнктивита основывается на комплексном клиническом обследовании, включающем тщательный сбор жалоб и анамнеза заболевания, наружный осмотр органа зрения и определение остроты зрения. Инструментальная диагностика дополняется

проведением биомикроскопии глаза с использованием щелевой лампы, офтальмоскопией, а также обязательным выполнением флуоресцеиновой пробы для выявления дефектов эпителия роговицы. Для оценки функционального состояния слезного аппарата применяются тест Ширмера, позволяющий определить уровень слезопродукции, и проба Норна для исследования стабильности прекорнеальной слезной пленки. Лабораторная верификация диагноза включает микроскопическое исследование мазка с конъюнктивы и бактериологический анализ отделяемого конъюнктивального мешка, а при наличии клинических показаний проводится дополнительное вирусологическое исследование. Основные жалобы пациентов: покраснение глаз, слезотечение, зуд глаз, светобоязнь, ощущение инородного тела или «песка» в глазах, слизистые или слизисто-гнойные выделения, снижение остроты зрения. При объективном осмотре выявлялись: гиперемия конъюнктивы, отёк конъюнктивы (хемоз), инфильтраты роговицы, папиллярная гипертрофия конъюнктивы, точечные дефекты эпителия роговицы.

Результаты исследования. В ходе анализа установлено, что у 29 пациентов (2,36%) из 1228 обследованных был диагностирован кератоконъюнктивит. Из них мужчин - 17 пациентов (58,6%), женщин - 12 пациентов (41,4%). Наибольшая частота заболевания отмечалась в возрастной группе 10-25 лет, что характерно для аллергических форм заболевания. Распределение по клиническим формам: весенний (вернальный) кератоконъюнктивит - 12 случаев (41,3%), аллергический кератоконъюнктивит - 8 случаев (27,6%), вирусный кератоконъюнктивит - 5 случаев (17,2%), бактериальный кератоконъюнктивит - 4 случая (13,7%).

Выводы. Частота кератоконъюнктивита среди пациентов Центральной республиканской больницы Дангаринского района составила 2,36%. В структуре заболевания преобладают аллергические формы, среди которых наиболее распространён весенний (вернальный) кератоконъюнктивит. Это свидетельствует о связи с климатическими особенностями региона, включая высокую температуру воздуха, сухость климата, интенсивное солнечное излучение и повышенную запылённость окружающей среды. Ранняя диагностика с использованием клинических, инструментальных и лабораторных методов позволяет своевременно выявлять заболевание и предотвращать развитие осложнений. Полученные результаты подчёркивают необходимость профилактических мер и информирования населения о факторах риска и методах защиты глаз в условиях жаркого и сухого климата.

Азаматов У.Р., Комилов Д.К.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдувохидов Б.У.

Цель исследования. Продемонстрировать результаты хирургического лечения пациента с постинфарктным дефектом межжелудочковой перегородки.

Материал и методы. В отделение кардиохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии поступил пациент в возрасте 65 лет, с жалобами на сильные боли в области сердца с иррадиацией за грудину, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке, общую слабость. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 120 ударов в 1 минуту. ЭОС отклонена влево. Очаговые изменения в передне-перегородочной, в области верхушки и задней стенке сердца. На ЭхоКГ: фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)-38%. Акинезия по передне-перегородочной области и на верхушке. Мышечный дефект межжелудочковой перегородки (МЖП) размером 9 мм. Визуализируется сброс крови из левого желудочка в правый. Градиент между желудочками 43 мм рт. ст., пролапс задней створки митрального клапана. Регургитация I-II ст. на трикуспидальном клапане. В полости перикарда около 100 мл экссудата. На рентгенограмме: признаки гиперволеии малого круга кровообращения. Двухсторонний плеврит. На коронарографии: окклюзия в проксимальной части передней нисходящей артерии и субтотальный стеноз I маргинальной ветви левой коронарной артерии.

Результаты исследования. После стабилизации гемодинамики выполнена операция в условиях искусственного кровообращения. По вскрытии перикарда в нем обнаружено около 100 мл экссудата. При ревизии в передневерхушечном отделе стенки левого желудочка (ЛЖ) обнаружено местонахождение аневризматического выпячивания размерами 30х50 мм. Через стенку последней параллельно ходу передней нисходящей артерии (ПНА) произведена левосторонняя венстрикулотомия. При ревизии в верхушечной части МЖП обнаружен дефект размером 2,5х2,0 см. Вокруг дефекта определялись признаки начинающегося фиброза. Была выкроена заплата из синтетического материала «Gore-Tex» заведомо большего размера (5,0х4,0 см), чем размер дефекта. 14 отдельными проленовыми нитями 4/0 на прокладках заплата пришита по краю визуально неповрежденного миокарда, начиная с базальных отделов сердца и продолжая по перегородке к верхушке, позади от места ДМЖП. При ревизии заплата пришта герметично. Дефект левого желудочка был закрыт по методике «Sandwich» на синтетических полосках из «PTFE» с укреплением линии разреза непрерывным швом полипропиленовой нитью 2/0. Следующим этапом был наложен дистальный аутовенозный анастомоз с передней нисходящей артерией. После согревания до 36,5°C и профилактики воздушной эмболии снят зажим с аорты. Проксимальная часть анастомоза наложена на работающем сердце. Время пережатия аорты составила 128 минут, время искусственного кровообращения- 201 минуты.

Выводы. Закрытие постинфарктного разрыва МЖП при помощи методики, предложенной Н. Fujiwara является безопасной и эффективной. Одномоментное выполнение пластик разрыва МЖП с аорткоронарным шунтированием дает хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Азамов И.И.
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕ-
ФОРМАЦИЙ НОСА

Кафедра хирургических болезней № 2 им. академика Усманова Н.У.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Одинаева М.С.

Цель исследования. Изучить результаты компьютерной томографии у больных с посттравматическими деформациями носа.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2021 по 2026 гг. обратились в плановом порядке 37 пациентов с затруднением носового дыхания с посттравматическими дефектами носа. Среди них было 14 мужчин и 23 женщины. Возраст пациентов варьировал от 17 до 51 года. Средний возраст пациентов составлял 25 лет. На основании компьютерной томографии в 3-D проекции было установлено, что у 34 пациентов с посттравматическими деформациями носа наблюдались искривления носовой перегородки в различных вариантах, а также обнаружили гипертрофию нижних носовых раковин. У 14 (38%) пациентов с правосторонней гипертрофией нижней носовой раковины было левостороннее искривление носовой перегородки, у 19 (51%) пациентов при левосторонней гипертрофии нижней носовой раковины аналогично было правостороннее искривление. У 4(11%) пациентов с двухсторонней гипертрофией нижних носовых раковин искривление перегородки носа не наблюдалось.

Результаты исследования. Всем больным в плановом порядке с целью устранения затруднения носового дыхания и коррекции формы носа выполнена открытая септоринопластика и односторонняя или двухсторонняя конхэктомия.

Послеоперационный период у всех 37 больных протекал гладко, раны зажили первично, без развития осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде больных беспокоили незначительные отёки на лице и слизистых оболочках носовых ходов. Ведение послеоперационного периода было аналогично стандартам, принятым в ринопластике. Турунды из носовых ходов были сняты на 5-сутки, а гипсовая лангета - на 6 суток.

В отдалённом послеоперационном периоде от 6 месяцев до 1 года отёки полностью устранились, эстетическая форма носа была хорошей, а носовое дыхание было полностью восстановлено.

Выводы. Таким образом, предоперационное проведение компьютерной томографии даёт возможность выявить состояние носовых структур, их смещение, увеличение нижних носовых раковин, что позволяет поэтапно и последовательно разработать тактику оперативного вмешательства, позволяет одновременно восстановить не только эстетически хорошую форму, но и восстановить физиологическую функцию носа

Азизов А.С., Асадов С.С., Джураев Б.Т.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Курбонов С.Х.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного подхода к лечению пациентов с переломами шейки бедренной кости, включающего раннее хирургическое вмешательство, ускоренную реабилитацию и медикаментозную коррекцию остеопороза, по сравнению со стандартными методами ведения.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 120 пациентов в возрасте от 65 до 88 лет с медиальными переломами шейки бедра. Пациенты были разделены на две репрезентативные группы: основной и контрольной.

Основная группа (n=65) велась по программе комплексного лечения: операция в течение 48 часов, вертилизация на вторые сутки, ранняя реабилитация, профилактика тромбоэмболии и назначение патогенетической терапии (препараты кальция, витамин Д, бисфосфонаты). Контрольная группа (n=55): традиционное лечение с более поздними сроками оперативного вмешательства (свыше 72 часов) и стандартным протоколом реабилитации. Методы операции: тотальное эндопротезирование, полусное протезирование, реже остеосинтез канюлированными винтами. Оценка функционального состояния тазобедренного сустава проводилась по 100-бальной шкале Харриса (Harris Hip Score) в динамике через 6 и 12 месяцев. Данная методика позволила объективизировать результаты лечения на основании анализа четырех ключевых параметров: интенсивности болевого синдрома (до 44 баллов), функциональной активности и ходьбы (до 47 баллов), отсутствия деформаций (до 4 баллов) и амплитуды движений (до 5 баллов). Итоговый результат интерпретировался как отличный (90-100), хороший (80-89), удовлетворительный (70-79) и неудовлетворительный (менее 70 баллов).

Результаты исследования. При анализе данных в основной группе отмечено значительное снижение частоты послеоперационных осложнений.

Функциональные показатели: Через 6 месяцев средний балл по шкале Харриса в основной группе составил 82,4 балла, в контрольной-71,1 балла. К 12 месяцам в основной группе показатель достиг 88,2 балла, в то время как в контрольной, из-за замедленной реабилитации составил лишь 74,5 балла. Осложнения: Госпитальная летальность в контрольной группе составила 18%, в то время как в основной группе данный показатель удалось снизить до 6% (разница 12%). Частота развития гипостатических осложнений (застойной пневмонии, пролежней) в контрольной группе достигла 25%, тогда как в основной группе за счет ранней мобилизации этот показатель сократился в 2,5 раза и составил 10%. Успех лечения напрямую зависит не только от каче-

ства фиксации костных отломков или установки протеза, но и от соматической подготовки. Комплексное назначение препаратов кальция и витамина ДЗ в сочетании с бисфосфонатами позволило снизить риск повторных переломов на 18% в течение первого года наблюдения.

Выводы. Комплексный подход сокращает сроки госпитализации и минимизирует риск послеоперационных осложнений у пациентов с переломами шейки бедренной кости. Комплексное лечение, начатое в первые 48 часов с момента повреждения, позволяет существенно снизить риск летальности. Эндопротезирование является методом выбора для пациентов старшей возрастной группы, обеспечивая максимально быстрое восстановление опороспособности конечности.

Азизова Ш.А., Убайдуллаев Х.Х

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ И КОСЫМ ВХОЖДЕНИЕМ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Кафедра Офтальмологии ТГМУ, Узбекистан

Научный руководитель-д.м.н., профессор Нарзикулова К.И.

Цель исследования. Совершенствование диагностики глаукомы у пациентов с миопией и косым вхождением диска зрительного нерва на основе комплексной оценки клинических, морфометрических, структурных и функциональных показателей.

Материал и методы. На данном этапе в исследование были включены 40 пациентов, распределённых на 2 клинические группы. 1-ю группу составили 20 пациентов; в анализ вошли 18 глаз с миопией и косым вхождением диска зрительного нерва. 2-ю группу составили 20 пациентов; в анализ вошли 16 глаз с миопией, косым вхождением диска зрительного нерва и признаками первичной открытоугольной глаукомы.

Всем пациентам выполнялось комплексное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию, авторефрактометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, компьютерную периметрию и оптическую когерентную томографию. Полученные результаты были подвергнуты сравнительному клинико-статистическому анализу.

Результаты исследования. Предварительные результаты исследования показали, что у пациентов с миопией и косым вхождением диска зрительного нерва выявляются выраженные анатомо-морфологические особенности, оказывающие существенное влияние на интерпретацию стандартных диагностических признаков глаукомы. Поскольку патологические изменения выявлялись не во всех глазах, статистический анализ проводился по количеству глаз, соответствовавших критериям включения.

По данным тонометрии, у пациентов 1-й группы уровень внутриглазного давления находился в пределах $17,2 \pm 1,8$ мм рт. ст., тогда как во 2-й группе данный показатель был выше и составил $23,6 \pm 2,4$ мм рт. ст. Средняя толщина RNFL в 1-й группе составила $89,4 \pm 8,6$ мкм, во 2-й группе — $76,8 \pm 7,9$ мкм. Средние показатели GCC также различались между группами: в 1-й группе они составили $82,7 \pm 6,8$ мкм, во 2-й группе — $71,3 \pm 6,4$ мкм. У пациентов с сочетанием миопии, косого вхождения диска зрительного нерва и глаукомы отмечалось более выраженное сочетание структурных нарушений с функциональными дефектами поля зрения, что указывает на необходимость комплексной оценки клинико-инструментальных данных, а не изолированного анализа отдельных параметров. Особое значение имели результаты компьютерной периметрии. У пациентов 2-й группы повторное периметрическое исследование выявило стойкие, не меняющиеся изменения поля зрения, что подтверждало наличие стабильных функциональных дефектов, характерных для глаукомного процесса. В то же время у пациентов 1-й группы результаты повторной периметрии не совпадали с первичными данными, отличались вариабельностью и не носили постоянного характера, что может свидетельствовать в пользу нестойкости функциональных изменений при миопии и косом вхождении диска зрительного нерва без глаукомы.

Выводы. Установлено, что миопия в сочетании с косым вхождением диска зрительного нерва существенно осложняет диагностику глаукомы. Использование только стандартных офтальмоскопических и томографических критериев в данной группе пациентов недостаточно для достоверной дифференциации миопических и глаукоматозных изменений. Наиболее обоснованным является комплексный подход, основанный на сопоставлении морфометрических особенностей диска зрительного нерва, структурных параметров сетчатки и функционального состояния зрительного анализатора.

Азимзода Ф.А.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ПЛОДА В ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗА 2020-2024 ГОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзулаевой Е.Н.

ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель д.м.н., профессор Мухамадиева С.М.

Цель исследования. Анализ изменений в частоте и структуре преждевременных родов (ПР) с экстремально низкой массой плода в Хатлонской области за период с 2020 по 2024 год.

Материал и методы. Статистическая форма №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, рожающим и новорожденным» за 2020-2024 гг.

Результаты исследований. На протяжении пяти лет наблюдается колебание частоты ПР среди новорожденных с экстремально низкой массой (500–999 г), но общий тренд остаётся относительно стабильным: в 2020 году – 5,4%, в 2021 году – 7,6%, в 2022 году – 5,6%, в 2023 году – 5,0%, и в 2024 году – 5,3%. Наибольшее увеличение частоты произошло в 2021 году (7,6%), что может свидетельствовать об ухудшении качества медицин-

ского обслуживания, повышении числа рисков, пандемия COVID-19 и её влияние в этот период. С 2022 года показатели начинают снижаться и возвращаются к уровню 2020 года (5,0–5,4%), что может свидетельствовать о стабилизации ситуации, но без значительных улучшений. В 2024 году частота снова немного увеличивается до 5,3%, но всё равно остаётся ниже максимума 2021 года. Это может означать, что ситуация остаётся под контролем, но частота ПР не снижается на должном уровне. Показатель живорожденности в этой весовой категории составлял 56,9% в 2020 году, 51,5% - в 2021г., 53,0%-в 2022г., 51,5%- в 2023г., 51,5% - в 2024 г. Заметное снижение показателя живорожденности в 2021 году и отсутствие восстановления в следующие годы – это тревожный сигнал. В плане ухудшения исходов для плодов с экстремально низкой массой тела 2021 год мог быть критическим, что подтверждается и увеличением частоты ПР. Снижение показателя живорожденности в течение всех четырёх лет может указывать на проблемы с качеством медицинского обслуживания, недостаточной подготовленностью к таким родам, а также на проблему с своевременным выявлением и лечением осложнений у беременных с высоким риском ПР. Динамика перинатальной смертности (смертность плодов и новорожденных) показывает положительную тенденцию к снижению, что является хорошим знаком: в 2020 году - 91,6%, в 2021 г.-89,4%, в 2022 г. -84,3%, в 2023 г.- 80,1%, в 2024 г. - 77,8%. Это может быть связано с улучшением медицинского оборудования, технологиями, подходами к выхаживанию таких детей или улучшением организации специализированной помощи. Однако, уровень смертности всё ещё остаётся на крайне высоком уровне, что говорит о наличии значительных проблем в системе здравоохранения. Мертворождаемость достигала пиковых значений в 2020-2021 годах (46,9–52,2%), в 2022 г. составила 49,7%, в 2023 г.- 47,3%, в 2024 г. - 45,6%. Этот показатель по-прежнему остаётся на уровне, который свидетельствует о недостаточном уровне профилактики, диагностики и помощи при беременности с высоким риском. Антенатальная гибель плода снизилась в 2024 году до 94,9% (с 91,9% в 2020 году). Интранатальная гибель плода была на низком уровне с максимальным значением в 2021 году (37,8%). Ранняя неонатальная смертность показала тенденцию к снижению с 53% в 2020 году до 37,8% в 2024 году.

Выводы. Высокие уровни мертворождаемости и антенатальной гибели плода требуют дальнейшего улучшения антенатального ухода, повышения уровня диагностики и мониторинга на ранних стадиях беременности. Необходимы мероприятия по активному выявлению женщин с высоким риском и улучшению доступа к специализированной медицинской помощи.

Азимзода Ф.А., Хаитова Д.К., Икромов Д.З.

ЧАСТОТА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА СРЕДИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ГОРОДА ДУШАНБЕ В 2020-2024годах

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзулаевой Е.Н.

ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мухамадиева С.М.

Цель исследования. Исследовать частоту врожденных пороков развития (ВПР) плода среди недоношенных новорожденных в городе Душанбе на основе официальных статистических данных за 2020-2024 годы.

Материал и методы. Статистическая форма №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, рожающим и новорожденным» за 2020-2024 гг. по городу Душанбе

Результаты исследования. В ходе исследования выявлены различия в частоте ВПР среди новорожденных в зависимости от массы тела и года наблюдения. В группе с массой тела 500–1999 г в 2020–2021 годах была относительно высокая частота ВПР: 6,6% и 8,0%, в 2022 году показатель снизился до 4,3%, а в 2024 году составил 2,5%. За весь период наблюдается тенденция к снижению частоты ВПР, однако статистически значимых различий не было

($p < 0,105$). В группе с массой тела 1000–1499 г частота ВПР была наивысшей в 2020–2021 годах (13,0% и 12,5%), снизилась в 2022 году до 10,9%, но в 2024 году снова возросла до 9,4% ($p < 0,001$). В группе с массой тела 1500–2499 г частота ВПР снизилась с 6,5% в 2020 году до 3,1% в 2022 году, а затем несколько возросла в 2023–2024 годах ($p < 0,001$). Доля ВПР в структуре ранней неонатальной смертности (РНС) среди новорожденных с массой тела 500–1999 г показала снижение: с 9,3% в 2020 году до 3,0% в 2023 году, но статистически значимых различий не было ($p = 0,107$). В группе с массой тела 1000–1499 г доля ВПР в структуре РНС в 2020 году была высокой (15,7%), но в 2021–2022 годах снизилась до 5,0%, с последующим резким увеличением в 2023 году (17,4%) и снижением в 2024 году до 8,3% ($p < 0,025$). По динамике мертворождаемости с ВПР в группе новорожденных с массой тела 500–1999 г в 2020–2021 годах наблюдалась высокая доля (44,0% и 42,7%), но в 2022 году показатель снизился до 28,6%, в 2023 году составил 11,8%, а в 2024 году возрос до 21,6%. Эта динамика статистически значима ($p < 0,002$). В группе 1000–1499 г доля мертворожденных с ВПР в 2020 году составляла 50%, затем снизилась до 20,5% в 2022 году, но в 2024 году возросла до 16,7% ($p < 0,001$). В группе с массой тела 1500–2499 г доля ВПР среди мертворожденных снизилась с 37,1% в 2020 году до 13,2% в 2024 году ($p < 0,001$).

Выводы. За период с 2020 по 2024 годы наблюдается значительная вариабельность частоты ВПР среди недоношенных новорожденных города Душанбе. Несмотря на общую тенденцию к снижению частоты ВПР, изменения статистически значимы только в некоторых группах, что указывает на значительную изменчивость показателей в зависимости от массы тела и года наблюдения. Количественные показатели не только характеризуют эпидемиологическую ситуацию, но и определяют направления практических вмешательств - к системному клиническому аудиту и профилактическим мероприятиям для дальнейшего снижения перинатальных потерь, ассоциированных с врождёнными пороками развития.

Акрами П.С., Акрамова Б.Г., Ахмедова М.А.
**РОЛЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВПЧ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ПЕРСПЕКТИВЫ
ДЛЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра Акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Козидавлатзода Б

Цель исследования. Анализ эффективности вакцин против вируса папилломы человека (ВПЧ) как основного инструмента профилактики рака шейки матки (РШМ).

Материал и методы. В основу исследования лег аналитический обзор научной литературы за период с 2006 по 2025 годы. Объектом анализа послужили данные клинических и когортных исследований, охватывающие следующие группы людей: Девочки и мальчики подросткового возраста (9–14 лет) — основная целевая группа для первичной профилактики. Молодые женщины (15–26 лет) и взрослые женщины (до 45 лет), получившие вакцину в рамках «догоняющей» иммунизации.

Результаты исследования. Установлено, что персистирующая инфекция ВПЧ высокого риска (преимущественно 16 и 18 типы) является причиной около 70% всех случаев РШМ. Эффективность иммунизации: Вакцинация препаратами, содержащими вирусоподобные частицы (ВЧ), демонстрирует снижение риска развития инвазивного рака на 88% при введении до 17 лет. Схемы применения: Для подростков 9–14 лет эффективной признана двухдозовая схема, а для лиц старше 15 лет и групп с ослабленным иммунитетом — трехдозовая. Барьеры внедрения: Основными препятствиями для Таджикистана остаются недостаточная осведомленность населения, культурные предубеждения в отношении вакцин против инфекций, передающихся половым путем, а также необходимость совершенствования системы национального канцер-регистра и логистических цепочек.

Выводы. Вакцинация против ВПЧ признана ВОЗ фундаментом глобальной стратегии по ликвидации рака шейки матки. Для успешной реализации программы в Таджикистане необходимо сосредоточить усилия на повышении грамотности медицинского персонала и населения, интеграции вакцинации в национальный календарь прививок и обеспечении стабильного финансирования. Ранняя иммунизация в сочетании с регулярным скринингом является наиболее экономически эффективным способом защиты здоровья женщин в долгосрочной перспективе. Программа должна сопровождаться активным просвещением родителей и медицинского персонала для преодоления социальных барьеров. В перспективе сочетание ранней вакцинации с современным скринингом позволит практически полностью исключить смертность от рака шейки матки в стране. Дальнейшие исследования должны быть сосредоточены на изучении эффективности однодозовой схемы в условиях ограниченных ресурсов и развитии терапевтических вакцин.

Акрами П.С., Акрамова Б.Г., Мирзоева Ш.М
ОСОБЕННОСТИ ГОНАДОТРОПНОЙ И ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ) ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра акушерства гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель: к.м.н. Бобджонова Оксана

Цель исследования. Изучить особенности гонадотропной и овариальной функций у женщин с хроническими ВЗОМТ хламидийной этиологии.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 50 женщин репродуктивного возраста с хроническими ВЗОМТ. Пациентки были разделены на две группы: 1-я группа (основная) — 24 женщины с монохламидийной инфекцией; 2-я группа (сравнения) — 26 женщин с микст-инфекцией (в том числе хламидиоз в сочетании с другими ИППП). Проводились: гинекологический осмотр, иммуноферментный анализ уровней гормонов (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон) и ультразвуковой мониторинг фолликулогенеза.

Результаты исследования. Гинекологический осмотр выявил высокую распространенность воспалительных изменений: у 49,2% обследованных выявлено воспаление влагалища, у 32,5% — признаки воспалительного процесса матки. Статистически значимых различий в частоте отдельных гинекологических патологий между группами не установлено ($p > 0,05$).

Средние уровни гонадотропных (ФСГ, ЛГ) и половых стероидных гормонов (эстрадиол, прогестерон) в обеих группах также не имели статистически значимых различий. Однако было выявлено, что 32,5% всех обследованных женщин страдали бесплодием. При этом овариальная недостаточность была диагностирована у 64,1% бесплодных женщин.

Установлено, что в группе с микст-инфекцией (2-я группа) доля женщин с овариальной недостаточностью составила примерно 80% (20 из 26 пациенток), тогда как в группе с моноинфекцией — 20%. Ультразвуковой мониторинг подтвердил, что среди пациенток с овариальной недостаточностью у 64% наблюдалась неполноценность лютеиновой фазы, а у 36% — ановуляция.

Выводы. хламидийная инфекция, особенно в составе микст-инфекций, является значимым фактором развития хронических ВЗОМТ, ведущих к нарушению гормональной функции яичников. Микст-инфекция оказывает более негативное влияние на репродуктивную функцию, чаще вызывая овариальную недостаточность, которая выступает непосредственной причиной бесплодия. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексного обследования женщин с бесплодием, перенесших хламидийную инфекцию, для ранней диагностики и выбора адекватной терапии.

Алиева И.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОНДРОМ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ №1, Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан

Научный руководитель- к.м.н., доцент Назарова Н.З.

Цель исследования. Определить наиболее эффективный метод костной пластики, обеспечивающий ускоренное восстановление костной структуры и функции конечности после удаления хондром.

Материал и методы. В исследование включены 48 пациентов с хондромами костей конечностей из 182 больных с опухолевыми поражениями костной системы. Энхондромы составили 77%, экхондромы — 10%, множественные формы — 13%. Основная локализация — кости кисти (75%). Всем пациентам выполнен кюретаж опухоли с последующим замещением костного дефекта: синтетическим материалом «Коллапан Л» (18 пациентов), аутокостной пластикой (12), комбинированной методикой (11), без пластики (7). Контроль проводился через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев. Функциональная оценка осуществлялась по шкале MSTs, рентгенологически анализировалась динамика формирования костного регенерата.

Результаты исследования. Через 3 месяца хорошие функциональные результаты отмечены у 42% пациентов группы «Коллапан Л» и у 25% при традиционных методах. К 6 месяцам положительные исходы достигнуты у 96% пациентов основной группы и у 78% в группе сравнения. Рентгенологически при использовании синтетического материала выявлено более равномерное и интенсивное заполнение костного дефекта без признаков резорбции и деформации. В течение 12 месяцев рецидивов заболевания не зарегистрировано.

Выводы. Применение синтетического костнозамещающего материала «Коллапан Л» способствует ускорению формирования костного регенерата, сокращению сроков восстановления функции конечности и повышению эффективности хирургического лечения хондром. Использование современных остеопластических технологий является клинически обоснованным и перспективным.

Аликулов А.Қ., Мирзоев Ш.Р., Муминова Ш.Б.

НАҚШИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОЙ ДАР МУАЙЯН КАРДАНИ ТАКТИКАИ ТАБОБАТ

Кафедраи рентгенология ва радиологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Чумхурии Тоҷикистон.

Рохбари илмӣ- муаллими калон Раҳмонов Б.И.

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии нақши технологияи навигатсионӣ дар интиҳоби усули табobati ҷарроҳии патологияи минтақаи периампулярӣ.

Маъод ва усулҳо. Натиҷаҳои гузаронидани ултрасадо, томографияи компютери бисёр буришӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ дар 118 бемор бо ҳолатҳои гуногуни патологӣ дар минтақаи периампулярӣ таҳлил карда шуданд. Омосҳои периампулярӣ дар 97 ҳолат, ташаккулҳои кистозии минтақаи периампулярӣ дар 10 ҳолат, панкреатити музмин дар 11 ҳолат муайян гардиданд. Ултрасадо ба ҳамаи беморон, ташхиси магнети-резонансӣ дар 98,2%, томографияи компютери бисёр буришӣ дар 50,3% беморон татбиқ ёфт.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Татбиқи ултрасадо қариб дар ҳамаи беморон гипертензияи сафровӣ ва панкреатикӣ қайд шуд. Дар 16,5% ҳолатҳо ташаккулҳои манбаӣ дар чигар муайян гардид, лимфоаденопатия дар 49,1% мушоҳидаҳо вучуд дошт, паҳншавии раванди омосӣ берун аз ҳудуди минтақаи периампулярӣ дар 59,0% ба назар расид. Ҳассосияти ултрасадо дар муайян кардани обструксияи дисталии роҳи биллиарӣ 86,9%-ро ташкил дод. Ҳангоми ташаккулҳои кистозии минтақаи периампулярӣ ҳассосияти ултрасадо 100% буд. Аз рӯи маълумоти ултрасадо, нишондод барои гузаронидани амалиёти радикалӣ дар 34,5% ҳолат муайян карда шуд. Особи метастатикӣ чигар аз рӯи маълумоти ташхиси магнети-резонансӣ дар 20,7% мушоҳидаҳо, лимфоаденопатия дар 58,2%, паҳншавии маҳаллии раванди омосӣ дар 67,9% мавридҳо қайд шуд. Шароити декомпрессияи роҳҳои биллиарӣ аз рӯи маълумоти ташхиси магнети-резонансӣ дар 88,3% ҳолатҳо мавҷуд буда, имконияти гузаронидани амалиёти радикалӣ дар 31,1% мавридҳо мушоҳида муайян гардид. Ҳассосияти ташхиси магнети-резонансӣ барои муайян кардани хусусияти обструксияи роҳи биллиарӣ ва дараҷаи паҳншавии раванди омосӣ 98,2%-ро ташкил дод. Томографияи компютери чандбуришӣ бо контрасткунории системаи рағҳо ва ба роҳи биллиарӣ баромадани раванди омосиро берун аз ҳудуди минтақаи периампулярӣ дар 44,1% ҳолатҳо нишон дод. Ҳассосияти усулҳои навигатсияи шуой дар интиҳоби тактикаи ҷарроҳӣ ҳангоми патологияи минтақаи периампулярӣ 98,3%-ро ташкил дод. Амалиётҳои радикалӣ дар ҳаҷми резексияи панкреодуоденалӣ дар 25,1% ҳолатҳо гузаронида шуд, амалиёти Бегер дар 0,97%, амалиёти Фрей дар 0,8%, анастомози кистоди гестивӣ дар 0,4%, панкреатоеюностомияи тулонӣ дар 0,4% амалӣ гашт. Амалиётҳои паллиативӣ дар 62,7% мушоҳидаҳо иҷро гардиданд. Оризаҳои интраоператсионӣ ҳангоми гузаронидани амалиётҳои радикалӣ дар 6,3% мушоҳидаҳо ба қайдгирифта шуданд. Панкреатити баъдиамалиётӣ дар 4,2%, нокомии анастомози панкреатодигестивӣ дар 4,6%, нокомии анастомози билиодигестивӣ дар 1,4%, хунравихоӣ аррозивӣ дар 2,1% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Оризаҳои умумии баъдиамалиётӣ дар 3,5%, оризаҳои захм дар 7,7% мушоҳидаҳо қайд гардиданд. Фавти умумии 30-рӯза 8,5%-ро ташкил дод ва дар мушоҳидаҳо, ки ба онҳо ёрии ҷарроҳии паллиативӣ расонида шуд 3,3% -ро дар бар гирифт.

Хулоса. Усулҳои навигатсияи шуой дар дақиқ кардани хусусияти раванди патологӣ дар минтақаи периампулярӣ ҳассосияти баланд доранд ва дар аксари ҳолатҳо имкон медиҳанд, ки тактикаи мувофиқи ҷарроҳиро интиҳоб намоянд.

Алимардонзода А.А., Рустамзода Х.К., Зухуров Х.Д.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ОСЛОЖ-
НЁННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ И ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. Академик Курбанова К.М.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГУ «МК Истиклол». Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов диагностики и хирургического лечения сочетанного осложненного эхинококкоза лёгких и печени.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 184 больных, оперированных в 2016–2025гг. Мужчин было 103, женщин 81. Средний возраст больных составил 18-48. Среди наших больных больше встречалось осложнений со стороны эхинококкоза легких – 144. (78%). Частыми осложнениями были прорыв эхинококковой кисты легкого в бронх, с кровохарканьем и нагноением в остаточной полости кисты- 102 (55%). У 22 (11%) больных отмечалось только кровохарканье без прорыва эхинококковой кисты в бронх. Прорыва эхинококковой кисты легкого в плевральную полость с гидропневмотораксом и развитием эхинококковой эмпиемы плевры отмечено у 20 (20%)больных. У 30 (16%)больных с эхинококковой кисты печени было осложнения по типу – нагноения кисты печени и прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость, причем в правую плевральную полость у 27 больных и в левую плевральную полость у 3 больных. У всех этих больных развивалась эхинококковая- желчная эмпиема плевры. Среди наших больных в 10 (5,4%) случаях отмечено осложнения поддиафрагмального эхинококкоза кисты печени в виде развитие желчнобронхиального свища.

Результаты исследования. Из 184 оперированных 82% поступили с первичным и 18% – с рецидивным и резидуальным эхинококкозом. Чаще всего кисты локализовались в правом легком (60%), в нижней доле. У 50% больных с СОЭПЛ встречались осложнения со стороны кисты легких. 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 желчнобронхиального свища.

Одномоментная эхинококкэктомия легкого и печени торакофреникотомным доступом имеет преимущество перед поэтапной раздельной эхинококкэктомии. Нами в большинстве случаев этим доступом удалось выполнить радикальную эхинококкэктомию легкого и печени при одностороннем поражения в один этап. При этом также щадится психика больного и значительно экономятся материальные средства.

Все оперативные вмешательства заканчивались дренированием плевральной полости, поддиафрагмального пространства и остаточной полости печени, полихлорвиниловыми дренажами и вакуум-аспирацией.

Выводы. В результате расширенного применения рентгенографии, УЗИ, КТ стало возможно чаще диагностировать в ранних этапах осложнённого сочетанного эхинококкоза легких и печени. При сочетанном эхинококкозе легких и печени более рациональным методом хирургического лечения является одномоментная симулантная эхинококкэктомия легкого и печени торакофреникотомным доступом. Строгое соблюдение принципов апаразитарности в хирургии сочетанного эхинококкоза легких и печени позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, сократить продолжительность стационарного лечения и добиться хороших результатов у 95,0% больных.

Алимардонова Х.Б., Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИ-
РУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Гуломов М.Ш.

Цель исследования. Повышение эффективности использования эндолапароскопических стоек в хирургии острого аппендицита и в гинекологической практике.

Материал и методы. В ходе диагностического этапа видеолaparоскопии проводилась визуальная оценка состояния червеобразного отростка согласно общепринятым макроскопическим критериям воспаления. На морфологическую верификацию были направлены препараты с предварительными диагнозами: катаральный аппендицит - 77 (4,7%), флегмонозный - 1432 (87,5%) и гангренозный - 126 (7,7%).

Результаты исследования. Гистологическое исследование подтвердило наличие катаральных изменений у 86 (5,3%) пациентов, флегмонозных - у 1338 (81,8%), гангренозных - у 115 (7,0%). В 65 (4,0%) клинических наблюдениях морфологическая картина соответствовала хроническому процессу, а у 31 (1,9%) больного признаки острого воспаления отсутствовали.

Общий показатель корреляции интраоперационного лапароскопического диагноза с результатами гистологического исследования составил 94,1%. Наивысшая диагностическая точность видеолaparоскопии (88,2%) зафиксирована при флегмонозной форме заболевания. Отсутствие острых воспалительных изменений лишь в 5,9% случаев свидетельствует о невысоком уровне гипердиагностики, обусловленной превентивным подходом к расширению показаний к аппендэктомии при сомнительной макроскопической картине.

Точность лапароскопической диагностики составляет 96,5%. Метод позволяет дифференцировать ретенционные, эндометриозидные и дермоидные кисты, проводя резекцию в пределах здоровых тканей. Апоплексия яичника, перекрут ножки кисты, перфорация матки требуют экстренного гемостаза (преимущественно в биполярном режиме) и восстановления анатомической целостности органов.

Вывод. Видеолaparоскопия является высокоинформативным методом диагностики острого аппендицита, обладающим высоким уровнем совпадения с морфологическим диагнозом. Выявленный процент расхо-

дения результатов обусловлен объективными трудностями визуальной дифференциации начальных стадий воспаления и хронических изменений отростка. Переход от диагностической лапароскопии к лечебно-оперативной является важнейшим этапом развития современной гинекологии. Использование видеоэндоскопических стоек высокого разрешения позволяет минимизировать травматичность, снизить риск послеоперационных осложнений и обеспечить быструю реабилитацию пациенток репродуктивного возраста, что имеет важное социально-экономическое значение.

Алимов С.У., Идиев Н.М., Худойбердиев У.А.

ЧРЕСКОЖНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИДАТИДНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. акад. Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан. Научный руководитель – д.м.н., доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность чрескожных вмешательств при лечении больных гидатидным эхинококкозом печени.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 28 пациентов с эхинококкозом печени, находившихся на лечении в ГУ «Центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе в 2016–2021 гг. Среди них было 16 женщин (57,1%) и 12 мужчин (43,9%) в возрасте от 17 до 72 лет.

У 14 (50%) пациентов выявлены множественные кисты (до трех), у одного (3,5%) — рецидивная киста. Осложненные формы диагностированы у 4 (14,2%) больных: в одном случае — нагноение кисты, в трех — компрессия желчных протоков с развитием механической желтухи. У двух (7,2%) пациенток эхинококковая киста сочеталась с беременностью (18 и 27 недель).

Всего выполнено 41 чрескожное вмешательство: 5 пункций и 36 дренирований. Максимально одному пациенту проведено три процедуры (две пункции и одно дренирование); метакронное дренирование осуществлено у 8 больных. Пункции выполнялись под ультразвуковым контролем иглой 18G с мандреном; в качестве сколецидного средства применяли 80% раствор глицерина. Дренирование осуществляли под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем с использованием рентгеноконтрастных полиэтиленовых дренажей диаметром 12F.

Результаты исследования. По данным ультразвукового исследования большинство кист соответствовали типу CE1. Компьютерная томография применялась для уточнения локализации и анатомических особенностей кист, при этом диагностическая чувствительность УЗИ и КТ составила 100%, что обеспечило высокую точность предоперационного планирования.

Чрескожное лечение оказалось эффективным у 26 (92,8%) пациентов. Летальных исходов не зарегистрировано. Обе беременные пациентки благополучно родоразрешились в срок, что подтверждает безопасность выбранной лечебной тактики даже в клинически сложных ситуациях.

Интраоперационные осложнения в виде аллергической реакции по типу крапивницы отмечены у 2 (7,2%) больных. Послеоперационные осложнения выявлены у 14 (50%) пациентов: формирование желчного свища — у 11 (39,2%), инфицирование остаточной полости — у 3 (10,8%). Средняя продолжительность дренирования при наличии желчного свища составила 98 дней (от 38 до 208 дней), без свища — 38 дней (от 17 до 102 дней).

В отдаленные сроки (1–5 лет) результаты прослежены у 26 пациентов: рецидивов заболевания не выявлено ни в одном случае, что свидетельствует о высокой радикальности и устойчивости полученных результатов. У 2 (7,2%) больных с остаточными полостями дополнительно выполнено чрескожное дренирование со склерозированием 95° этиловым спиртом.

Выводы. Чрескожные вмешательства при гидатидном эхинококкозе печени с применением 80% раствора глицерина в качестве сколецидного препарата являются надежным, малоинвазивным и перспективным методом лечения. Метод характеризуется высокой клинической эффективностью, отсутствием летальности и низкой частотой серьезных осложнений, обеспечивая стабильные отдаленные результаты и хорошее качество жизни пациентов.

Амидов И.Б., Сайдалиев Ш.Ш., Алимардонова Х.Б.

ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель исследования. Оптимизировать тактику и оценить эффективность различных способов лапароскопического ушивания ПГДЯ с применением объективных критериев отбора.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 196 пациентов с ПГДЯ, прооперированных видеолaparоскопическим методом в клинике неотложной хирургии г. Душанбе за последние 8 лет. В гендерной структуре преобладали мужчины - 118 (60,2%), женщины составили 78 (39,8%). Диагностический комплекс включал оценку клинического статуса, полипозиционную рентгенографию и экстренную фиброгастродуоденоскопию (ФГДС).

Результаты исследования. Интраоперационный протокол начинали с диагностической лапароскопии для верификации локализации и диаметра перфорации, оценки степени периульцерозной инфильтрации, объема и характера экссудата, а также моторно-эвакуаторной функции кишечника. Для объективизации выбора оперативного доступа использовалась классификация НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Согласно критериям классификации, противопоказанием к эндовидеохирургическому вмешательству

служила тяжесть перитонита ≥ 9 баллов по шкале MPI, а также принадлежность к классам II С, III С, IV А, В, С. В исследуемой группе 78,7% пациентов не имели противопоказаний к мининвазивному вмешательству: большинство соответствовало классам II А и II С (72,0%), класс III А составил 6,7%.

Ушивание дефектов проводилось по стандартной методике; в одном клиническом случае при «юношеской язве» дна желудка успешно применен Z-образный шов. Конверсий доступа в данной серии не зафиксировано. Послеоперационные осложнения отмечены в 0,5% случаев (n=1): на 3-4 сутки диагностирована несостоятельность швов, потребовавшая релапаротомии, повторного ушивания и оментопексии. Летальных исходов в исследуемой группе не было.

Вывод. Применение видеолaparоскопических технологий в сочетании с предложенной классификацией позволяет персонализировать выбор метода ушивания и минимизировать риск послеоперационных осложнений. Использование объективных прогностических шкал в экстренной хирургии ПГДЯ способствует своевременной ликвидации перфоративного дефекта и создаёт условия для ранней реабилитации и последующей адекватной эрадикационной терапии.

Амирали К.Х., Солиев О.Ф.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

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

ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Научный руководитель - н.и.т., доцент Курбанов Н.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при травматических повреждениях подколенной артерии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 37 больных с травматическими повреждениями подколенной артерии (32 мужчины и 5 женщин) в возрасте от 7 до 73 лет (средний возраст - 26,5 года). Огнестрельные ранения составили 51,3% (19 случаев). Сочетанные повреждения подколенной вены выявлены у 17 пациентов, нервных стволов - у 5, переломы костей - у 15 больных. Отсутствие дистальной пульсации отмечено у 34 больных. В 73% случаев развилась декомпенсация кровообращения с критической ишемией. До 6 часов от момента травмы поступили 51,4% пациентов; выявлена достоверная зависимость тяжести ишемии от сроков госпитализации ($p < 0,05$). Диагностика включала ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (24 случая), артериографию по Сельдингеру (7 случаев), интраоперационную оценку жизнеспособности мышц.

Результаты исследования. Первичная ампутация выполнена 7 (18,9%) больным, реконструктивные операции - 27 (72,9%), паллиативные вмешательства - 3 (8,1%) пациентам. Основным методом реконструкции являлось аутовенозное протезирование (48,7%). Вторичная ампутация вследствие послеоперационных осложнений произведена у 5 (16,7%) пациентов. Общая частота ампутаций составила 32,4%.

Выводы. Повреждения подколенной артерии в большинстве случаев сопровождаются развитием критической ишемии, что подчёркивает её гемодинамическую значимость. Ключевыми факторами выбора хирургической тактики являются сроки ишемии, степень нарушения кровообращения и жизнеспособность тканей. Несмотря на развитие реконструктивной хирургии, частота ампутаций остаётся высокой (32,4%), что требует ранней диагностики и экстренной реваскуляризации.

Амирали К.Х., Солиев О.Ф.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

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

ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Научный руководитель - н.и.т., доцент Курбанов Н.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при травматических повреждениях подколенной артерии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 37 больных с травматическими повреждениями подколенной артерии (32 мужчины и 5 женщин) в возрасте от 7 до 73 лет (средний возраст - 26,5 года). Огнестрельные ранения составили 51,3% (19 случаев). Сочетанные повреждения подколенной вены выявлены у 17 пациентов, нервных стволов - у 5, переломы костей - у 15 больных. Отсутствие дистальной пульсации отмечено у 34 больных. В 73% случаев развилась декомпенсация кровообращения с критической ишемией. До 6 часов от момента травмы поступили 51,4% пациентов; выявлена достоверная зависимость тяжести ишемии от сроков госпитализации ($p < 0,05$). Диагностика включала ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (24 случая), артериографию по Сельдингеру (7 случаев), интраоперационную оценку жизнеспособности мышц.

Результаты исследования. Первичная ампутация выполнена 7 (18,9%) больным, реконструктивные операции - 27 (72,9%), паллиативные вмешательства - 3 (8,1%) пациентам. Основным методом реконструкции являлось аутовенозное протезирование (48,7%). Вторичная ампутация вследствие послеоперационных осложнений произведена у 5 (16,7%) пациентов. Общая частота ампутаций составила 32,4%.

Выводы. Повреждения подколенной артерии в большинстве случаев сопровождаются развитием критической ишемии, что подчёркивает её гемодинамическую значимость. Ключевыми факторами выбора хирургической тактики являются сроки ишемии, степень нарушения кровообращения и жизнеспособность тканей. Несмотря на развитие реконструктивной хирургии, частота ампутаций остаётся высокой (32,4%), что требует ранней диагностики и экстренной реваскуляризации.

Амроев А.У., Салимов К.Н., Бобомуродов Х.С.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СКЕЛЕТА В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Мухамедова И.Г.

Цель исследования. Изучить и оценить факторы риска остеопороза (ОП) и переломов у женщин в постменопаузе с заболеваниями костей периферического скелета в анамнезе, в зависимости от паритета родов.

Материал и методы. В амбулаторных условиях на базе ГУ НМЦ-РТ «Шифобахш» обследованы 45 женщин, проживающих в различных регионах Республики Таджикистан, в возрасте от 49 до 67 лет ($57,8 \pm 7,6$ лет), с различным паритетом родов. Клинически и рентгенологически были выявлены 2 и 3 рентгенологические стадии дегенеративных изменений опорно-двигательного скелета (остеохондроз, остеоартрозы). Женщин, имевших многорождение, было 25 (55,6%), сопоставимых по возрасту, с оптимальным паритетом родов - 20 (44,4%). Для выявления и оценки морфометрических изменений в костях скелета больным проводилась двух-энергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДЭРА) на денситометре Lunar Prodigy (GE Health Care, USA) с автоматическим вычислением Т-критерия. В соответствии с клиническими рекомендациями ВОЗ, показатели МПКТ при Т-критерии до $-1,0$ SD расценивались как норма, между $-1,0$ до $-2,5$ SD – как остеопения, ниже $-2,5$ SD – остеопороз (ОП). Клиническое обследование включало забор крови для определения показателей минерального обмена (кальция, магния и метаболита витамина D (25-ОН-D3)) в сыворотке крови. Состояние костной резорбции оценивали посредством определения уровня маркера резорбции кости (b-CrossLaps).

Результаты исследования. Денситометрическое обследование показало, что у 16 (64%) женщин с высоким паритетом родов остеопороз был выявлен хотя бы в одной из областей измерения, а остеопения - у 7 (28%) обследованных. Нормальные показатели МПК были зафиксированы только в 2 (8%) случаях. Более выраженное снижение МПКТ $-4,7 \pm 1,12$ SD отмечалось в поясничном отделе позвоночника у 9 (56,2%) больных, которое негативно коррелировало с возрастом больных ($p < 0,05$), длительностью менопаузы и рентгенологической стадией заболевания. У 7 (35%) женщин с оптимальным паритетом родов значение Т-критерия находилось в диапазоне остеопения – остеопороз, с показателями от $-1,1$ до $-2,5$ SD. При этом в 13 (65%) случаях значения показателей плотности костной ткани лучевых костей находились в «коридоре нормы». Вне зависимости от состояния минеральной плотности кости, результаты проведенного исследования минерального обмена показали, что у всех женщин концентрация D (25-ОН-D3) в сыворотке крови варьировала от 3 – 16,2 нг/мл, что соответствовало выраженному дефициту или недостаточности витамина D. Уровень кальция и магния с одинаковой частотой в группах, в 33 (73,3%) случаях был отмечен ниже нормы. Всё перечисленное свидетельствует об усилении скорости костного метаболизма у женщин, как с высоким, так и с оптимальным паритетом. При этом более высокие темпы костных потерь и риск переломов наблюдаются у многорожавших женщин.

Выводы. Резюмируя изложенное, можно заключить, что для женщин в постменопаузе, в 92% случаев характерно снижение МПКТ в виде остеопороза–osteопении и значимым фактором риска является высокий паритет родов и рентгенологическая стадия заболевания.

Аннаев М.Б., Мухаббатова А.Д., Касиров С.Н.

ФИБРОЗ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Оценить морфологические особенности и степень фиброзного ремоделирования сосудистой стенки геморроидальных узлов у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. Это исследование было проведено в виде сравнительного морфологического исследования хирургических образцов, собранных у пациентов, страдающих хроническим геморроем. В исследовании приняли участие 64 больных, которым было проведено хирургическое вмешательство по поводу хронического геморроя III–IV стадии. Хирургические образцы были получены во время обычной геморроидэктомии.

Все участники были разделены на две сопоставимые группы в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена. Первая группа состояла из 30 пациентов с хроническим геморроем и сахарным диабетом 2 типа. В контрольную группу вошли 34 пациентов с хроническим геморроем на аналогичной стадии заболевания, у которых не было нарушений углеводного обмена. Возраст проанализированных пациентов варьировался от 35 до 70 лет. После операции иссеченный геморроидальный узел подвергся обычной морфологической обработке.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что гистологическое исследование геморроя выявило заметные различия в структуре сосудистой стенки у пациентов с сахарным диабетом и без него. У пациентов первичной группы наблюдалось значительное утолщение геморроидальной стенки. Морфометрическая оценка показала увеличение толщины сосудистой стенки в среднем на 25–30% по сравнению с контрольной группой. Эти изменения сопровождались заметным разрастанием соединительной ткани в сосудистой стенке, что свидетельствовало о фиброзном ремоделировании.

Отличительной морфологической характеристикой, наблюдаемой у пациентов с сахарным диабетом, было наличие гиалиноза сосудистой стенки. Это проявлялось в виде гомогенных эозинофильных отложений в областях интимы и сосудистых сред. Такой процесс указывает на хроническое повреждение сосудистой стенки и представляет собой распространенный признак диабетической микроангиопатии.

В строме геморроя у пациентов с сахарным диабетом наблюдалось увеличение плотности коллагеновых волокон и снижение содержания эластичных элементов. Эти изменения указывают на возникновение фиброзного ремоделирования в соединительной ткани. Возникающий в результате фиброз стромы связан со снижением эластичности сосудистой стенки и снижением способности реагировать на колебания венозного давления.

Вероятно, взаимосвязь между фиброзным ремоделированием сосудистой стенки и расширением вен связана с нарушением нормальной регуляции сосудистого тонуса и снижением эластических характеристик кровеносных сосудов.

Следовательно, у пациентов с сахарным диабетом геморроидальная болезнь проявляет отчетливые морфологические характеристики, обусловленные диабетической сосудистой патологией.

Выводы. Морфологическое исследование геморроя у пациентов с сахарным диабетом выявило значительные признаки фиброзного ремоделирования сосудистой стенки, включая утолщение сосудов, гиалиноз, увеличение плотности коллагеновых волокон и снижение эластичности стромы.

Аннаев М.Б., Мухаббатов А.Д., Касиров С.Н.

НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Изучить нейромышечное состояние наружного анального сфинктера у пациентов с хроническим геморроем на фоне сахарного диабета и определить клиническое значение выявленных функциональных нарушений.

Материал и методы. Данное исследование было проведено в виде сравнительного клинического и функционального исследования с целью оценки состояния наружного анального сфинктера у лиц, страдающих хроническим геморроем. В исследовании приняли участие 90 участников с хроническим геморроем II-IV стадии. В зависимости от наличия сахарного диабета пациенты были разделены на две отдельные группы: основную группу, включающую 42 пациентов с хроническим геморроем и сахарным диабетом 2 типа, и контрольную группу, включающую 48 человек с хроническим геморроем, но без проблем с углеводным обменом. Средний возраст участников составил $48,6 \pm 9,3$ года. Обе группы были одинаковыми по полу, возрасту, продолжительности заболевания и стадии геморроя.

Для тщательной оценки состояния наружного анального сфинктера использовалась аноректальная манометрия. Для оценки функциональности анального сфинктера использовалась шкала Векснера, позволяющая количественно оценить тяжесть анального недержания мочи. Кроме того, были использованы опросники качества жизни для выявления функциональных расстройств в аноректальной области.

Результаты исследования. Анализ функционального состояния наружного анального сфинктера выявил заметные различия между пациентами с сахарным диабетом и пациентами без нарушений углеводного обмена. У пациентов первичной группы наблюдалось заметное снижение максимального давления произвольного сокращения наружного анального сфинктера по сравнению с контрольной группой.

Среднее максимальное зарегистрированное давление произвольного сокращения составило: у пациентов с диабетом — $84,2 \pm 12,6$ мм рт. ст., а у пациентов, не страдающих диабетом, — $104,7 \pm 14,1$ мм рт. ст. У пациентов с диабетом также наблюдалось значительное снижение функциональной выносливости сфинктерного аппарата, о чем свидетельствует сокращение продолжительности поддержания максимального мышечного напряжения. Функциональные нарушения сфинктерного аппарата сопровождались клиническими симптомами. У пациентов первичной группы чаще наблюдались: эпизоды газового недержания; ощущение неполной задержки кишечного содержимого и снижение контроля над кишечником во время физических нагрузок. У некоторых пациентов появились ранние признаки анальной недостаточности, что подтверждалось повышением баллов по шкале Векснера.

В совокупности эти процессы способствуют развитию нервно-мышечной дисфункции наружного анального сфинктера, которая может значительно снизить функциональную способность анального канала.

Выводы. Диабетическая невропатия влияет не только на гладкомышечный компонент анального канала, но и на поперечно-полосатые мышцы наружного анального сфинктера, что приводит к клинически значимому нервно-мышечному дефициту. Тщательная оценка состояния сфинктерного аппарата у пациентов с диабетом имеет решающее значение для прогнозирования функциональных результатов и определения наиболее эффективных стратегий лечения геморроидальной болезни.

Аскарров Д.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА

Кафедра детской хирургии АГМИ, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саттаров Ж.Б.

Цель исследования. Оценить диагностические возможности современных методов и эффективность различных хирургических подходов при лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 154 пациентов с ОСКН, находившихся на лечении в клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Среди больных преобладали мальчики (103), девочек было 51. Диагностический алгоритм включал клиническое обследование, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ультразвуковое исследование и

мультиспиральную компьютерную томографию. Хирургическая тактика определялась выраженностью клинической картины, уровнем и протяжённостью спаечного процесса. Предоперационная инфузионная подготовка проводилась в течение 2-4 часов в объёме 40-60 мл/кг массы тела. В послеоперационном периоде инфузионная терапия продолжалась 5-7 суток. Для профилактики и лечения динамической кишечной непроходимости применялась продлённая эпидуральная аналгезия в течение 72 часов.

Результаты исследования. Открытая лапаротомия выполнена у 95 детей с использованием различных оперативных доступов (срединных, поперечных, косых, люмботомных), что обеспечивало адекватную ревизию брюшной полости, однако сопровождалось большей хирургической травмой.

Лапароскопический адгезиолизис применён у 59 пациентов и продемонстрировал клинические преимущества. В данной группе отмечено более быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника, сокращение сроков перехода на самостоятельное питание и ранняя активизация пациентов. Послеоперационный период характеризовался более благоприятным течением и уменьшением продолжительности госпитализации.

Выводы. ОСКН у детей чаще развивается после ранее перенесённых операций на органах брюшной полости, особенно при осложнённых формах аппендицита. Комплексный диагностический алгоритм с использованием клинических и инструментальных методов обеспечивает своевременную верификацию диагноза и выбор оптимальной хирургической тактики. Лапароскопический доступ является эффективной и менее травматичной альтернативой традиционной лапаротомии при ОСКН у детей. Применение продлённой эпидуральной аналгезии и современных методов детоксикации способствует снижению выраженности послеоперационных осложнений и ускоряет восстановление пациентов. Дифференцированный подход к лечению позволяет улучшить непосредственные результаты и сократить сроки стационарного пребывания.

Аскарв Д.А.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии АГМИ, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саттаров Ж.Б.

Цель исследования. Определить диагностическую ценность эндоскопических методов и лабораторных показателей, прежде всего уровня лактата крови, в выявлении ишемии кишечника и стадировании острой спаечной кишечной непроходимости у детей.

Материал и методы. Обследованы 154 ребёнка с клинически подтверждённой ОСКН. Комплекс диагностических мероприятий включал ультразвуковое исследование, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, лапароскопию, а также лабораторные методы исследования. Особое внимание уделялось диагностической лапароскопии и определению концентрации лактата в плазме крови при поступлении и в послеоперационном периоде. Уровень лактата определяли колориметрическим методом в сыворотке крови. Статистический анализ различий между группами проводился с использованием непараметрического критерия Краскела–Уоллиса.

Результаты исследования. В ходе исследования выделены три клинические стадии ОСКН: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная. Стадирование основывалось на совокупности временного фактора (продолжительности заболевания), клинических проявлений, данных ультразвукового и рентгенологического обследования, а также результатов лапароскопии и интраоперационной оценки состояния кишечника. Дополнительно оценивались степень эндогенной интоксикации и концентрация лактата в крови. Установлено, что сочетание применения лапароскопии и определения уровня лактата позволяет диагностировать ишемическое поражение кишечника и определить стадию заболевания с точностью до 75%. Двукратное повышение уровня лактата по сравнению с нормативными значениями расценивается как маркер кишечной ишемии и служит показанием к оперативному вмешательству.

Выводы. Применение диагностической лапароскопии в сочетании с определением концентрации лактата в крови существенно повышает объективность оценки ишемических изменений кишечника при ОСКН у детей. Использование данных методов способствует более обоснованному выбору лечебной тактики и своевременному принятию решения о хирургическом вмешательстве.

Аскарв Д.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ПЕДИАТРИИ

Кафедра детской хирургии АГМИ, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саттаров Ж.Б.

Цель исследования. Оценить возможности эндоскопических методов в диагностике и лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей на основании клинического материала.

Материал и методы. Проанализированы данные 154 пациентов с ОСКН в возрасте от 7 месяцев до 18 лет, пролеченных в клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 6 лет. Среди пациентов было 103 мальчика и 51 девочка. Все больные ранее перенесли операции на органах брюшной полости (аппендицит, кишечная инвагинация, перитонит, травмы органов брюшной полости). Диагностика включала клиническое обследование, обзорную рентгенографию, УЗИ и мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ).

Результаты исследования. У 154 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) хи-

хрургическое вмешательство проводилось в зависимости от клинической картины, локализации и протяженности спаечного процесса. Традиционная открытая лапаротомия была выполнена у 95 больных. Характер вмешательства включал срединные, поперечные, косые и люмботомные доступы в зависимости от локализации спаек и исходной патологии, что обеспечивало полноценный доступ к патологическим образованиям, но сопровождалось относительно высокой травматизацией передней брюшной стенки и органов брюшной полости. Наиболее эффективным методом в группе пациентов с ОСКН оказалась лапароскопия, примененная у 59 детей. Минимальная травма передней брюшной стенки и органов способствовала снижению воспалительной реакции, уменьшению выраженности послеоперационного болевого синдрома и более гладкому течению раннего послеоперационного периода.

Кроме того, применение лапароскопического подхода позволило сократить сроки пребывания в стационаре. Пациенты восстанавливались быстрее по сравнению с традиционной лапаротомией, что отражалось в снижении времени до самостоятельного приема пищи, нормализации стула и общей подвижности ребенка.

Выводы. Лапароскопический подход является безопасным и эффективным методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей, обеспечивая быстрое восстановление функции ЖКТ и минимальную послеоперационную травму. Применение малоинвазивной хирургии снижает выраженность болевого синдрома и сокращает сроки пребывания в стационаре. Эндоскопические методы демонстрируют преимущества перед открытой лапаротомией и могут быть рекомендованы как при первичной, так и при повторной хирургии у детей с ОСКН. Современный диагностический алгоритм, включающий УЗИ, МСКТ и клиническую оценку, позволяет своевременно выявлять локализацию спаечного процесса и оптимально планировать хирургическое вмешательство.

Аскарлов К.Ш., Давронов О.Д., Хидиров С.Р.

ПРИЧИНЫ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСЛОКАЦИИ ЗАДНЕКАМЕРНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ

Кафедра офтальмологии Ташкентского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель: PhD, Нозимов А.Э.

Цель исследования. Оценить клиничко-функциональное состояние глаза у пациентов с дислокацией заднекамерной интраокулярной линзы после факоэмульсификации катаракты.

Материал и методы. Исследование проведено в 2024–2026 гг. на базе многопрофильной клиники Ташкентского государственного медицинского университета и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза. В исследование включены 21 пациент (21 глаз) в возрасте от 50 до 80 лет с диагностированной дислокацией заднекамерной интраокулярной линзы. Всем пациентам проводились визометрия, апланационная тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, оптическая когерентная томография, ультразвуковая биомикроскопия и В-скан эхография. Статистическая обработка данных выполнена методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Частичная дислокация интраокулярной линзы выявлена у 71,4 % пациентов, полная - у 28,6 %. Средняя острота зрения без коррекции составила $0,21 \pm 0,09$, с коррекцией - $0,42 \pm 0,11$. Средний уровень внутриглазного давления достигал $22,1 \pm 3,2$ мм рт. ст., при этом офтальмогипертензия отмечена у 28,6 % обследованных. По данным ультразвуковой биомикроскопии, повреждение цинновых связок выявлено в 57,1 % случаев, что подтверждает их ведущую роль в механизме дислокации ИОЛ.

Выводы. Дислокация заднекамерной интраокулярной линзы после факоэмульсификации катаракты чаще проявляется в виде частичной сублюкации. Основной причиной смещения интраокулярной линзы являются дегенеративные изменения циннового аппарата. Ранняя диагностика, контроль внутриглазного давления и индивидуальный подход к лечению способствуют снижению риска послеоперационных осложнений.

Аслидинова Ё.А., Турахужаева М.М., Юлдошева О.Т.

РАЗРАБОТКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕБОСКЛЕРООБЛИТЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней НОУ «Alfraganus University». Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н. Нурмухаммадов Ж.К.

Цель исследования. Выявить клиничко-анамнестические предикторы, определяющие уровень удовлетворенности пациентов результатами сочетанного применения ЭВЛК и склеротерапии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 48 пациентов (29 женщин, 19 мужчин), средний возраст — $42,3 \pm 4,1$ года. Распределение по клиническим классам CEAP: C1 – 9 (18,7%), C2 – 22 (45,8%), C3 – 10 (20,9%), C4 – 7 (14,6%). Всем пациентам выполнена ЭВЛК магистральных вен и склерооблитерация притоков. Инструментами оценки служили опросник образа тела BIQ (Body Image Questionnaire) и шкала Cosmetic Score. Статистическая обработка проводилась с расчетом коэффициента корреляции Пирсона (r) для установления связи между исходным статусом и удовлетворенностью по ВАШ через 3 месяца.

Результаты. Установлена сильная прямая корреляция между исходным классом CEAP и степенью психологического дискомфорта по BIQ до операции ($r = 0,74$; $p < 0,05$). Наиболее высокие показатели удовлетворенности ($9,7 \pm 0,1$ балла) зафиксированы в группах C2 и C3, где устранение варикозной трансформации приводило к выраженному визуальному эффекту. В группе C1 удовлетворенность напрямую зависела от скорости регресса послеоперационных экхимозов (по Cosmetic Score). У пациентов с классом C4 прогноз удовлетворенности коррелировал с динамикой гиперпигментации, что требует формирования реалистичных ожиданий на этапе консультирования.

Выводы. Установленная корреляционная зависимость между клиническим статусом (СЕАР) и индексом ВІQ позволяет рассматривать данные показатели как значимые предикторы удовлетворенности лечением. Разработанный подход дает возможность персонализировать тактику ведения пациентов и минимизировать риск неудовлетворенности эстетическим результатом за счет своевременной стратификации групп риска на дооперационном этапе.

Атоева Ш.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К КОНТРОЛЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра офтальмологии и детской офтальмологии, ТГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – зав. кафедрой «Офтальмология, детская офтальмология» ТГМУ, д.м.н., профессор Бузруков Б.Т.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность современных методов контроля прогрессирования миопии у детей в замедлении рефракционных изменений и осевого удлинения глаза.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 детей в возрасте от 6 до 15 лет с диагностированной прогрессирующей миопией, характеризующейся увеличением рефракции на $\geq 0,5$ дптр в год. Пациенты получали различные современные методы контроля прогрессирования миопии: фармакологическую терапию низкодозированным атропином (0,01%) один раз в сутки, ортокератологические ночные линзы, мягкие мультифокальные контактные линзы с периферическим дефокусом или очковые линзы, обеспечивающие контроль периферической дефокусировки.

Все участники проходили комплексное офтальмологическое обследование, включающее измерение остроты зрения, авторефрактометрию в условиях циклоплегии, биометрию глаза для определения осевой длины, кератометрию и офтальмоскопию. Дополнительно фиксировалось время пребывания на открытом воздухе и режим зрительной нагрузки, что позволило оценить влияние поведенческих факторов на прогрессирование миопии.

Эффективность применяемых методов оценивалась по динамике сферозэквивалента рефракции и изменения осевой длины глаза в течение 12 месяцев наблюдения. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием дисперсионного анализа и парных сравнений между группами, при этом различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В течение 12 месяцев наблюдения все современные методы контроля прогрессирования миопии у детей продемонстрировали положительный эффект, замедляя ухудшение рефракции и рост осевой длины глаза. Наибольшую эффективность показали низкодозированный атропин и ортокератологические ночные линзы, у которых отмечалось наименьшее изменение сферозэквивалента и минимальное увеличение осевой длины. Мягкие мультифокальные контактные линзы и очковые линзы с контролем периферического дефокуса также уменьшали скорость прогрессирования миопии, однако в меньшей степени. Побочные эффекты были минимальными и временными: легкое расширение зрачка и кратковременные нарушения аккомодации в группе атропина, а также небольшое раздражение слизистой и адаптационные явления в группе ортокератологии. В целом, результаты подтверждают эффективность современных подходов в замедлении прогрессирования миопии у детей при условии правильного подбора метода с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Выводы. Современные методы контроля прогрессирования миопии у детей – низкодозированный атропин, ортокератологические линзы, мультифокальные контактные и очковые линзы с периферическим дефокусом – позволяют эффективно замедлить ухудшение рефракции и рост осевой длины глаза. Наибольший эффект отмечается при использовании атропина и ортокератологии, тогда как другие оптические методы также дают положительный, но более умеренный результат. Побочные эффекты минимальны и временны, что подтверждает безопасность этих подходов.

Выбор метода должен учитывать возраст, степень миопии, индивидуальные особенности глаза и образ жизни ребенка. Комплексный подход, включающий фармакологические и оптические методы, позволяет достичь максимального эффекта и замедлить прогрессирование миопии на ранних этапах. Важно регулярное наблюдение и корректировка терапии в зависимости от динамики рефракции и роста осевой длины глаза.

Атоева Ш.О.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ ПРЕБЫВАНИЯ НА УЛИЦЕ И УРОВНЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ОСВЕЩЕНИЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МИОПИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра офтальмологии и детской офтальмологии, ТГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – зав. кафедрой «Офтальмология, детская офтальмология» ТГМУ, д.м.н., профессор Бузруков Б.Т.

Цель исследования. Определить влияние времени, проведенного на свежем воздухе, и уровня естественного освещения на скорость прогрессирования миопии у детей 6–12 лет, с целью выявления факторов, способствующих замедлению ухудшения зрения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие дети младшего школьного возраста от 6 до 12 лет с диагностированной прогрессирующей миопией. Для оценки влияния времени пребывания на улице и уровня естественного освещения использовались опросники для родителей, фиксировавшие количество часов, проведенных ребёнком на свежем воздухе, а также привычки, связанные с чтением и использованием гаджетов. Дополнительно проводились светометрические замеры в помещениях, где дети проводят основное время, чтобы

определить уровень естественного и искусственного освещения. Прогрессирование миопии оценивалось по клиническим показателям: остроте зрения, рефракции после циклоплегии и длине оси глаза с использованием оптического биометра. Измерения проводились в начале исследования и повторно через 6 и 12 месяцев для отслеживания динамики. Статистическая обработка включала корреляционный анализ и сравнение подгрупп детей по времени пребывания на улице и уровню освещённости, что позволяло определить влияние этих факторов на скорость прогрессирования миопии и выявить возможные пути профилактики.

Результаты исследования. В ходе исследования были проанализированы данные детей младшего школьного возраста с прогрессирующей миопией, различавшихся по времени пребывания на улице и уровню естественного освещения в помещениях. У детей, проводивших более 2 часов в день на свежем воздухе, среднее увеличение степени миопии за год составило меньше, чем у детей с менее активным временем на улице. Длина оси глаза у детей с большим временем на улице увеличивалась медленнее по сравнению с другими участниками.

Уровень естественного освещения в помещениях также оказался различным между подгруппами. В помещениях с низким уровнем дневного света наблюдалось более выраженное ухудшение рефракции и увеличение длины оси глаза. Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи между временем, проведённым на улице, и изменением показателей миопии.

Дополнительно изучались сопутствующие факторы, включая длительность чтения и использование гаджетов. У детей с высокой зрительной нагрузкой вблизи без достаточного времени на улице показатели прогрессирования миопии были выше. Сравнение подгрупп с разными комбинациями факторов вблизи – временем пребывания на улице, уровнем освещённости и нагрузкой на зрение вблизи – позволило зафиксировать различия в динамике изменения рефракции и длины оси глаза.

Выводы. В результате проведённого исследования установлено, что время пребывания на свежем воздухе и уровень естественного освещения влияют на прогрессирование миопии у детей младшего школьного возраста, при этом дети, проводившие больше времени на улице, демонстрировали более медленное увеличение степени миопии и меньшую скорость удлинения оси глаза. Недостаток естественного освещения в помещениях и высокая зрительная нагрузка вблизи были связаны с более быстрым ухудшением рефракции, а корреляционный анализ показал зависимость между временем на улице и динамикой прогрессирования миопии.

Атшабарова С.Ш., Абдуллаева Д.С.

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ И АНАТОМИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СЕТИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра морфологии НАО “Караганлинский медицинский университет”, Казахстан

Научный руководитель: Наурыззов Н.Н.- д.м.н., профессор кафедры

Цель исследования. Проанализировать топографическую и анатомическую вариабельность сосудистой сети молочной железы и оценить её клиническое значение для органосохраняющих операций при раке молочной железы. Понимание индивидуальной анатомии сосудов необходимо для оптимального планирования операции, снижения риска ишемических осложнений и улучшения эстетических и функциональных результатов после вмешательства.

Материал и методы. Проведено комбинированное ретроспективное и проспективное исследование. Имиджинговый анализ включал 150 ультразвуковых исследований с доплерографией и 80 компьютерных томографий с ангиографией (КТА) для оценки основных сосудов молочной железы: перфорантов внутренней грудной артерии, ветвей латеральной грудной артерии и межреберных перфорантов. Анатомическая корреляция проводилась на 25 трупных препаратах для верификации данных визуализации и составления карты распределения сосудов. Хирургическая часть включала анализ 120 случаев органосохраняющих операций, оценку частоты ишемических осложнений, образования гематом, расхождения швов и косметических результатов по шкале удовлетворённости пациентов через 6 месяцев после операции. Статистическая обработка данных включала описание характеристик сосудов и корреляционный анализ зависимости хирургических исходов от сосудистых паттернов. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Выявлена значительная вариабельность расположения и размера сосудов: Перфоранты внутренней грудной артерии: 2–7 на половину груди, средний диаметр $1,2 \pm 0,3$ мм. Ветви латеральной грудной артерии: средний диаметр $1,7 \pm 0,4$ мм. Межреберные перфоранты: наличие и расположение варьировали до 3 см от стандартных анатомических ориентиров. Доминирующие перфоранты ($>1,5$ мм) обнаружены в 65% грудей. Наличие доминирующих сосудов коррелировало с лучшими хирургическими исходами: ишемические осложнения возникали у 6% пациентов с доминирующими перфорантами и у 18% с диффузным сосудистым рисунком ($p = 0,02$). Косметический результат был выше при наличии доминирующих сосудов (средний балл 4,3/5) по сравнению с диффузной сетью (3,6/5; $p = 0,01$).

Вывод. Сосудистая сеть молочной железы обладает значительной топографической и анатомической вариабельностью, что напрямую влияет на исходы органосохраняющих операций при раке молочной железы. Предоперационное картирование сосудов и знание индивидуальных анатомических особенностей необходимо для снижения риска ишемических осложнений, оптимизации эстетических результатов и улучшения качества лечения пациентов.

Ахмаджонов А.В.
**ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ
СЕРДЦА У ДЕТЕЙ**

Кафедра общей хирургии, детской хирургии, урологии и детской урологии. Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель- PhD Сагирев Н.Ж.

Цель исследования. Уточнение структуры врождённых пороков сердца (ВПС) у новорождённых и определение возможных этиологических факторов их развития.

Материал и методы. Был проведён анализ историй развития 298 новорождённых, проходивших лечение в отделениях патологии новорождённых. В исследование не включались недоношенные дети, а также дети с малыми аномалиями сердца. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее осмотр кардиолога, выполнение электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), а также рентгенографию органов грудной клетки.

Результаты исследования. Среди всех обследованных новорождённых преобладали мальчики — 161 (54%), тогда как доля девочек составила 137 (46%). Врожденные пороки сердца были диагностированы у 16 детей. Анализ анамнеза показал, что у 14 из 16 новорождённых с ВПС (87,5%) отмечался отягощённый акушерский анамнез. Также установлено, что у 11 матерей (68,7%) беременность протекала на фоне гестоза различной степени тяжести. Кроме того, у 7 матерей (43,7%) детей с ВПС были выявлены внутриутробные инфекции. У части новорождённых отмечалось сочетание нескольких неблагоприятных факторов. По результатам ЭХО кардиографии у 87 детей (29,2%) обнаружено открытое овальное окно — малая аномалия сердца, характеризующаяся сохранением внутриутробного межпредсердного сообщения, а также функционирующий фетальный проток. Эти пациенты были исключены из основного анализа и направлены на дальнейшее наблюдение у детского кардиолога. Наиболее часто встречались ВПС с увеличением кровотока в малом круге кровообращения, такие как открытый артериальный проток и дефекты перегородок — они были выявлены у 58 детей (19,4%). Значительно реже диагностировались пороки с уменьшением кровотока в малом круге кровообращения тетрада Фалло, изолированный стеноз лёгочной артерии, а также пороки, сопровождающиеся препятствием выбросу крови из левого желудочка стеноз или коарктация аорты.

Выводы. В структуре врождённых пороков сердца у новорождённых преобладают пороки, сопровождающиеся увеличением кровотока в малом круге кровообращения, тогда как пороки с его уменьшением встречаются значительно реже. В качестве возможных этиологических факторов развития ВПС рассматриваются внутриутробные инфекции, а также сочетание различных неблагоприятных антенатальных и перинатальных факторов.

Ахмадзода М.А., Наджмиддинов З.Х., Ализода Г.А.
АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.
ЦРБ Дангаринского района
Научный руководитель – к.м.н., Холов А.Д.

Цель исследования. Изучить эффективность антибиотикопрофилактики в снижении послеоперационных инфекционных осложнений у хирургических пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов хирургического отделения Центральной районной больницы Дангаринского района. Проведён проспективный анализ эффективности антибиотикопрофилактики в послеоперационном периоде. Пациенты разделены на две группы: первая получала антибиотик за 30–60 минут до разреза, вторая — после операции. Оценивались частота послеоперационных инфекционных осложнений, длительность госпитализации и лабораторные показатели (лейкоциты, СОЭ, температура тела). Статистическая обработка данных выполнена с использованием t-критерия Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 60 пациентов после плановых хирургических вмешательств. В первой группе, получавшей антибиотикопрофилактику за 30–60 минут до операции, послеоперационные инфекционные осложнения выявлены у 3 пациентов (10%). Во второй группе, где антибиотик вводился после операции, осложнения зарегистрированы у 9 пациентов (30%). Наиболее часто наблюдались нагноение послеоперационной раны, инфильтрация тканей и повышение температуры тела выше 38 °С. Средняя длительность госпитализации в первой группе составила 3–5 дней, во второй – 7–10 дней. Уровень лейкоцитов нормализовался быстрее у пациентов первой группы. Статистический анализ показал достоверное снижение частоты инфекционных осложнений при проведении своевременной антибиотикопрофилактики. Полученные данные подтверждают эффективность профилактического введения антибиотиков до хирургического вмешательства.

Выводы. Своевременная антибиотикопрофилактика до операции достоверно снижает частоту послеоперационных инфекционных осложнений, уменьшает длительность госпитализации и способствует более быстрому восстановлению пациентов, подтверждая её клиническую эффективность и необходимость применения.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗГИБАТЕЛЬНО-ОТВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Курбанова Р.Т.

Цель исследования. Изучение результатов диагностики и лечения врожденной разгибательно - отводящей контрактуры тазобедренного сустава у детей .

Материал и методы. Изучены истории болезни 36 детей с врожденной разгибательно – отводящей контрактурой тазобедренных суставов, в возрасте от 3 до 14 лет. Мальчиков было 14 (38,8%), девочек – 22 (61,2%). Двухсторонняя патология наблюдалась у 22(61,2%) больных, односторонняя – у 14(38,8%) детей. При правильной укладке у больных нижние конечности находились в положении отведения, легкого сгибания и наружной ротации. При приседании с сомкнутыми коленными суставами больные могли присесть до сгибания в коленных суставах в пределах $70 - 80^{\circ}$ и затем ноги резко разводились, после чего они падали назад и нуждались в помощи для поднятия. При осмотре ягодичной области выявлялись атрофия ягодичных мышц и вдавление мягких тканей ягодичной области и верхней трети бедер. При пальпации мест вдавления кожи в положении сгибания тазобедренного сустава до угла 90° под кожей пальпировался плотный тяж, который распространялся от средней трети ягодичной области до наружно - задней части верхней трети бедра. При ходьбе у 19 больных определили небольшой поворот таза кпереди. Больные из положения лёжа на спине самостоятельно с трудом переходили в положение сидя и в этом положении усиливались лордоз и натяжение окружающих мышц позвоночника. У 12 (33,3%) больных при ходьбе выявлялась наружно - ротационная установка нижних конечностей. Все больные не могли коснуться пола кончиками пальцев в положении стоя. У всех больных на УЗИ выявлен гиперэхогенный тяж в структуре мышц по наружной поверхности бедер и ягодич. На рентгенограмме таза патологии не отмечалось. Показанием к оперативному лечению являлись возраст больного свыше 3 лет, неэффективное консервативное лечение. Операция проводилась под общим обезболиванием в положении больного на боку. С 2024 года стали использовать миниинвазивный разрез в проекции большого вертела по передненаружной поверхности бедра длиной 4 см. Широкая фасция бедра поперечно рассекалась. При сгибании тазобедренного сустава натянутые фиброзные тяжи рассекались тупым и острым путём, сухожилия *m.tensor fasciae latae* и ягодичные мышцы «Z»-образно удлиннялись. Затем производилась редрессация ноги в тазобедренном суставе и в положении сгибания тазобедренного сустава рассекались оставшиеся натянутые пучки фиброзно-измененных мышц. В послеоперационном периоде больные укладывались в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах под углом 90 градусов. С 4 дня назначалась щадящая ЛФК, при которой больные сгибали ноги в тазобедренном суставе до угла $60-70$ градусов. Детям старшего возраста накладывался гипсовый сапожок с деротационной палкой в течение 3 недель. Реабилитационное лечение проводилось в виде ЛФК и физиотерапевтических процедур в течение 1 месяца. Ходьба разрешалась через 1 месяц.

Результаты исследования. При изучении отдаленных результатов в сроки от одного года до 3 лет у оперированных больных жалобы не выявлены. Рецидива контрактур не отмечалось. Походка у всех детей правильная. У 32 (88,8%) больных сгибание, приведение в тазобедренных суставах и приседание с сомкнутыми коленями осуществляется в полном объёме. У 4 (11,2%) больных наблюдалось незначительное снижение объёма движений в оперированных тазобедренных суставах из-за несоблюдения режима и несвоевременного проведения физиотерапевтических процедур.

Выводы. Своевременно проведенное щадящее оперативное лечение способствует восстановлению функции тазобедренного сустава и предупреждает развитие вторичных деформаций.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Курбанова Р.Т

Цель исследования. Улучшение отдалённых результатов лечения перелома бедренной кости у детей с тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травмой (ТСЧМТ).

Материал и методы. Работа основана на анализе данных 30 историй болезней детей, находившихся на лечении в НМЦЗ РТ «Шифобахш» с 2020-2025 гг. Возраст детей 5-15 лет. У всех больных отмечалось сочетание перелома бедренной кости с тяжёлой черепно-мозговой травмой. Тяжесть травмы оценивалась по шкале Назаренко: средний балл составил 24 ± 1 . Тяжесть черепно-мозговой травмы определялась по шкале Глазго, в среднем 6 ± 1 баллов у данной категории больных. Пациенты с ТСЧМТ после стабилизации неврологического статуса переводились из отделения нейрохирургии в отделение детской травматологии. Всем пациентам с ТСЧМТ проводился поздний остеосинтез. Традиционным методом пролечено 20 детей (66,6%) (I группа) - открытая репозиция бедренной кости с интрамедуллярным остеосинтезом штифтом Богданова - 16 (80%) и экстрамедуллярным остеосинтезом пластиной АО - 4 (20%). При выполнении открытой репозиции у I-группы с последующим остеосинтезом в повреждённом сегменте наблюдалась ретракция мышц и смещение отломков (100%), наличие костной мозоли (60%), что приводило к дополнительной травматизации мягких тканей и кости во время операции. Средняя длительность стационарного лечения I группы детей составила – $26,6 \pm 1,4$ дней. Для уменьшения травматизации мягких тканей во время операции с 2024 года в клинике внедрён метод закрытой репозиции перелома длинных костей под контролем ЭОП и интрамедуллярной фиксацией отломков

кости титановыми эластичными стержнями, введенными через мини-разрез кожи длиной до 2 см в дистальном отделе бедра (II группа). Данным методом прооперировано 10 (33,4%) детей. Заживление ран у всех детей было первичным натяжением. Иммобилизация осуществлялась кокситной гипсовой повязкой сроком до 40 дней. Средняя длительность стационарного лечения II группы детей составила – $19,6 \pm 1,4$ дней. После снятия гипсовой повязки в амбулаторных условиях проводилась восстановительная терапия.

Результаты исследования. При изучении отдаленных результатов в сроке от 1 года у оперированных больных I группы (30%) были отмечены жалобы на боли в бедре при долгой ходьбе и незначительная хромота. Во всех случаях при осмотре отмечалась правильная ось конечности, укорочения нет. Во II группе больные жалобы не предъявляли, походка правильная, укорочения конечности нет, ось конечности правильная. Движения в коленном суставе в полном объеме. При оценке результатов по методу СОИ-1 у детей I группы результат составил $88 \pm 1\%$, у детей II группы – $92 \pm 1\%$.

Выводы. Применение титановых эластичных стержней у детей при ТСЧМТ уменьшает травматизацию мягких тканей и кости, что позволяет получить хорошие результаты восстановления функции оперированной конечности.

Ахмедов И.Ю., Каюмова А.Т., Шавкатова Ш.Ф.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детской хирургии № 2 им. Профессора Ахмедова М.А.
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ризаев Ж.А.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и хирургического лечения врожденных обструктивных уропатий у детей в неонатальном периоде и раннем грудном возрасте.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 146 пациентов с врожденной патологией мочевыделительной системы в период с 2020 по 2026 гг.. В структуре пороков преобладали: врожденный гидронефроз — 57,5% (n=84), первичный мегауретер — 32,9% (n=48) и ПМР — 9,6% (n=14). Диагностическая эффективность методов (УЗИ, ЦДК, экскреторная урография, нефросцинтиграфия) оценивалась по показателям чувствительности (Se), специфичности (Sp) и точности (Ac) в сравнении с интраоперационными данными.

Результаты исследования. Установлено, что традиционное УЗИ обладает высокой чувствительностью (98%), но низкой специфичностью (65%) из-за риска гипердиагностики. Дополнение УЗИ доплерографией позволило повысить Sp до 94%. Маркером ишемии паренхимы и показанием к операции определен индекс резистентности (RI) $> 0,75$. Экскреторная урография показала наименьшую точность (78,5%) у новорожденных из-за незрелости почек. Наивысшая диагностическая точность (97%) отмечена у динамической нефросцинтиграфии. В ходе лечения выполнено 82 операции, среди которых доминировала открытая пиелопластика по Хайнсу-Андерсону (51,2%). Среднее время вмешательства составило 55 ± 10 минут. Лапароскопические операции (14,6%) применялись преимущественно у детей старше 6 месяцев.

Выводы. 1. Динамическая нефросцинтиграфия является наиболее точным методом верификации обструкции (Ac=97%). 2. Включение доплерографии в протокол УЗИ позволяет на раннем этапе выявить ишемию почки и своевременно определить показания к хирургическому вмешательству. 3. Оптимальным сроком реконструкции является возраст 1–6 месяцев. 4. «Золотым стандартом» лечения гидронефроза у новорожденных остается открытая пиелопластика из мини-доступа с использованием микрохирургической техники.

Ахмедов И.Ю., Каюмова А.Т.

ПРЕНАТАЛЬНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ ПЛОДА

Кафедра детской хирургии № 2 им. Профессора Ахмедова М.А.
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан
Научный руководитель: д.м.н., профессор Яцык С.П.

Цель исследования. Обосновать пренатальные сонографические критерии, позволяющие отличить истинную обструктивную патологию почек плода от транзиторных расширений мочевыделительной системы.

Материал и методы. Проведено комплексное ультразвуковое обследование 146 беременных женщин на сроках 22–36 недель. Основную группу составили 61 случай с подтвержденными постнатально пороками (гидронефроз, мегауретер), контрольную — 85 случаев с транзиторной пиелозктазией. Оценивались морфометрия почек, индекс амниотической жидкости (ИАЖ) и показатели объемного кровотока паренхимы (VI, FI, VFI).

Результаты исследования. В основной группе выявлено статистически значимое увеличение продольного размера почек (медиана 52,0 мм против 40,0 мм в контроле; $p < 0,017$) на фоне выраженного истончения паренхимы до 2,3 мм (в контроле — 6,15 мм). Двусторонняя пиелозктазия в основной группе встречалась в 5,6 раза чаще (19,7%), чем в контрольной (3,5%; $p=0,03$). При органической обструкции отмечена депрессия внутрипочечной гемодинамики: медиана индекса перфузии (VFI) составила 5,569, что почти вдвое ниже контрольных значений (9,450; $p < 0,017$). Объем околоплодных вод также был достоверно ниже при истинной патологии: ИАЖ составил 10,05 см против 14,71 см в группе контроля ($p < 0,017$).

Выводы. 1. Ключевыми пренатальными признаками обструкции являются сочетание макросомии почки с критическим истончением паренхимы (менее 2,5–3,0 мм на поздних сроках). 2. Снижение индексов объемного кровотока (VFI) и уменьшение объема амниотической жидкости служат надежными предикторами нарушения

функции почек плода. 3. Совокупная оценка морфометрических и доплерометрических данных позволяет верифицировать пороки развития мочевыделительной системы на этапе антенатального скрининга.

Ахмедова Г.М., Урунбаева М.Г., Наврузмамадова Ё.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АКВА МАРИС НОРМ ПРИ РИНИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра оториноларингологии им. член-корр. РАМН Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бекназарова Г.М.

Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата Аква Марис Норм при рините беременных.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 20 женщин на разных сроках беременности, с диагнозом ринита беременных. У всех пациентов имелись жалобы на затруднение носового дыхания, образование корочек, ощущение сухости в носу и носоглотке и связанный с этим дискомфорт. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа (10 человек) получала лечение препаратом Аква Марис Норм (изотонический раствор морской воды в форме аэрозольного спрея) курсами по 10 дней с перерывом в 20 дней и длительностью применения 3 месяца по схеме. Вторая группа (10 человек) – местно применяла физиологический раствор по указанной схеме. Аэрозольный спрей Аква Марис Норм может использоваться по показаниям без ограничений в разных возрастных группах, в том числе и у беременных с первого дня гестации.

В обеих группах оценивали динамику нарушений носового дыхания и клинических проявлений ринита (сухость, зуд в носу, чихание, отёчность, гиперемия слизистой, наличие отделяемой). Эффективность терапии оценивали на 10-е сутки и в конце лечения (после 3 месяцев). Клинические проявления оценивали по шкале от 0 до 3 баллов. Прямым активным риноманометрии (ПАРМ) оценивали динамику носового дыхания.

Результаты исследования. После 10-й сутки лечения было замечено улучшение субъективных и объективных показателей в обеих группах. Выраженность симптомов обеих групп по шкале (0-3 баллов) соответствовала 2-3 баллам. По наблюдениям на завершающем этапе (через 3 месяца) клинические проявления сохранялись в пределах от 0 до 1 балла в первой группе от 0 до 3 баллов во второй группе на фоне полученной терапии. Показатели ПАРМ в первой группе соответствовали нормальным значениям, составляя $572,5 \pm 167,16$ см³/с и были снижены до $343,2 \pm 152,8$ см³/с во второй группе.

Была проведена оценка качества жизни до и после лечения. Информация, полученная в результате опросов пациентов до лечения, показала, что они испытывают трудности во многих областях повседневной жизни. В обеих группах мы наблюдали повышение оценки качества жизни после проведённого лечения. Однако в первой группе, где применяли аэрозольный спрей Аква Марис Норм, показатели были выше.

Выводы. Представленные результаты позволяют сделать вывод о том, что применение препарата морской воды Аква Марис Норм у данной категории пациентов эффективнее, чем орошение физраствором. Морская вода по сравнению с физиологическим раствором содержит меньше ионов натрия, но в ней содержатся бикарбонаты, кальций, калий и магний, что способствуют уменьшению вязкости секрета слизистой носа, улучшению подвижности ресничек, что в значительной степени улучшает работу мукоцилиарного аппарата носовой полости.

Ахмедова Ф.О., Минхожиддинова М.У., Резяпова Д.Р.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ И ИСХОДОВ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА УРОВНЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА

Кафедра хирургических болезней НОУ «Alfraganus University». Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н. Нурмухаммадов Ж.К.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ прогностической ценности мониторинга прокальцитонина (ПКТ), С-реактивного белка (СРБ) и лейкоцитоза в верификации тяжести состояния и определении исходов у пациентов с абдоминальным сепсисом.

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования и лечения 94 пациентов с абдоминальным сепсисом. Выборка включала 52 (55,3%) мужчины и 42 (44,7%) женщины, средний возраст которых составил 56,4 года. Тяжесть состояния и полиорганной недостаточности оценивалась в динамике с использованием общепринятых международных шкал (SOFA, APACHE II). Проводился мониторинг уровня прокальцитонина (ПКТ), С-реактивного белка и общеклинических показателей крови. Исследование концентрации биомаркеров осуществлялось при поступлении и в различные периоды послеоперационного наблюдения с целью оценки эффективности санации очага. Для определения прогностической значимости показателей использовались методы вариационной статистики. Оценка диагностической ценности маркеров проводилась путем анализа операционных характеристик (ROC-анализ) с расчетом чувствительности и специфичности. Различия считались статистически значимыми при общепринятом уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал статистически значимое преимущество ПКТ над традиционными маркерами. Диагностическая точность ПКТ ($AUC=0,88$) достоверно превосходила показатели СРБ ($AUC=0,71$) и лейкоцитоза ($AUC=0,64$). Установлено, что сохранение уровня ПКТ выше 9,8 нг/мл в первые 48 часов после операции ассоциировано с критическим риском манифестации септического шока с чувствительностью 89,2% и специфичностью 84,5%. Наиболее значимым критерием эффективности терапии определен темп декремента ПКТ: снижение его концентрации на 82,5% и более в течение 72 часов после первичной санации является достоверным предиктором благоприятного клинического исхода. Использование

ПКТ-ориентированного алгоритма позволило сократить длительность антибактериальной терапии в среднем на 3,9 койко-дня ($p = 0,014$) без повышения риска рецидива инфекции.

Выводы. Динамический мониторинг ПКТ и расчет его клиренса являются фундаментальными инструментами объективизации состояния пациента. В отличие от рутинных маркеров (СРБ, лейкоцитоз), ПКТ позволяет прецизионно оценивать адекватность хирургической санации и проводить безопасную деэскалацию антибактериальной терапии, что оптимизирует сроки пребывания в стационаре и снижает медикаментозную нагрузку.

Ахунжанов Б.З., Самадов Д.С., Сайфиддин Ходжи К.Ш.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО УРОВНЯ МИКРОРНК (miRNA-21, miRNA-126) НА РАЗВИТИЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии, трансплантологии. Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н., старший преподаватель Мучиашвили О.Р.

Цель исследования. Определить прогностическую ценность предоперационного уровня микроРНК miRNA-21 и miRNA-126 для стратификации риска ранних послеоперационных осложнений у пациентов после кардиохирургических операций.

Материал и методы. Ретроспективное исследование включало 134 пациента, перенесших операции на сердце с использованием искусственного кровообращения. Средний возраст пациентов — $57,9 \pm 8,5$ года. Предоперационный уровень микроРНК (miRNA-21, miRNA-126) определялся методом количественной полимеразной цепной реакции (qPCR) из венозной крови. Пациенты разделены на группы: с ранними послеоперационными осложнениями ($n=43$; 32,1%) и без осложнений ($n=91$; 67,9%). К осложнениям относились послеоперационная фибрилляция предсердий, инфекционные осложнения, дыхательная недостаточность, кровотечения и пролонгированная вентиляция. Проведен сравнительный анализ, корреляция, ROC-анализ и многофакторный логистический регрессионный анализ.

Результаты исследования. Средний уровень miRNA-21 был значительно выше в группе с осложнениями — $2,9 \pm 0,6$ против $1,5 \pm 0,4$ ($p < 0,001$), а miRNA-126 — ниже: $0,7 \pm 0,2$ против $1,3 \pm 0,5$ ($p < 0,01$). Высокий miRNA-21 ($> 2,4$) ассоциировался с 3,2-кратным увеличением риска ранней фибрилляции предсердий и инфекционных осложнений ($OR=3,2$; 95% CI: 1,7–6,0; $p < 0,01$). Низкий miRNA-126 ($< 0,9$) был связан с увеличением длительности вентиляции легких ($r=-0,44$; $p < 0,05$) и временем пребывания в отделении реанимации. ROC-анализ показал высокую прогностическую ценность комбинации miRNA-21 и miRNA-126 ($AUC=0,84$; 95% CI: 0,77–0,91), чувствительность — 81%, специфичность — 76%.

Выводы. Предоперационный уровень miRNA-21 и miRNA-126 является информативным биомаркером прогнозирования ранних послеоперационных осложнений у пациентов после кардиохирургических операций. Высокий miRNA-21 и низкий miRNA-126 ассоциированы с повышенным риском аритмий, инфекционных осложнений и дыхательной недостаточности. Включение этих показателей в предоперационную оценку позволяет точно стратифицировать риск, своевременно планировать профилактические меры и оптимизировать послеоперационное ведение пациентов.

Ашуров А.С.1, Сохибов Ш.М.2

РЕЗУЛЬТАТЫ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА СОСТАВА ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кобилзода К.К.

Цель исследования. Анализировать динамику изменений показателей компонентного состава тела у больных с морбидным ожирением до и после продольной резекции желудка с использованием биоимпедансного анализа

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 120 пациентов (84 женщин и 36 мужчин) с морбидным ожирением ($ИМТ \geq 40$ кг/м²), которым была выполнена продольная резекция желудка. Оценка компонентного состава тела проводилась методом биоимпедансного анализа до хирургического вмешательства и через 12 месяцев после продольной резекции желудка. При биоимпедансометрии оценивались следующие показатели: жировая масса (ЖМ, кг), доля жировой массы (ДЖМ, %), тощая масса (ТМ, кг), активная клеточная масса (АКМ, кг), доля активной клеточной массы (ДАКМ, %), скелетно-мышечная масса (СММ, кг), доля скелетно-мышечной массы (ДСММ, %), общая жидкость организма (ОЖО, кг), внеклеточная жидкость (ВКЖ, кг), минеральная масса костной ткани (ММКТ, кг), основной обмен (ОО, ккал/сут) и удельный основной обмен (УОО, ккал/м²/сут). Биоимпедансометрия была выполнена на анализаторе состава тела «АВС-02 Медасс» (Россия). Индекс массы тела рассчитывали по формуле Кетле.

Результаты исследования. До операции у обследованных пациентов с морбидным ожирением выявлено повышенное показателей ИМТ (у мужчин $42,1 \pm 6,3$ и у женщин $39,5 \pm 5,7$), содержание жировой массы (у мужчин в среднем $41,8 \pm 3,6$ кг, у женщин — $45,0 \pm 5,5$ кг), скелетно-мышечная масса (соответственно $42,7 \pm 4,5$ и $28,9 \pm 3,8$). Также среди обследованных отмечен более высокие показатели веса (у мужчин $119,4 \pm 10,2$ кг и у

женщин $105,1 \pm 11,2$ кг), скелетно-мышечной массы (соответственно $42,7 \pm 4,5$ кг и $28,9 \pm 3,8$ кг), клеточной жидкости ($56,6 \pm 5,8$ кг и $37,7 \pm 3,9$ кг) и основного обмена (2046 ± 180 ккал у мужчин и 1618 ± 140 ккал у женщин).

Проведенный биоимпедансный анализ через 12 месяцев после продольной резекции желудка показал положительную динамику изменений антропометрических показателей и компонентного состава тела больных с морбидным ожирением. У всех пациентов в отдаленном послеоперационном периоде наблюдалось выраженное снижение массы тела (с $109,4 \pm 11,0$ кг до $78,0 \pm 9,5$ кг), показателя индекса массы тела (с $40,1 \pm 5,1$ до $28,9 \pm 3,6$ кг/м²), абсолютной жировой массы и её доли (с $44,0 \pm 5,0$ кг и с $40,2 \pm 5,7\%$ до $34,6 \pm 4,5\%$ соответственно), индекса талия/бедро (с $0,96 \pm 0,14$ до $0,85 \pm 0,09$). Положительные сдвиги отмечены и при других компонентах, таких как тощая и скелетно-мышечная масса, клеточная и внеклеточная жидкости, минеральная масса костной ткани и основной обмен, который снизился с 1806 ± 160 до 1450 ± 150 ккал. При этом после 12 месяцев операции снижение массы тела у мужчин отмечалось на **27,1%**, у женщин - на **30,5%**, а **жировая масса у мужчин** уменьшилась на **42,6%**, у женщин - **36,7%**. Несмотря на это, у небольшой группы больных в отдаленном послеоперационном периоде наблюдалась умеренная саркопения, которая проявлялась снижением показателей скелетно-мышечной массы и тощей массы ниже нормы.

Выводы. В целях определения метаболической эффективности различных бариатрических вмешательств и оценки их влияния на компонентный состав тела больных с морбидным ожирением рационально можно применять биоимпедансометрию, как информативный, неинвазивный и современный метод. Улучшение антропометрических параметров и показателей компонентного состава тела больных свидетельствуют о значительном снижении жировой массы и подтверждают существенную клиническую эффективность продольной резекции желудка в лечении больных с морбидным ожирением.

Аюбов Дж.К. 1, Ганиев А.Э1., Амиркулов М.М2.

СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ОБЛАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

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

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

²ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения инфицированного панкреонекроза.

Материал и методы. За период с 2023 года по ноябрь 2025 года в хирургических отделениях Государственного учреждения «Городской центр скорой медицинской помощи» города Душанбе были прооперированы 72 пациента с ОП, осложненным флегмоной забрюшинной клетчатки. В 40 случаях выполнены абдоминализация и оментобурсостомия. При флегмоне парапанкреатической клетчатки у 13 больных выполнена оментобурсостомия с дренированием области поджелудочной железы Т-образным дренажом после предварительной резекции XI ребра слева. У 19 пациентов с распространенной флегмоной забрюшинной клетчатки выполнена ретроперитонеостомия. Обследование и лечение проводили в соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями. Все пациенты были госпитализированы в отделение хирургической реанимации, где получали консервативную терапию согласно принятым клиническим рекомендациям. Оперативное лечение выполняли только при инфицированных формах панкреонекроза, включая гнойно-некротический парапанкреатит, панкреатический абсцесс и забрюшинную флегмону.

Результаты исследования. В группе больных, которым выполнялись абдоминализация поджелудочной железы и ОБС, летальность составила 52,5% - 21 случай. Основной причиной неблагоприятного исхода было прогрессирование забрюшинной флегмоны. Во второй группе, при начальных проявлениях флегмоны забрюшинной клетчатки, применение Т-образного дренажа в сочетании с резекцией XI ребра слева позволило у 11 из 13 больных предотвратить дальнейшее развитие деструктивного процесса. В третьей группе, где при распространенной флегмоне забрюшинной клетчатки выполнялась ретроперитонеостомия, у 15 из 19 больных удалось купировать гнойное осложнение, а летальность составила 21,1%. Формирование ретроперитонеостомы позволило устранить недостатки, присущие традиционной люмботомии. Выбранная зона доступа обеспечивала возможность дренирования практически всей забрюшинной клетчатки, включая клетчатку малого таза, при минимальной травматизации окружающих тканей. Во всех случаях проводилась интенсивная противовоспалительная, антиферментная, противомикробная и дезинтоксикационная терапия. В послеоперационном периоде выполнялась гетеротермическая санация брюшной полости, ОБС и ретроперитонеостомы.

Выводы. Применение предложенных способов дренирования области поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки позволяет снизить послеоперационную летальность до 21,1%, а также уменьшить риск гнойных осложнений и развития инфекционно-токсического шока. При ретроперитонеостомии не отмечено осложнений в виде флегмон со стороны передней и боковой брюшных стенок. При необходимости ретроперитонеостома может быть сформирована с обеих сторон.

Аюбов Дж.К. 1, Шарипов С.А1., Наджмудинов С.С. 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

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

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

²ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Разработать и усовершенствовать методы диагностики и лечения тяжелых форм

острого панкреатита.

Материал и методы. За период с 2021 года по ноябрь 2025 года в хирургических отделениях Государственного учреждения «Городской центр скорой медицинской помощи» города Душанбе накоплен опыт лечения 1021 пациента с острым панкреатитом. У 132 больных отмечено тяжелое течение заболевания, сопровождавшееся системными осложнениями. Почечная недостаточность выявлена у 47 пациентов, легочные осложнения - у 25, острые поражения слизистой желудочно-кишечного тракта - у 30, сочетание нескольких осложнений - у 30 больных.

Результаты исследования. На основании комплексной оценки клинико-лабораторных, инструментальных и интраоперационных данных, а также результатов аутопсий установлено, что объем некротического поражения напрямую связан с тяжестью органной недостаточности. Во всех наблюдениях при тяжелом течении острого панкреатита выявлялся панкреонекроз с поражением более 30% ткани поджелудочной железы. У 87 пациентов панкреонекроз имел стерильный характер, у 45 - инфицированный.

При стерильном панкреонекрозе системные проявления, как правило, были выражены умеренно и в большинстве случаев поддавались консервативной коррекции. Наиболее благоприятные результаты отмечены при проведении сбалансированной интенсивной терапии в сочетании с пункционными вмешательствами под контролем методов медицинской визуализации.

Инфицирование обычно развивалось на 3-4-й неделе заболевания. О формировании инфицированного панкреонекроза свидетельствовало появление стойких признаков системной воспалительной реакции в сочетании с прогрессированием полиорганной недостаточности. Вероятность бактериального инфицирования возрастала по мере увеличения объема некротического поражения интра- и перипанкреатических тканей, выявляемого методами медицинской визуализации. В целом системные осложнения при инфицированном некрозе наблюдались чаще и протекали тяжелее, чем при стерильном, даже при меньшей площади поражения.

Общая летальность при тяжелых формах острого панкреатита составила 39,4% - 52 из 132 наблюдений. При стерильном панкреонекрозе умерли 34 из 87 пациентов, что составило 39,1%, при инфицированном - 18 из 45, или 40,0%. Следовательно, в данной выборке летальность была сопоставимой независимо от наличия бактериального инфицирования. При этом в 36 из 52 летальных исходов, то есть в 69,2% случаев, непосредственной причиной смерти стали системные осложнения панкреонекроза.

Выводы. Тяжелое течение острого панкреатита связано с развитием панкреонекроза с обширным поражением поджелудочной железы в сочетании с системными осложнениями. Именно системные осложнения являются основной причиной летальных исходов у данной категории больных.

Аюбов Дж.К. 1, Вахобов И.А.2., Мирзоев Д.А. 2

ОПЕРАЦИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

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

ГОО «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Изучить роль дренирующих вмешательств под ультразвуковым контролем в лечении острых скоплений жидкости, осложняющих течение панкреонекроза.

Материал и методы. За период с 2021 года по ноябрь 2025 года в хирургических отделениях Государственного учреждения «Городской центр скорой медицинской помощи» города Душанбе находились на лечении 50 пациентов с жидкостными образованиями поджелудочной железы в возрасте от 23 до 70 лет. В исследование включены 40 больных, у которых формирование ограниченного скопления жидкости в брюшной полости являлось одной из стадий текущего панкреонекроза. Показаниями к пункционному дренированию жидкостного образования под УЗ-контролем у пациентов данной группы служили сохраняющиеся симптомы интоксикации, фебрильная лихорадка, несмотря на проводимую антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, а также большой объем жидкостного образования, вызывавший стойкий болевой синдром и создававший угрозу прорыва в брюшную полость. При выполнении дренирования предпочтение отдавали методике с установкой одного или нескольких катетеров типа pigtail различного диаметра.

Результаты исследования. Пункционное дренирование под УЗ-контролем выполнено 16 из 40 больных, что составило 40,0%. У всех пациентов в течение первой недели после вмешательства отмечены улучшение общего состояния, снижение температуры тела, уменьшение признаков интоксикации и выраженности воспалительных изменений в анализах крови. У 8 из 16 больных, то есть в 50,0% случаев, на фоне положительной клинико-лабораторной динамики и уменьшения объема отделяемого до нескольких миллилитров в сутки дренажи были поэтапно удалены после перехода с проточного промывания на фракционное. Фистулографию в этих случаях не проводили. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. При контрольном ультразвуковом исследовании в сроки от 2 до 12 месяцев отграниченные скопления жидкости в проекции поджелудочной железы не выявлены.

У 7 из 16 больных, или в 43,8% наблюдений, пункционное дренирование оказалось неэффективным вследствие формирования секвестров, что потребовало выполнения открытого дренирования и секвестрэктомии. Еще у 1 пациента, что составило 6,3%, на 5-е сутки после дренирования произошла дислокация дренажа; от повторной пункции он отказался и самовольно покинул стационар. Других осложнений пункционного дренирования не отмечено.

В 9 из 40 случаев, то есть у 22,5% больных, первично выполнено открытое дренирование абсцесса с секвестрэктомией. Еще 15 из 40 пациентов, или 37,5%, не были оперированы, поскольку при динамическом

наблюдении на фоне консервативного лечения у них отмечена полная ликвидация жидкостного образования в сроки до 2 месяцев.

Выводы. У больных с жидкостными образованиями поджелудочной железы, перенесших панкреонекроз менее 3 месяцев назад, при прогрессировании гнойно-воспалительного процесса и недостаточной эффективности консервативной терапии дренирование под УЗ-контролем следует рассматривать как метод выбора. У 8 из 16 пациентов, то есть в 50,0% случаев, данное вмешательство оказалось окончательным методом хирургического лечения.

Бабаева Т.С., Шарипова Ф.Ф., Окилова М.С.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ LASIK В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Халимова З.С.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту встречаемости основных противопоказаний к проведению кераторефракционной операции LASIK у пациентов с миопией средней степени.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 463 пациентов (средний возраст – 26 лет, диапазон 18-38 лет) с миопией слабой и средней степени, обратившихся для проведения лазерной коррекции в период с января 2023 по январь 2026 года. Диагностический протокол включал: визометрию (вдаль и вблизи), рефрактометрию в условиях естественного мидриаза и медикаментозной циклоплегии (Sol. Cyclopentolati, 1%), компьютерную корнеотопографию и кератопахиметрию на диагностической платформе Pentacam (Oculus); оптическую когерентную томографию (ОКТ) макулярной зоны и диска зрительного нерва (ДЗН); оценку слезопродукции и стабильности слезной пленки (проба Ширмера, проба Норна); аппланационную тонометрию по Гольдману.

Результаты и обсуждение. По результатам комплексного обследования у 87 пациентов (18,8% от общей выборки) были выявлены абсолютные или относительные противопоказания к проведению LASIK. Кератоконус (73,6%; n=64) является наиболее значимым и частым противопоказанием. Данная дегенеративно-дистрофическая патология приводит к истончению и конусовидному выпячиванию роговицы. Проведение лазерной абляции при субклиническом или явном кератоконусе сопряжено с высоким риском необратимой декомпенсации каркасной функции роговицы. Следующий по частоте – синдром сухого глаза (21,8%; n=19). Учитывая, что кераторефракционные вмешательства транзитивно снижают чувствительность роговицы и угнетают базальную слезопродукцию, выполнение операции у данной категории лиц нецелесообразно до купирования симптомов. Средние показатели пробы Ширмера в данной группе составили 6 мм (при норме ≥ 10 мм). Глаукома низкого давления и подозрение на глаукому (4,6%; n=4): диагноз устанавливался на основании корреляции толщины роговицы с показателями внутриглазного давления (ВГД), оценки экскавации ДЗН и данных ОКТ слоя нервных волокон сетчатки. Выявление данной патологии критически важно, так как некорректная оценка морфофункциональных параметров может привести к ятрогенному ухудшению зрительных функций.

Выводы.

1. Основным противопоказанием к проведению операции LASIK среди пациентов в Республике Таджикистан является кератоконус, что диктует необходимость обязательного проведения корнеотопографии на этапе скрининга.
2. Вторым по частоте фактором выступает синдром «сухого глаза», требующий предоперационной подготовки или смены тактики лечения.
3. Ранняя диагностика глаукомы низкого давления в рамках рефракционного обследования позволяет предупредить необратимую потерю зрения.
4. Строгое соблюдение диагностических алгоритмов обеспечивает минимизацию рисков и прогнозируемость клинического результата лазерной коррекции.

Байжигитов Н.И.

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Кафедра детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Атакулов Ж.О.

Цель исследования. Анализ клинических особенностей течения ОГЭО у детей первого года жизни, изучение возможностей ранней диагностики патологии и оценка риска развития ортопедических осложнений в отдалённые сроки.

Материал и методы. В исследование были включены 50 детей (21 мальчик и 29 девочек), госпитализированных преимущественно на 5–9 сутки болезни; у большинства наблюдались хронические инфекции и низкий иммунный статус, что увеличивало риск неблагоприятного течения заболевания.

Диагностика ОГЭО у детей раннего возраста требует комплексного подхода. Основными методами выявления патологии являются общий анализ крови (ОАК), определение уровня С-реактивного белка (CRP), а также исследование костного метаболизма с акцентом на показатели щелочной фосфатазы (ЩФ и ВАР). Эти лабораторные методы позволяют выявить воспалительную активность и оценить степень поражения костной ткани. Важную роль играет ультразвуковое исследование, которое эффективно фиксирует утолщение мягких

тканей, наличие внутрисуставной жидкости, деформацию ядра окостенения и неровности метаэпифизарной зоны, что подтверждает его высокую диагностическую значимость.

Результаты исследования. Клинически ОГЭО проявляется выраженными симптомами локального воспаления, а также изменениями в костной ткани и суставе. В остром периоде заболевания фиксируется снижение уровня кальция, фосфатов и щелочной фосфатазы, а в фазе восстановления отмечается их нормализация, что свидетельствует о герагивной активности костной ткани. Особый интерес представляет динамика маркеров остеогенеза: повышение уровня PINP с первых суток после операции свидетельствует о высокой активности остеобластов и репарации костной ткани, а недостаточная динамика снижения β -CrossLaps и замедленная нормализация PINP указывают на риск поздних осложнений, включая рецидивы и замедленное восстановление.

Для контроля и прогнозирования осложнений был предложен диагностический алгоритм, включающий пороговые значения для PINP и β -CrossLaps, что позволяет своевременно корректировать тактику лечения.

Выводы. ОГЭО у детей первого года жизни с неблагоприятным преморбидным фоном требует ранней диагностики, комплексного лабораторного и инструментального мониторинга и индивидуализированной терапии. Применение современных маркеров костного метаболизма и ультразвуковой диагностики существенно повышает эффективность контроля за динамикой заболевания и снижает риск развития тяжелых ортопедических осложнений. Перспективы дальнейших исследований связаны с оптимизацией лечебных протоколов и совершенствованием системы профилактики ОГЭО у пациентов из группы риска.

Байрамова Л.Ш., Расулова И.А., Шихрагимов М.И.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАГНОИВШЕЙСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета - ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ»
Минздрава России.

Научный руководитель - д.м.н., проф. Кчибеков Э.А.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения нагноившейся эпителиально-копчиковой кисты (ЭКК) путём применения разработанного комбинированного способа, включающего вакуумное дренирование и лазерную коагуляцию.

Материал и методы. Нами разработан и внедрен в практику способ лечения нагноившейся пилонидальной кисты (патент № 2820396). Методика применена у 29 пациентов. Под местной анестезией производилось вскрытие гнойника у нижнего края, пуговчатым зондом формировалась контрапертура в верхней точке. После удаления содержимого ложкой Фолькмана и промывания полости антисептиками (перексид водорода, бетадин), устанавливалось устройство для активного вакуумного дренирования. Под контролем УЗИ проводился мониторинг редукции полости. При уменьшении её диаметра до 1 см выполнялась лазерная коагуляция аппаратом «Лакта-Милон» (длина волны 1470 нм, мощность 9 Вт, скорость 1 мм/с).

Результаты исследования. В ходе работы установлено, что лазерное излучение 1470 нм обладает выраженным saniрующим и коагулирующим действием. Предварительное вакуум-дренирование позволило редуцировать полость, сформировав компактный свищевой ход, что увеличило площадь контакта тканей с лазером и обеспечило радикальность абляции. Данный метод позволил избежать массивных иссечений тканей и исключить послеоперационные кровотечения. В анализируемой группе рецидив заболевания наблюдался лишь у 1 пациента (2,85%), что связано с неоднократными операциями в анамнезе. У остальных больных достигнут высокий косметический результат и полное выздоровление.

Выводы. Предлагаемый способ позволяет сократить сроки заживления, предупредить развитие рецидивов и улучшить косметические результаты лечения. Малая травматичность метода дает возможность проводить радикальное лечение нагноившихся форм ЭКК в амбулаторных условиях.

Барнакулов У.Х.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, урологии, детской урологии, анестезиологии и реаниматологии,
детской анестезиологии и реаниматологии.

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель — д.м.н., доцент Теребаев Б.А.

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность современных методов обследования и клиническую эффективность комплексной консервативной терапии хронического запора при долихосигме у детей с обоснованием показаний к оперативному вмешательству.

Материал и методы. Проведено проспективное клинико-обоснованное исследование с участием 97 детей в возрасте от 3 до 18 лет, страдающих хроническим запором на фоне долихосигмы. Диагноз устанавливался на основании клинической картины и данных инструментальных методов обследования, включая ультразвуковое исследование органов брюшной полости и контрастную ирригографию, позволяющую оценить анатомические и функциональные особенности сигмовидной кишки. Тяжесть запора оценивалась по международно принятым клиническим критериям: частоте дефекации, консистенции стула, выраженности абдоминального болевого синдрома, наличию каловых завалов и признаков эндогенной интоксикации. Консервативная терапия являлась методом первого выбора и включала немедикаментозные мероприятия и применение осмотического слабительного — полиэтиленгликоля (ПЭГ), эффективность и безопасность которого подтверждены много-

численными рандомизированными исследованиями. Оценка результатов лечения проводилась через 1, 3 и 6 месяцев наблюдения. Хирургическое лечение рассматривалось при отсутствии клинически значимого эффекта после длительной адекватной консервативной терапии.

Результаты исследования. На фоне комплексной консервативной терапии у 85 (87,6%) пациентов достигнута устойчивая клиническая ремиссия, что соответствует данным международных исследований. Улучшение проявлялось нормализацией частоты и характера стула, снижением выраженности болевого синдрома и устранением признаков копростазов. Полиэтиленгликоль продемонстрировал высокий профиль безопасности, хорошую переносимость и отсутствие электролитных нарушений при длительном применении.

У 12 (12,4%) детей отмечена резистентность к консервативной терапии, что сопровождалось декомпенсацией моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и рецидивирующими каловыми завалами. Данным пациентам было показано хирургическое лечение, после которого в большинстве случаев отмечено значительное клиническое улучшение и восстановление регулярной дефекации.

Заключение. Современная тактика ведения детей с хроническим запором при долихосигме должна основываться на поэтапном и преимущественно консервативном подходе. Применение полиэтиленгликоля является патогенетически обоснованным, эффективным и безопасным методом терапии, позволяющим достичь клинического улучшения у большинства пациентов и существенно снизить потребность в хирургических вмешательствах.

Баротова С.Х., Муродова А.М., Исматуллоева Н.И.

НАРУШЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Кафедра Акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Козидавлатзода Б

Цель исследования. Изучить особенности овариального резерва у пациенток с СПКЯ на основании гормональных показателей и ультразвуковых данных.

Материал и методы. Исследование носило сравнительный клинико-лабораторный характер. Всего обследовано 60 женщин репродуктивного возраста (18–35 лет).

Основная группа: 30 женщин с диагностированным СПКЯ по Роттердамским критериям. Контрольная группа: 30 практически здоровых женщин с регулярным менструальным циклом.

Критерии включения: возраст 18–35 лет, отсутствие гормональной терапии за последние 3 месяца, информированное согласие. Критерии исключения: гиперпролактинемия, заболевания щитовидной железы, врожденные аномалии половых органов, хирургические вмешательства на яичниках. Клиническое обследование (оценка менструального цикла, ИМТ).

Гормональный профиль крови: ФСГ, ЛГ, АМГ. Ультразвуковое исследование органов малого таза с подсчетом антральных фолликулов. Оценка овариального резерва по уровню АМГ и количеству антральных фолликулов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики, достоверность различий оценивалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациенток с СПКЯ отмечалось повышение уровня АМГ (среднее $7,2 \pm 2,1$ нг/мл) по сравнению с контрольной группой ($3,1 \pm 1,0$ нг/мл, $p < 0,05$).

Количество антральных фолликулов было значительно выше в основной группе (18 ± 5) против контроля (10 ± 3 , $p < 0,05$). Несмотря на количественное превышение фолликулов, наблюдались нарушения созревания и ановуляция у 70% пациенток с СПКЯ.

Гормональные показатели (ЛГ/ФСГ) подтверждали гиперандрогению и дисбаланс гонадотропинов. Эти данные показывают, что у женщин с СПКЯ овариальный резерв количественно не снижен, однако функционально он нарушен, что отражается на репродуктивной способности.

Выводы. СПКЯ сопровождается комплексными нарушениями овариальной функции: увеличением числа антральных фолликулов при нарушении их созревания. Оценка овариального резерва у пациенток с СПКЯ требует комплексного подхода, включая гормональные исследования и ультразвуковую диагностику. Ранняя диагностика и коррекция метаболических и гормональных нарушений способствуют сохранению репродуктивного потенциала у женщин репродуктивного возраста.

Барфиев А.А., Абдурасулов А.А. Абдурасулов А.А.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖОГОВЫХ РАНАХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Разработать прогностическую модель оценки риска инфекционных осложнений при ожоговых ранах у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 260 пациентов с ожоговой травмой. Основную группу составили 130 пациентов с ожоговыми ранами на фоне сахарного диабета, контрольную группу — 130 пациентов без нарушений углеводного обмена. Оценивались клинические параметры ожоговой травмы (площадь и глубина ожога, длительность раневого процесса), лабораторные показатели (глюкоза крови, HbA1c, С-реактивный белок, уровень альбумина), а также микробная контаминация раневой поверхности. Проводился сравнительный анализ частоты инфекционных осложнений, сроков заживления ран и длительности госпитализации. Для определения независимых предикторов неблагоприятного течения раневого процесса использовался многофакторный логистический регрессионный анализ. Прогностическая эффективность моде-

ли оценивалась методом ROC-анализа.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с сахарным диабетом инфекционные осложнения ожоговых ран развивались достоверно чаще, чем у пациентов без диабета — у 49 (37,7%) и 22 (16,9%) соответственно ($p < 0,001$). Средняя площадь ожоговой поверхности в основной группе составила $18,4 \pm 6,2\%$ поверхности тела, что сопровождалось более выраженными воспалительными изменениями и увеличением сроков заживления ран ($15,8 \pm 4,3$ суток против $10,2 \pm 3,1$ суток; $p < 0,001$).

Высокая микробная контаминация раны ($>10^5$ КОЕ/мл) выявлена у 44,6% пациентов основной группы и у 21,5% пациентов контрольной группы ($p = 0,001$).

Многофакторный регрессионный анализ показал, что основными независимыми факторами риска инфекционных осложнений являлись:

- уровень HbA1c $>7,5\%$ (OR=3,6; 95% ДИ 1,8–7,2; $p < 0,001$),
- площадь ожоговой поверхности $>15\%$ (OR=2,9; 95% ДИ 1,4–6,1; $p = 0,004$),
- гипоальбуминемия <35 г/л (OR=2,7; 95% ДИ 1,3–5,5; $p = 0,006$),
- микробная контаминация раны $>10^5$ КОЕ/мл (OR=3,2; 95% ДИ 1,6–6,4; $p = 0,002$).

ROC-анализ разработанной прогностической модели продемонстрировал высокую диагностическую эффективность (AUC=0,89; чувствительность 83,1%; специфичность 78,6%).

Выводы. Ожоговые раны у пациентов с сахарным диабетом характеризуются более высоким риском инфекционных осложнений и замедленным течением репаративных процессов. Разработанная прогностическая модель позволяет своевременно выявлять пациентов группы высокого риска и оптимизировать тактику хирургического лечения и профилактики инфекционных осложнений.

Барфиев А.Р., Абдурасулов Р.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ САНДОСТАТИНА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОГДЯК У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель доцент Джамилов Р.Д

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного консервативного лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. С этой целью 20-ти больным был назначен сандостатин в дозе 25 мгч путем внутривенной инфузии в течение 5 суток. В результате проведенного лечения гемостаза добились у 18 больных. Этот результат у больных пожилого и старческого возраста можно считать неплохим результатом. После достижения гемостаза препарат следует, еще продолжают в течение одной сутки.

С помощью двух групп больных (по 20 человек) изучалось эффективность сандостатина (1-я группа) - в дозе 25 мгч путем внутривенной инфузии в течение 5 суток и циметидина (2-я группа) - в дозе 1,5г суточной дозы путем внутривенной инфузии в течение 5 суток при язвенных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В результате проведенного лечения гемостаза добились у 18 больных. Этот результат у больных пожилого и старческого возраста можно считать неплохим результатом. После достижения гемостаза препарат следует, еще продолжают в течение одной сутки.

Результаты исследования. В результате проведенного лечения кровотечение прекратилось у 88% и 65% больных соответственно в 1-й и 2-й группах. Время остановки кровотечения в 1-й группе было короче более чем в 2 раза, чем во 2-й группе, а рецидив кровотечения в 1-й группе было меньше в 2,5 раза, чем во 2-й группе соответственно. Переливаемая кровь для восполнения кровопотери у больных 1-й группы потребовалось на 1,5 дозы меньше, чем для больных 2-й группы соответственно. И, наконец, длительность пребывания в стационаре у больных первой группы было на два дня короче, чем у больных второй группы.

Выводы. Достоверно лучший эффект от сандостатина, нежели от циметидина, получили и другие авторы, которые провели такие обследования. Другие исследователи, применявшие указанные препараты в аналогичных целях, также отдают предпочтение сандостатину. Показаниями для применения сандостатина служили высокая степень риска операции у больных пожилого и старческого возраста, высокая степень риска операции у больных с тяжелым общим состоянием при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний

Бахтиярова З.Д.

КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Международный университет KIMYO в Ташкенте. Узбекистан

Научный руководитель – к.м.н., доц. Агзамходжаев Ф.Х.

Цель исследования. Оценить эффективность мирингопластики и определить факторы, влияющие на приживление трансплантата и восстановление слуха.

Материал и методы. Проведен анализ 28 пациентов с хронической сухой перфорацией барабанной перепонки. Всем больным выполнена мирингопластика с использованием аутофасции височной мышцы по underlay-технике. Оценивались размеры и локализация перфорации, состояние слизистой оболочки среднего уха. До и через 3 месяца после операции проводилась тональная пороговая аудиометрия. Основными критериями эффективности являлись анатомическое закрытие дефекта и динамика слуховых показателей.

Результаты исследования. Полное анатомическое закрытие перфорации достигнуто у 24 пациентов (85,7%). Частичное приживление трансплантата отмечено у 2 пациентов (7,1%), реперфорация — у 2 пациентов (7,1%). Наиболее высокий процент приживления (до 92%) наблюдался при небольших центральных дефектах.

Среднее улучшение воздушной проводимости составило 10–15 дБ, отмечено уменьшение костно-воздушного интервала. Послеоперационные осложнения были минимальными и не требовали повторного хирургического вмешательства.

Выводы. Мирингопластика является эффективным и безопасным методом лечения хронической перфорации барабанной перепонки с высоким процентом приживления трансплантата (85–90%). Успех операции зависит от размеров дефекта и отсутствия активного воспалительного процесса. Своевременное хирургическое вмешательство позволяет восстановить анатомическую целостность перепонки и улучшить слуховую функцию.

Башкатов Д.А., Врабий А.А., Попов Г.И.

АРТЕРИАЛЬНЫЙ ГОМОГРАФТ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ СИНТЕТИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО ПРОТЕЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Кафедра хирургии госпитальной с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Бедров А.Я.

Цель исследования. Оценка эффективности использования артериального гомографта при репротезировании в условиях инфицирования, ранее имплантированного синтетического сосудистого протеза.

Материал и методы. Ретроспективное нерандомизированное исследование основано на данных 32 пациентов (2018–2026 гг., ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова), которым заменили инфицированный синтетический протез в аорто-бедренной позиции с использованием артериального гомографта. Применялась технология «влажной» консервации, исключая материал с атеросклерозом и кальцинозом. Перед имплантацией они обрабатывались 24 часа в среде RPMI-1640 с антибиотиками и противогрибковым препаратом, затем хранились при +4°C.

Пациенты распределились следующим образом: мужчины (n=29, 90%) имели возраст от 38 до 84 лет (средний возраст — 64 года), а женщины (n=3, 10%) — 28, 55 и 68 лет соответственно (средний возраст — 50 лет). Срок наблюдения за пациентами составил от 2 до 67 месяцев. Первичные операции: у 8 пациентов (25%) выполнялась резекция аневризмы инфраренального сегмента аорты, у 14 пациентов (44%) — реконструктивные операции при поражениях аорто-подвздошного сегмента, у 9 пациентов (28%) — при поражениях бедренно-подколенного сегмента, а у 1 пациента (3%) было выполнено формирование артериовенозной фистулы.

Результаты исследования. Инфекционные проявления у пациентов имели различный характер: у 18 человек инфекция проявлялась свищевым ходом на бедре с гнойным отделяемым или кровотечением, а у 2 пациентов была выявлена протезно-дуоденальная фистула. Возбудителями инфекции были *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Klebsiella pneumoniae*.

За время наблюдения у одного пациента (3%), оперированного с использованием артериального гомографта, на 30 сутки зафиксировано развитие ложной аневризмы в зоне дистального анастомоза. В раннем послеоперационном периоде у 2 больных (6%), которым была выполнена имплантация гомографта в бедренно-подколенную позицию, наблюдалось аррозионное кровотечение, в первом случае потребовавшего выполнения экстраанатомического аутовенозного бедренно-бедренного перекрестного шунтирования, во втором — ампутации н/конечности. Послеоперационный тромбоз гомографта был зафиксирован у 2 больных (6%) на сроке наблюдения 45 и 54 мес. соответственно.

В раннем периоде умерли 10 пациентов (31%): 2 — из-за протезно-дуоденальных фистул (6%), 1 — интраоперационная смерть вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности (3%), 6 — из-за полиорганной недостаточности (19%), ещё 1 пациент скончался от аррозионного кровотечения из зоны дистального анастомоза (3%). В отдалённом периоде вследствие острого инфаркта миокарда зарегистрирован один летальный исход через 46 месяцев.

Выбор трансплантата критически важен при лечении инфекции синтетического протеза. Аутовена — оптимальный, но не всегда доступный вариант, а повторное использование синтетического протеза часто ведёт к рецидиву инфекции. Гомографт выступает перспективной альтернативой благодаря устойчивости к инфекции, что подтверждают наши и литературные данные. Высокая летальность обусловлена поздней диагностикой инфекции и прогрессированием системной воспалительной реакции.

Вывод. Артериальный гомографт — метод выбора при репротезировании в условиях инфекции синтетических сосудистых протезов.

Бегимкулова Г.

РАЗВИТИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Научный руководитель: к.м.н. Нигматова Г.М.

Цель исследования. Определить критерии клиники и профилактики бактериального вагиноза у женщин, применяющих различные виды контрацепции.

Материал и методы. Нами обследовано 140 женщин репродуктивного возраста от 18 до 45 лет. Комплексное обследование, включавшее определение критериев Амсея, микроскопию вагинальных мазков, окрашенных по Граму, бактериологическое исследование вагинального отделяемого и изучение иммунного статуса проводили в 3 этапа - до приема контрацептивов (изучение исходного состояния), во время после их использования. Концентрация цитокинов IL-6 и TNFα в крови и вагинальных смывах определялось методом

твёрдофазного иммуноферментного анализа. Все женщины с установленным диагнозом бактериальный вагиноз были разделены на группы в зависимости от их желания использовать контрацептивные средства: 1-ую группу составили 50 женщин, принимающие комбинированные оральные контрацептивы; 2-ую группу 50 женщин с внутриматочной спиралью (ВМС) и 3-ю группу 30 женщин, использующие барьерные методы контрацепции, в контрольную группу включены 10 женщин с нормальным состоянием микрофлоры влагалища.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований выяснилось, что у женщин I группы на фоне приема оральных контрацептивов отмечаются существенно явные изменения в микробиоценозе влагалища в сравнении с II и III групп, проявляющееся восстановлением уровня лактобактерий до физиологических концентраций, элиминацией условно-патогенной флоры и нормализацией повышенных показателей провоспалительных цитокинов IL-6 и TNF α . Так, на фоне приема оральных контрацептивов концентрации IL-6 и TNF α в сыворотке крови достоверно изменялись от $138,04 \pm 56,7$ и $115,98 \pm 28,1$ до $58,19 \pm 9,0$ и $47,95 \pm 9,9$ пкг/мл, а в вагинальных смывах от $167,3 \pm 68,9$ и $175,08 \pm 21,3$ до $61,44 \pm 9,4$ и $41,52 \pm 4,0$ соответственно ($p < 0,05$). Это связано с тем, что оральные контрацептивы повышают эстрогенную насыщенность вагинального эпителия, оказывают стимулирующее влияние на рост лактобактерий, в чем проявляется их протективное влияние на микробиоценоз влагалища. Но в то же время они повышают вегетацию дрожжеподобных грибов рода *Candida*, увеличивая риск развития дисбиоза. Применение оральных контрацептивов приводит к активации гуморального звена локального иммунитета и устранению дисбаланса цитокиновой продукции, что сокращает представительство в вагинальном биоценозе транзитной микрофлоры, являясь дополнительным фактором формирования здоровой вагинальной экосистемы. Прослеживается разница в цитокиновом профиле у женщин, использующих ВМС в сравнении с женщинами I и III групп, что проявляется недостаточным восстановлением нарушений цитокинового профиля. Так уровни IL-6 и TNF α в сыворотке крови снижаются с $168,9 \pm 55,4$ и $111,4 \pm 35,9$ до $82,24 \pm 8,4$ и $66,66 \pm 9,4$, в вагинальных смывах с $142,52 \pm 68,8$ и $169,64 \pm 33,0$ до $86,46 \pm 12,1$ и $75,94 \pm 5,68$ пкг/мл соответственно ($p < 0,05$). В то же время у женщин контрольной группы отмечается стабильность микробиоценоза влагалища на фоне контрацепции, что подтверждается незначительными колебаниями цитокинового профиля.

Выводы. Таким образом, на фоне применения контрацептивов может развиваться дисбаланс в вагинальной экосистеме для предотвращения которого необходим дифференцированный выбор контрацептива на основании комплексной оценки микробиоценоза влагалища.

Белова К.А., Моисеев А.А., Крутиков А.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСКУТАННОЙ ОКСИМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургии факультетской с курсом лапароскопической хирургии и сердечно - сосудистой хирургии с клиникой, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бедров А.Я.

Цель исследования. Оценить корреляционную связь между показателями чрескожного напряжения кислорода (tcрO $_2$) на стопах при пробе с физической нагрузкой и значениями лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) у больных с окклюзионно-стенотическим поражением магистральных артерий нижних конечностей.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 34 пациента с окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей. Всем больным было выполнено измерение лодыжечно-го и плечевого давления с использованием ультразвукового аппарата «Vivid 7» («General Electric», США) с последующим вычислением ЛПИ. Проба с физической нагрузкой осуществлялась на беговой дорожке с электроприводом со скоростью 3 км/ч при уклоне 10°. Регистрация tcрO $_2$ на тыльных поверхностях обеих стоп проводилась последовательно через каждые 20 секунд в положении лежа, сидя и стоя, а затем во время ходьбы и после ее прекращения. Исследование завершали по требованию пациента при появлении или усилении боли по типу перемежающейся хромоты, препятствующей дальнейшему проведению тестирования. Оценивали корреляцию между минимальными абсолютными значениями tcрO $_2$ на стопах, а также их отношениями, в разные периоды измерения и ЛПИ.

Результаты исследования. Статистически значимой корреляционной связи между абсолютными показателями tcрO $_2$ на стопах и ЛПИ не обнаружено. Вместе с тем выявлена положительная корреляционная связь между ЛПИ и отношением tcрO $_2$ в восстановительном периоде после физической нагрузки к исходному уровню tcрO $_2$ в положении стоя ($\rho = 0,48$; $p = 0,001$). При уровне указанного отношения менее или равному 0,84 чувствительность и специфичность в отношении уровня ЛПИ менее 0,7 составляет 70% и 88%, соответственно ($p < 0,001$).

Выводы. Транскутанная оксиметрия стоп при пробе с физической нагрузкой может быть использована для диагностики хронической ишемии нижних конечностей. Уровень отношения tcрO $_2$ на стопах в восстановительном периоде после пробы с физической нагрузкой к аналогичному показателю в покое в положении стоя менее или равный 0,84 может указывать на наличие субкомпенсированной ишемии нижних конечностей.

Бобоев М.Ш.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ

Кафедра детской хирургии, урологии, детской урологии, анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии ТГМУ, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саттаров Ж.Б.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и нозологическую структуру объёмных образований брюшной полости и забрюшинного пространства у новорождённых и детей раннего возраста на основании клинического материала.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ наблюдений за период 2015–2025 гг. В исследование включены 122 ребёнка в возрасте от периода новорождённости до 3 лет, находившиеся на лечении в отделениях экстренной и плановой хирургии 2-ГКДХБ. Критерием включения являлось наличие объёмного образования брюшной полости, выявленного при физикальном обследовании или с использованием инструментальных методов диагностики (ультразвуковое исследование, рентгенологические методы, мультиспиральная компьютерная томография). Окончательная верификация диагноза осуществлялась на основании интраоперационных данных и результатов морфологического исследования.

Результаты исследования. В структуре выявленных патологий преобладали заболевания мочевыделительной системы — 36 случаев (29,5%). Среди них гидронефроз диагностирован у 15 пациентов, удвоение почки — у 9, нефрогенные кисты — у 12 детей. Второе место по частоте занимали образования репродуктивной системы у девочек — 22 случая (18,0%), преимущественно кисты яичников. Дупликационные аномалии желудочно-кишечного тракта выявлены у 18 пациентов (14,8%). Патология гепатобилиарной системы отмечена в 16 наблюдениях (13,1%), образования брыжейки и большого сальника — в 13 случаях (10,7%). Тератомы различной локализации составили 12 наблюдений (9,8%). Кисты поджелудочной железы и селезёнки встречались спорадически.

Выводы. Объёмные образования брюшной полости и забрюшинного пространства диагностируются у детей с периода новорождённости и характеризуются значительной нозологической вариабельностью. Структура патологии зависит от возраста и пола пациента. Клиническое течение может варьировать от острых состояний, требующих неотложного хирургического вмешательства, до медленно прогрессирующих форм. Повышенная настороженность педиатра и своевременное проведение углублённого обследования являются определяющими факторами ранней диагностики и успешного лечения.

Бобоев М.Ш.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ОБЪЁМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В НЕОНАТАЛЬНОМ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра детской хирургии, урологии, детской урологии, анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии ТГМУ, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саттаров Ж.Б.

Цель исследования. Провести анализ клинических характеристик объёмных образований брюшной полости и забрюшинного пространства у новорождённых и детей раннего возраста.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ клинических наблюдений за 2015–2025 гг. В исследование включены 122 ребёнка в возрасте от 1 месяца до 3 лет, проходившие лечение в отделениях плановой хирургии. Все пациенты проходили стандартное клиническое обследование, включавшее тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, оценку жалоб и физикальный осмотр. Особое внимание уделялось анамнестическим сведениям о течении беременности и родов, результатам антенатального ультразвукового скрининга, времени появления первых клинических симптомов заболевания. При физикальном обследовании выполнялась пальпация брюшной полости с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности выявляемого образования.

Результаты исследования. Наибольшую возрастную группу составили дети первого года жизни — 57 пациентов (46,7%). Дети в возрасте от 1 до 3 лет представлены 43 наблюдениями (35,2%). Новорождённые составили 22 случая (18,0%). Отмечено преобладание пациентов женского пола — 69 детей (56,6%), что превышает популяционные показатели и обусловлено высокой частотой кист яичников (18 наблюдений; 14,8%). Средняя масса тела при рождении соответствовала физиологической норме (3195 ± 505 г). Низкая масса тела при рождении зарегистрирована у 11,5% детей. Большинство пациентов (89,3%) были доношенными; доля недоношенных составила 10,7%, что несколько превышает среднестатистические показатели и, вероятно, связано с врождённым характером части выявленной патологии. Сопутствующие врождённые аномалии других органов и систем выявлены у 18,0% детей. Перинатальная патология зарегистрирована в 14,8% случаев, соматические заболевания грудного возраста — у 22,1% пациентов.

Выводы. Объёмные образования брюшной полости и забрюшинного пространства чаще диагностируются у детей первого года жизни. Полученные данные подчёркивают необходимость повышения настороженности врачей первичного звена и внедрения чёткого диагностического алгоритма при выявлении даже минимальных признаков объёмного процесса, что способствует своевременной верификации диагноза и оптимизации лечебной тактики.

Бобоев М.Ш.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ СИНДРОМЕ ОБЪЁМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии, урологии, детской урологии, анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии ТГМУ, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саттаров Ж.Б.

Цель исследования. Оценить диагностические и лечебные подходы при объёмных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства у новорождённых и детей раннего возраста.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ клинических наблюдений за 2015–2025 гг. В исследование включены 122 ребёнка в возрасте от 1 месяца до 3 лет, проходившие лечение в отделениях плановой хирургии. Все пациенты проходили стандартное клиническое обследование, включавшее тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, оценку жалоб и физикальный осмотр. Особое внимание уделялось анамнестическим сведениям о течении беременности и родов, результатам антенатального ультразвукового скрининга, времени появления первых клинических симптомов заболевания.

Результаты исследования. Все пациенты, включённые в исследование, получили хирургическое лечение в плановом порядке. Выбор тактики ведения определялся размерами и локализацией образования, клинической симптоматикой, возрастом ребёнка и результатами инструментального обследования. В группе сравнения применялись стандартные протоколы лечения, в основной группе – оптимизированный алгоритм с приоритетом малоинвазивных технологий. Принципиальным различием между группами явился выбор хирургического доступа. В основной группе лапароскопический доступ был применён у 17 пациентов (29,3%), тогда как в группе сравнения все 64 операции (100%) выполнены открытым способом. Внедрение лапароскопических технологий в основную группу стало возможным благодаря совершенствованию диагностических подходов и накоплению хирургического опыта.

Открытые хирургические вмешательства выполнялись через различные доступы в зависимости от локализации образования: срединные (верхняя, средняя, нижняя лапаротомия), поперечные (верхняя поперечная лапаротомия, надпузырный разрез), косые (подреберный доступ, доступ по Рио-Бранко), параректальные и трансректальные, а также люмботомные доступы при патологии забрюшинного пространства и почек.

Для объективной оценки результатов лечения была разработана комплексная система критериев, включающая первичные и вторичные конечные точки эффективности. Оценка проводилась на трёх этапах: интраоперационно, в раннем послеоперационном периоде (до 30 дней) и в отдалённом периоде (до 24 месяцев наблюдения).

Выводы. В диагностическом аспекте приоритет смещается в сторону неинвазивных высокоразрешающих методик (мультипараметрическое УЗИ, МРТ), постепенно вытесняющих традиционные инвазивные рентгенологические исследования. В хирургической тактике «золотым стандартом» лечения доброкачественных кистозных образований и ряда пороков развития становятся эндовидеохирургические технологии. Лапароскопический доступ демонстрирует неоспоримые преимущества перед открытой хирургией: достоверное снижение метаболического ответа на травму, сокращение сроков послеоперационной реабилитации и улучшение качества жизни пациентов.

Бобчонова О.Б., Партоева Ш.С.

ДИАБЕТИ ҚАНДИ ГЕСТАТСИОНҲИ: ОМИЛҲОИ ХАВФ ВА ОҚИБАТҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ: н.и.т., дотсент Қозидавлатзода Б.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши омилҳои хавфи рушди диабет қанди гестационӣ (ДҚГ) ва арзёбии таъсири он ба оқибатҳои перинаталӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқоти ретроспективии таърихи бемории 60 зани ҳомила, ки дар давраи соли 2024-2025 ба таваллудхонаи Маҷмааи тандурустии «Истиқлол» (ш. Душанбе) муроҷиат намуданд, гузаронида шуд. Вобаста ба шикоятҳо беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд:

Гурӯҳи асосӣ (n=30) — занони ҳомилаи гирифтори ДҚГ;

Гурӯҳи назоратӣ (n=30) — занони ҳомилаи бидуни ихтилоли мубодилаи карбогидратҳо.

Таъхиси ДҚГ дар асоси санҷиши шифоҳои таҳаммулпазирӣ ба глюкоза (ПГТТ) муайян карда шуд. Нишондиҳандаҳои зерин таҳлил гардиданд: синну сол, индекси вазни бадан (ИВБ), анамнези акушерӣ-гинекологӣ, ҷараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд, инчунин оқибатҳои перинаталӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Синну соли миёнаи занони гирифтори ДҚГ $32,1 \pm 3,4$ сол ва дар гурӯҳи назоратӣ $27,9 \pm 2,8$ солро ташкил дод ($p < 0,05$). Вазни зиёдатии бадан ва фарбеҳӣ дар $n=18$ (60,0%) беморони гурӯҳи асосӣ нисбат ба $n=9$ (30,0%) дар гурӯҳи назоратӣ мушоҳида шуд ($p < 0,05$).

Ба омилҳои асосии хавфи ДҚГ дохил карда шуданд:

Ирсияти вазниншуда оид ба диабет қанд — $n=11$ (36,7%);

Ҳомиладории такрорӣ — $n=16$ (53,3%);

Алоими тухмдонҳои поликистозӣ — $n=6$ (20,0%).

Тибқи таҳқиқот муайян гардид, ки омилҳои мушқилшавии ҳомиладорӣ инҳоянд.

Презклампсия — $n=6$ (20,0%) нисбат ба $n=3$ (10,0%);

Таваллуди бармаҳал — $n=5$ (16,7%) нисбат ба $n=2$ (6,7%).

Ҳамзамон, чунин оқибатҳои перинаталӣ ба назар гирифта шудааст.

Макросомияи ҷанин — $n=8$ (26,7%) нисбат ба $n=3$ (10,0%) ($p < 0,05$);

Гипоксияи дохилибатнии ҷанин — $n=5$ (16,7%);

Таваллуд бо роҳи ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ бештар ба қайд гирифта шуд.

Хулосаҳо.

- Омилҳои хавфи ДҚГ инҳо мебошанд: шахсони синну солшон аз 30 боло, вазни зиёдатии бадан ($ИМБ \geq 25 \text{ кг/м}^2$) ва анамнези вазниншуда.
- ДҚГ хавфи мушқилоти ҳомиладорӣ ва таваллудро зиёд мекунад.
- Дар беморони гирифтори ДҚГ оқибатҳои нохуши перинаталӣ бештар мушоҳида мешаванд. Таъхиси барвақт ва назорати гликемия ҷиҳати коҳиш додани хавфи мушқилот омилҳои калидӣ маҳсуб меёбанд.

Бобомурадов Б.М.
ЛЕЧЕНИЕ РАЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГПОД
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан
Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н. Гуламов О.М.

Цель исследования. Усовершенствовать тактику комплексного лечения разных осложнений грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования 32 больных с осложненными формами ГПОД. Исследованию подверглись пациенты обратившийся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Возраст пациентов составил от 25 до 68 г. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 21 (65,6%), мужчины – 11 (34,4%). У 8 пациентов (25,0%) исследования проводились первично.

Всем пациентам с подозрением на разные изменения слизистой оболочки пищевода проводилось стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе эндоскопические методы. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование в обычном режиме с эндоскопом фирмы «FUJINON» FUJIFILM System 2500 Processor (Япония) и в узкоспектральном режиме (режим-NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus (Япония).

При обследовании у большинства больных диагностировано метапластические изменения слизистой оболочки пищевода. У 10 (31,3%) пациентов было подозрение на пищевод Барретта (ПБ). Для определения заболевания применялось Международная Пражская эндоскопическая классификация (2004). Которая определялась максимальная длина «языка пламени» (М) и длина циркулярного изменений (С) слизистой оболочки пищевода проксимально от желудочно-пищеводного перехода.

Результаты. ПБ без дисплазии обнаружили в 3 случаях из 28 исследованных участков. В режиме NBI в 21 наблюдениях (65,6%) выявили ворсинчатую/извилистую структуру слизистой оболочки пищевода и в 11 (35,4%) — плоский тип слизистой оболочки без определенной структуры ямок или складок.

Все больные с пищеводом Барретта (n=10) с подозрением на новообразования пищевода направлены на дополнительные исследования и лечению. В данной группе больных эндоскопическое лечение проводилось в нескольких курсах. Хирургическое лечение, направленное на устранение рефлюкса желудочного содержимого в пищевод, а также снижение воспалительных изменений являлся первым этапом. После устранения основной причины, далее в более благоприятный период выполнялись вмешательства, непосредственно удаляющие метапластические измененные участки пищевода (в нашем исследовании – резекция слизистой по разработанной нами методике с последующей ИК-диодовой коагуляцией).

Выводы. Результаты эндоскопических и морфологических исследований, доказали, что эндоскопический метод лечения эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода с использованием ИК-диодным лазерным облучением в выше указанных дозах хорошо влияет на регенерацию и ускоряет заживление слизистой оболочки пищевода.

Болтаев С.С.
ИММУННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.

Кафедра хирургических болезней в семейной практике «Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино». Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдурахманов М.М.

Цель исследования. Выявление важных иммунных предикторов результативности реваскуляризации миокарда у больных хроническим коронарным синдромом.

Материал и методы. В период с 2023 по 2025 гг., исследовано 127 больных на базе Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), с хроническим коронарным синдромом, атеросклеротического генеза. Группу контроля составили 20 практически здоровых. Шунтирование коронарных артерий (ШКА) проведено - 51, стентирования артерий сердца (САС) произведены - 76 больному. Исследование цитокинов сыворотки крови IL-4; IL-17; IFN- γ проводили с помощью твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). К неблагоприятным повторным событиям (НС) относили: тромбоз или несостоятельность шунта, тромбоз или рестеноз стента, инфаркт миокарда после хирургического вмешательства, возникновение нарушения ритма (фибрилляция предсердий, желудочковая тахикардия или желудочковая экстрасистолия высокой степени градации) после вмешательства, госпитализации по поводу прогрессирования ХКС (нестабильная стенокардия, декомпенсация хронической сердечной недостаточности), смерть.

Результаты исследования. После реваскуляризирующих операций у 22 (18,64%) больных были в течение года определены НС. У больных с НС, уровень провоспалительного цитокина IL-4 исходно составил ($5,02 \pm 0,41$ пг/мл), в динамике умеренно незначимо снижался и через 6 месяцев наблюдения составил ($3,87 \pm 0,3$ пг/мл), а через 12 месяцев составил также незначимо низкие показатели ($4,6 \pm 0,7$ пг/мл) соответственно. Уровень провоспалительного цитокина IL-17, значимо повысился, к 6-ому месяцу ($44,41 \pm 3,9$ пг/мл) ($p < 0,05$) от исходных показателей, и постепенно снизился, к 12-ому месяцу наблюдения ($33,1 \pm 0,9$) ($p < 0,05$), оставаясь значимо выше исходных показателей ($27,1 \pm 2,81$ пг/мл). Отмечено значимое повышение уровня ИФН- γ , на 6-ой месяц наблюдения ($43,5 \pm 4,8$ пг/мл) по отношению к исходному уровню при поступлении ($35,6 \pm 4,05$ пг/мл) ($p < 0,05$) с постепенным снижением показателей к уровню исходных к 12-му мес., ($36,3 \pm 4,7$ пг/мл). Вышеуказанные данные динамического повышения содержания провоспалительных цитокинов ИЛ-17 и ИФН- γ , и снижения пока-

зателей противовоспалительного цитокина ИЛ-4 в группе больных с неблагоприятными повторными СС событиями, свидетельствует об декомпенсации иммунного ответа и активации субклинического воспалительного процесса на фоне атеросклеротических поражений коронарных артерий.

Закономерным также было изменение в показателях коэффициентов соотношений ИФН- γ /ИЛ-4 и ИЛ-17/ИЛ-4, которые значимо возросли через 6 месяцев наблюдения, возвращаясь к исходным показателям, через 12 месяцев, но оставаясь незначительно выше.

Выводы. Выявленные важные механизмы иммунопатогенеза хронического коронарного синдрома обосновывают целесообразность динамического определения цитокиновых показателей ИЛ-4; ИЛ-17; ИФН- γ , после реваскуляризации миокарда, что предопределяет необходимость дополнительного назначения иммуноориентированной терапии к комплексу базового лечения, с целью профилактики неблагоприятных повторных событий.

Болтаев С.С.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ОКИСЛЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИНАМ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В РАЗВИТИИ РЕСТЕНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА.

Кафедра хирургических болезней в семейной практике «Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино». Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдурахманов М.М.

Цель исследования. Выявление роли дисфункции эндотелия и нарушения проатерогенных IgG антител к окисленным ЛПНП, в развитии рестеноза коронарных артерий после реваскуляризации.

Материал и методы. В период с 2023 по 2025 гг., исследовано 127 больных на базе Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), с хроническим коронарным синдромом (ХКС). Группу контроля составили 20 практически здоровых. Шунтирования коронарных артерий (ШКА) проведено - 51, стентирования артерий сердца (САС) - 76 больному. Оценку состояния эндотелия, проводили путём определения количественного показателя эндотелина - 1 (ЭТ-1), оценку прогрессирования атеросклероза, путём определения уровня антител G класса к окисленным липопротеидам низкой плотности (АТокЛПНП), с помощью исследования сыворотки крови методом ИФА с использованием тест-систем производства «Biomedica», Австрия. Динамику показателя ЭТ -1; уровня антител G класса к окисленным липопротеидам низкой плотности (АТокЛПНП), анализировали через 6 и 12 месяцев после операций.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде у 22 (18,64%) больных были определены повторные НС в течении 12 месяцев наблюдения. Исследование ЭТ-1 в сыворотке крови у пациентов с повторными НС, через 6 мес., после реваскуляризации, выявило значимое увеличение содержания ЭТ-1 ($1,78 \pm 0,07$ пмоль/л), по отношению к исходным показателям ($1,07 \pm 0,01$ пмоль/л) ($p < 0,05$). Достоверно значимое увеличение ЭТ-1 в этой группе, было сохранено и через 12 месяцев ($1,72 \pm 0,08$ пмоль/л) ($p < 0,05$). Содержание АТокЛПНП (IgG) после операций, также показали значимое увеличение через 6 и 12 месяцев, до ($586,3 \pm 49,5$ МЕД/мл и $574,8 \pm 37,4$ МЕД/мл), выше уровня исходных показателей в день поступления ($524,6 \pm 42,6$ МЕД/мл) $p < 0,05$, соответственно.

Таким образом, мониторинга в отдаленные сроки (6 и 12 месяцев) после реваскуляризации коронарных артерий демонстрирует вовлеченность факторов иммунного ответа, у больных с развитием повторных НС.. При этом наблюдается прогрессирование дисфункции эндотелия и продолжающийся аутоиммунный ответ В-клеток на окислированное липопротеины низкой плотности (окЛПНП). Это указывает на изменения в фундаментальных механизмах иммунопатогенеза ХКС. Полученные результаты исследования приобретают особую актуальность в контексте изучения отдаленных результатов реваскуляризации и прогнозирования неблагоприятных повторных сердечно-сосудистых событий.

Выводы.

1. Полученные данные подтверждают связь между активацией цитокинового дисбаланса, характеризующегося преобладанием провоспалительных компонентов, повреждением эндотелия и повышением проатерогенных IgG антител к окисленным ЛПНП (АТокЛПНП).

2. Обоснована целесообразность определения маркеров дисфункции эндотелия - эндотелина - 1 (ЭТ-1) а также маркера прогрессирования атеросклероза - уровня проатерогенных антител IgG класса к окисленным липопротеидам низкой плотности (АТокЛПНП), что предопределяет необходимость профилактического назначения эндотелиотропной и иммуноотропной терапии, в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших успешную реваскуляризацию коронарных артерий, с целью предупреждения рестенозирования коронарных артерий.

Ботиров Ф.И., Одинаева З.Б., Бобожонова З.М.

ЛЕЧЕНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Кафедра нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Рахмонзода Х.Дж.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности консервативного и хирургического лечения классической невралгии тройничного нерва.

Материал и методы. В исследование вошли 2 группы из 40 пациентов с диагнозом: классическая невралгия тройничного нерва за период 2022-2025 гг. Возраст пациентов варьировал от 28 до 69 лет. Из них 27 (67,5%) женщин и 13 (32,5%) мужчин. Соотношение женщин к мужчинам 2,07:1. Средний возраст составил 48,5

лет. Диагноз установлен на основании клинико-неврологического обследования, магнитно-резонансной томографии головного мозга и магнитно-резонансной ангиографии сосудов головного мозга. Следует отметить, что до перенаправления к профильному специалисту пациенты проходили лечение у стоматологов, неврологов, терапевтов, семейных врачей, ЛОР. У большинства пациентов был пройден курс лечения у стоматолога с нередкой экстракцией зубов коренного ряда. Подавляющее большинство пациентов имели длительный анамнез до 18 лет. Чаще всего боль локализовалась во 2-й и 3-й ветвях тройничного нерва с частотой 30-35%. Боль имела острый, жгучий характер, наподобие электрического разряда, усиливающегося при разговоре, приеме пищи, мытье и бритье лица. В первой группе 20 пациентам проведено консервативное лечение включающее прием препаратов карбамазепинового ряда, НПВС, гормональные препараты. Пациентам второй группы проведено хирургическое лечение: блокада ветвей тройничного нерва со спиртово-новокаиновым раствором, микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва.

Результаты исследования. Период наблюдения после консервативного и хирургического лечения в среднем составил 3 года. Результаты лечения оценивались клинически, т.е. по отсутствию тригеминальных болей на лице. Также использованы шкалы: оценка боли неврологического института Берроу (BNI-PS), визуально аналоговая шкала (ВАШ). При оценки боли до лечения у пациентов обеих групп по шкале BNI-PS интенсивность боли составила 3-4 балла. В первые месяцы до одного года после лечения в 1-й группе у 75% BNI-PS составила 1 балл, у 25% 2 балла. В этой же группе после 2-3 лет BNI-PS составила 3 балла. Во 2-й группе за 3 года наблюдения у 85% BNI-PS составила 1 балл, у 15%-2 балла. По шкале ВАШ во 2-й группе за тот же период наблюдения 85% пациентов получили 0 балл, у 15%-1-3 баллов.

Выводы. По результатам исследования консервативное лечение классической невралгии тройничного нерва в особенности препарата карбамазепинового ряда показывает хорошую эффективность. Но длительный прием данного препарата приводит к формированию лекарственной зависимости с последующим снижением эффективности препарата, увеличению побочных эффектов депрессивного характера, приводящая к риску появления суицидальных мыслей. Блокада ветвей тройничного нерва показывает высокую эффективность в лечении тригеминальной невралгии, но имеет ограниченную длительность действия препарата- от нескольких месяцев до одного года с её укорочением при последующих блокадах. Микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва в очередной раз показывает высокую эффективность, безопасность и относительно низкую частоту рецидива заболевания.

Валиев Б.К., Отаев Ш.З., Мирзоев Ф.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбанова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Факиров Х.З.

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.

Валиева К. Э., Олимов И. Р., Бобоназаров М.Х.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НЕРВНЫХ СТОЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2 им. акад. Н.У. Усманова,
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Республиканский научный центр сердечно - сосудистой хирургии.
Научный руководитель: к.м.н., доцент Файзуллоева М.Ф.

Цель исследования. Раннее выявление повреждений нервных стволов верхних конечностей и результатов хирургического лечения.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ в 2015-2025 годы обратились 218 пациентов в экстренном порядке с повреждениями нервных стволов верхних конечностей. Из них мужчин - 163 (74,8%), женщин - 55 (25,2%). Возраст пациентов составил от 4 до 89 лет, чаще всего повреждалась правая верхняя конечность - у 117 (53,7%) больных, левая - у 101 (46,3%) пациентов. Локализация повреждений: нижняя треть предплечья - у 105 (48,1%) больных, средняя треть предплечья - у 36 (16,5%), верхняя треть предплечья - у 30 (13,8%), верхняя и средняя треть плеча - у 23 (10,6%), кисть - у 24 (11,0%). Чаще всего повреждались срединный нерв - у больных 57 и локтевой нерв - у 51, повреждение лучевого нерва составило 24 случая. Повреждения кожноплечевого нерва и предплечья (antebrachialis) - у 12 пациентов, сочетанные повреждения нервов, при которых одновременно повреждались: срединный + локтевой - (27), срединно + лучевой (18), другие комбинации (29), в целом составили 74 больных. Больные были доставлены с повреждениями верхних конечностей с Районов республиканского подчинения - 126 (57,8%) больных, с Хатлонской области - 69 (31,7%), с Согдийской области - 18 (8,3%), с ГБАО - 5 (2,2%). Всем больным в экстренном порядке была проведена ранняя диагностика, которая включала клинический неврологический осмотр, оценку двигательной и чувствительной функции, интраоперационную ревизию, УЗИ, УЗДГ сосудов при одновременном повреждении сосудов и нервов верхних конечностей. После выявления характера раны, проекции и сочетанных повреждений сосудов, нервов, сухожилий и мышц всем восстановили непрерывность нервных стволов.

Результаты исследования. Ближайший послеоперационный период проходил гладко, швы были сняты на 14 сутки, лангеты были сняты после 21 дня, у 7 больных в связи с поздним обращением были определены инфильтрация, скудное выделение из раны, при котором после своевременного назначения антибактериальной терапии и ежедневных перевязок раны зажили. Для ранней регенерации нервов назначали: комплексную реабилитационную программу, массаж, витаминотерапию комплекса витаминов группы В, прозерин, алоэ, дибазол, парафиновую аппликацию, разработку пальцев кисти. Отдалённые результаты прослеживались от 6 месяцев до 2 лет. У больных с изолированными повреждениями одного нерва у которых уровень повреждения располагался дистально, результаты были благоприятнее. Чувствительность и движения были сохранены, и гипотрофия мышц не успевала развиваться.

Выводы. Таким образом, благодаря раннему выявлению повреждений нервных стволов и восстановлению их непрерывности, наблюдались хорошие и удовлетворительные, ближайшие и отдалённые результаты.

Валиева М.М., Умурзакова М.И., Айниева Т.Б.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ (КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)

Кафедра хирургических дисциплин №3, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., Айнизода Б.С.

Цель исследования. Представить краткий исторический обзор и выделить основные этапы и факторы, обеспечившие развитие хирургии ложных суставов.

Материал и методы. Использованы литературные источники свободного доступа и системный анализ опубликованных данных.

Результаты исследования. Первые сведения о хирургии ложных суставов встречаются как в отечественных, так и зарубежных публикациях (Г.И. Турнер, В.Д. Чаклин, Г.Я. Эпштейн, А. Radulescu). Ложные суставы как патология опорно-двигательной системы были известны ещё в древности. Во II–III вв. до н.э. Гиппократ установил сроки сращения костей, превышение которых рассматривалось как отклонение от нормы, а также предложил теорию образования костной мозоли. В XI в. Абу Али ибн-Сина применял метод освежения костных отломков с обязательной репозицией и иммобилизацией. На рубеже XIX–XX веков публикации подробно раскрыли причины возникновения, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения ложных суставов. Вторую половину XX века характеризует активное применение остеосинтеза и костной пластики. Современный период (XXI век) отражает комплексное изучение посттравматической регенерации костной ткани с внедрением металлоостеосинтеза, костной ауто-, гетеро- и гомопластики, синтетических биоактивных трансплантатов, антибиотиков и антисептиков, совершенствованием техники оперативных вмешательств, включая чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез. Актуальность проблемы подтверждается многочисленными монографиями (А.М. Мамзин, 1953; А.В. Русаков, 1959; В.В. Амосов, 1960; Нгуен Ван Нян, 1960; И.В. Шумада с соавт., 1985; В.М. Гайдуков, 1998; В.И. Шевцов с соавт., 2001) и обсуждениями на съездах хирургов (1927,

1935, 1948 гг.).

Выводы. Даже краткий исторический обзор демонстрирует возрастающий интерес к лечению ложных суставов, особенно голени, и подчеркивает их важность в научно-практическом контексте. Современные методы лечения, основанные на фундаментальных исследованиях и технических достижениях, обеспечивают высокий уровень эффективности хирургических вмешательств.

Вахидова Р.Р.¹, Адылова Ф.Х.², Муродов Ш.Д.¹

ПРЕСБИАКУЗИС: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

¹ Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

² Центр восстановления слуха «Сомеа». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Туйдиев Ш.Ш.

Цель исследования. Оценить факторы риска, клинику, диагностику и реабилитацию нарушений слуха у лиц пожилого возраста (пресбиакузис).

Материал и методы. В условиях ЛОР-клиники НМЦ РТ «Шифобахш» на кафедре оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино и в центре восстановления слуха «Сомеа» нами был обследован 21 пациент с пресбиакузисом. Возраст пациентов колебался от 46 до 75 лет (женщин было 7, мужчин - 14). Исследование проводилось с декабря 2025 г. По февраль 2026г. Исследование включало: тщательный сбор анамнеза и жалоб, отоскопию, также объективные и субъективные методы исследования слуха - импедансометрия с акустической рефлексометрией, тонально-пороговая аудиометрия (ТПА).

Результаты исследования. Основные жалобы пациентов с данной патологией были на снижение слуха - у 100%, шум в ушах - у 12 пациентов (57,1%), дискомфорт от общения по телефону - 7 (33,3%), головокружение - 3 (14,3%), неразборчивость речи - 11 (52,4%), гиперчувствительность к громким звукам - 3 (14,3%), раздражительность - 2 (9,5%). После проведения отоскопии были выявлены следующие изменения: перфорация барабанной перепонки - БП (хронический средний отит - у 6 пациентов (28,5%), у 15 пациентов (71,4%) БП была без изменений). 6 пациентам не проводили тимпанометрию. После проведения тимпанометрии 15 пациентам регистрировали тип «А» - у 6 пациентов (40%), тип «As» - у 9 (60%). После проведения ТПА выявили снижение слуха по сенсоневральному типу у 15 пациентов: I степень у 3 (20%), II - у 6 (40%), III - у 5 (33,3%), IV - 1 (6,7%) и по смешанному типу у 6 пациентов - II - у 2 (33,3%), III - у 3 (50%), IV - 1 (16,7%). Всем пациентам с различной степенью и типом тугоухости было рекомендовано наблюдение у ЛОР - врача (при воспалении среднего уха), слухопротезирование и консультация невропатолога при необходимости.

Выводы. Для профилактики и снижения риска развития глухоты у людей с возрастными изменениями слуха необходимо избегать длительного воздействия резких и громких звуков. Регулярно обследоваться и находиться под наблюдением у ЛОР-врача (аудиолога-сурдолога). Своевременная реабилитация слуховой функции с использованием слуховых аппаратов позволяет задержать процессы угнетения когнитивной функции, а также позволяет пожилым людям продлить активное долголетие.

Вориси А.А., Зухуров Х.Д., Хомидов А.Т.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ

Кафедра хирургических болезней №1 им. Академика Курбанова К.М.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГУ «МК Истиклол». Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики и лечения эхинококковых кист.

Материал и методы. Основу клинического материала составляли результаты анализа обследования, также наблюдения над 198 больными эхинококкозом, получившие хирургическое лечение в ГУ «МК Истиклол». Исходя из нашей цели и задач исследования, больные были распределены по месту расположения эхинококковых кист. Всего обследовано 198 больных с эхинококкозом легких и печени. Возраст оперированных больных колебался от 15 до 70 лет, Соотношение между мужчинами и женщинами составляло 1:1.

Результаты исследования. Из 198 пациентов с эхинококкозом в экстренном порядке были оперированы только 3,5% больных, а остальные 96,5% - в плановом порядке. Из числа наблюдаемые нами больных отмечалось следующее расположение эхинококковых кист: Эхинококкоз печени найден у 152 (76,7%) больных, эхинококкоз легкого найден у 36 (18,1%) больных, эхинококкоз селезенки найден у 3 (1,5%) больных, эхинококкоз почек найден у 2 (1%) больных, эхинококкоз свободной брюшной полости найден у 1 (0,5%) больного, эхинококкоз передней брюшной стенки найден у 1 (0,5%) больного, эхинококкоз грудной отдел позвоночника найден у 1 (0,5%) больного.

Выводы. Диагностика и особенности расположения эхинококковых кист является актуальной темой и до конца не разрешенной проблемой современной хирургии.

Тщательно собранный анамнез, раннее выявление и проведение дополнительных методов исследования (ультразвуковое исследование, рентгенография, компьютерная томография, магнитно - резонансная томография, клинико-биохимические анализы крови и т.д.) позволяет своевременно диагностировать и провести оперативное лечение.

Гайратов И.Т., Корчаев Т.М., Сайдалиев Ш.Ш.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

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

Цель исследования. Провести клиническую оценку эффективности и безопасности пунктионно-дренирующих вмешательств под ультразвуковой навигацией в коррекции послеоперационных осложнений у пациентов с эхинококкозом печени.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 72 пациентов с эхинококкозом печени, находившихся на стационарном лечении в ГУ ГЦ СМП г. Душанбе в период с 2021 по 2025гг. Возраст больных варьировал от 16 до 60 лет, при этом преобладала группа лиц трудоспособного возраста до 40 лет-51(70,8%) наблюдение. Гендерный состав характеризовался превалированием женщин-55(76,4%) против 17 (23,6%) мужчин. По данным сонографии, размеры паразитарных кист составляли от 3,0 до 18,0см. В 63,8% случаев (46 больных) процесс локализовался в правой доле, в 25% (18 больных) - в левой, сочетанное поражение обеих долей отмечено у 8 (11,2%) пациентов.

Структура выполненных оперативных вмешательств: открытая лапароскопическая эхинококкэктомия (с ушиванием фиброзной капсулы вокруг дренажа) в 39 (51,4%) случаев; закрытая эхинококкэктомия у 15 (20,8%) пациентов; перикистэктомия (различные варианты) в 5 (6,9%) наблюдений; идеальная эхинококкэктомия в 3 (4,2%) случая; атипичная резекция печени у 2 (2,8%) пациента и сочетанная эхинококкэктомия (печень + органы брюшной полости) у 8 (13,9%) больных.

Результаты исследования. Частота специфических послеоперационных осложнений составила 12,5% (9 наблюдений). В структуре осложнений превалировало нагноение остаточной полости (7 случаев), также зафиксированы биллома (1) и гематома (1). Большинство случаев инфицирования остаточных полостей было ассоциировано с перенесенной ранее открытой эхинококкэктомией. Всем 9 пациентам с осложнениями применены ультразвуковые пунктионные методики. В 7 случаях при нагноении и наличии желчных микросвищей, открывающихся в полость, использовалась методика PAIRD (пункция, аспирация, инъекция антисептика, реаспирация с последующим дренированием). У 2 пациентов при отсутствии признаков инфицирования выполнена процедура PAIR (без дренирования). Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Летальных исходов не зафиксировано. Средний койко-день составил 7 ± 2 суток. Дренажные трубки удалялись в течение первого месяца после вмешательства.

Вывод. Пунктионные методы под контролем УЗИ (методики PAIR и PAIRD) являются высокоэффективной альтернативой повторным травматичным вмешательствам. Их применение позволяет успешно купировать воспалительные и жидкостные послеоперационные осложнения, сокращая сроки реабилитации пациентов и обеспечивая благоприятный клинический исход.

Галимзянов К.В., Загребина К.А., Халимова Р.А.
**ИСКУССТВЕННАЯ ГЕМОДИЛИЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕО-
НЕКРОЗОМ**

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Россия

Научный руководитель – д.м.н. профессор Э.В. Халимов

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения искусственной гемодилюции (ИТ) при хирургическом лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Материал и методы. Обследовано и прооперировано 22 пациента с инфицированным панкреонекрозом, которые распределены на 2 группы. Основная группа 10 (45,5%) пациентов, которым осуществлялась ИТ с достижением гематокрита 30-35%. Контрольная группа 12 (54,5%) пациентов, которые получали стандартную инфузионную терапию без целенаправленного снижения гематокрита. Группы были сопоставлены по полу, возрасту сопутствующей патологии, степени тяжести острого панкреатита, объему оперативного вмешательства. Показатели крови и гемодинамики оценивались в исходном состоянии, интра- и раннем послеоперационном периоде (1, 2 и 4 сутки). Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием t-критерием Стьюдента, статистическим значением считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Исходно (до операции) у больных обеих групп наблюдалась гемоконцентрация. В основной группе исходно гематокрит составил $44,6 \pm 2,2\%$; в первые сутки после операции снизился до $31,5 \pm 1,5\%$ ($p < 0,05$), в контрольной – снижение было менее интенсивно с $45,2 \pm 1,8\%$ до $41,1 \pm 2,1\%$ ($p > 0,01$). Артериальное давление (АД) исходно в обеих группах было 90-100 мм рт. ст. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде в основной группе оно было более стабильно 85-100 мм рт. ст., в контрольной группе отмечались гипотонические эпизоды (в среднем 75-90 мм рт. ст.). Центральное венозное давление (ЦВД) в раннем послеоперационном периоде в основной группе находилось в пределах 9-11 мм вод. ст.; в контрольной было ниже 6-7 мм вод. ст. ($p < 0,05$). Сердечный индекс (СИ) исходно в обеих группах составлял $2,7 \pm 0,1$ л/мин/м². В раннем послеоперационном периоде в основной группе он увеличился и составил $3,4 \pm 0,2$ л/мин/м² ($p < 0,05$), в контрольной – прирост составил не более 4% до $2,9 \pm 0,2$ л/мин/м² ($p > 0,01$). Тахикардия отмечена в обеих группах исходно (110-125 в мин), в раннем послеоперационном периоде она практически не изменилась в обеих группах (в основной 115-120 в мин, в контрольной 110-115 в мин) ($p > 0,01$). Анализ послеоперационных осложнений выявил существенные различия. В основной группе общая частота осложнений (тромботические и сепсис) составила 50%, в контрольной – 83,3% ($p < 0,05$). Летальность в основной группе составила 20%, в контрольной – 33,3%.

Выводы. Применение искусственной гемодилюции у пациентов с панкреонекрозом сопровождается снижением общего числа послеоперационных осложнений, летальности, что позволяет использовать ее в комплексном лечении данной категории больных.

Ганиев А.Э., Отаев Ш.З., Каюмов У.М.
**ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА - РЕЗУЛЬТАТ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ**

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

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Факиров Х.З.

Цель исследования. Изучить структуру осложнений острого аппендицита и определить влияние несвоевременной диагностики и позднего хирургического вмешательства на развитие осложнённых форм заболевания.

Материал и методы. Исследование выполнено 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 острый аппендицит. Мужчины составили 41 (58,6%), женщины — 29 (41,4%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет, средний возраст составил $36,8 \pm 13,4$ года. Наиболее высокая частота заболевания отмечалась в возрастной группе 20–40 лет (47,1%). Осложнения острого аппендицита возникают вследствие прогрессирования воспалительного процесса в червеобразном отростке и распространения инфекции на окружающие ткани. К наиболее частым осложнениям относятся аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, локальный и разлитой перитонит. Основными причинами несвоевременной диагностики и лечения являлись позднее обращение пациентов за медицинской помощью, атипичное течение заболевания, диагностические ошибки на догоспитальном этапе, а также наличие сопутствующих заболеваний органов брюшной полости. По данным исследования диагностические ошибки и задержка госпитализации наблюдались у 32,8% пациентов. Интраоперационная оценка тяжести осложнений проводилась по следующим критериям: степень воспалительных изменений червеобразного отростка (катаральный, флегмонозный, гангренозный, перфоративный), наличие инфильтрата, абсцесса или перитонита, распространённость воспалительного процесса в брюшной полости. Всем пациентам выполнялась аппендэктомия, при осложнённых формах - с санацией и дренированием брюшной полости.

Результаты исследования. Интраоперационно катаральный аппендицит выявлен у 15,7% пациентов, флегмонозный - у 34,3%, гангренозный - у 27,1%, перфоративный - у 22,9%. Осложнённые формы заболевания диагностированы у 46,4% пациентов. Среди осложнений наиболее часто встречался аппендикулярный перитонит - 24,3%, аппендикулярный инфильтрат - 11,4%, аппендикулярный абсцесс - 7,1%, локальный перитонит -

3,6%. Аппендикулярный перитонит являлся наиболее тяжёлым осложнением и сопровождался выраженной интоксикацией, нарушением функций органов брюшной полости и необходимостью расширенной санации брюшной полости. Послеоперационные осложнения наблюдались у 12,8% пациентов и включали раневую инфекцию (5,7%), серозные скопления в брюшной полости (4,3%) и послеоперационные абсцессы (2,8%). Летальность составила 2,9% и была связана с развитием распространённого перитонита и тяжёлой эндогенной интоксикацией.

Выводы. Осложнения острого аппендицита в большинстве случаев возникают вследствие несвоевременной диагностики и позднего хирургического лечения. Наиболее частым и тяжёлым осложнением является аппендикулярный перитонит, который значительно ухудшает клиническое течение заболевания и повышает риск послеоперационных осложнений и летального исхода. Своевременная диагностика и раннее выполнение аппендэктомии являются основными факторами профилактики осложнённых форм острого аппендицита и позволяют существенно улучшить результаты лечения пациентов.

Гафоров А.А1., Шарипов М.М2., Рахимзода Ш.Ш.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕПТОПЛАСТИКА НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Согдийской областной клинической больницы имени С. Кутфиддинова. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Внедрение в клиническую практику детского ЛОР отделения Согдийской областной клинической больницы имени С. Кутфиддинова эндоскопическую септопластику.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении Согдийской областной клинической больницы имени С. Кутфиддинова в период с 2024 по 2025 год, нами проведено обследование и лечение 25 детей с различными типами деформации носовой перегородки. Возраст пациентов колебался от 5 до 15 лет, из которых было 17 мальчиков и 8 девочек. Обследование включало осмотр ЛОР- органов, эндоскопию полости носа, компьютерную томографию (КТ) носа и околоносовых пазух (ОНП). В ходе диагностической процедуры применялось современное оборудование, включающее гибкий эндоскоп фирмы "Olimpus", а также ригидные эндоскопы производства "Шторц" с различными углами обзора, что обеспечивало хорошую визуализацию анатомических структур полости носа под оптимальными углами наблюдения. Показаниями к эндоскопической септопластике у 11 детей были шипы и девиации перегородки в задних ее отделах, в месте соединения клиновидного клюва с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости, у 9 больных гребни на месте соединения перпендикулярной пластинки с сошником и у 5 пациентов Ф-образное искривление перегородки на границе четырехугольного хряща и перпендикулярной пластинки решетчатой кости, что приводило к сужению среднего и заднего отделов общего носового хода с одной или с обеих сторон.

Результаты исследования. Всем детям проведена эндоскопическая септопластика под общим эндотрахеальным наркозом. При этом, с учетом локализации искривлений в среднем и заднем отделах перегородки, в отличие от традиционного разреза у переднего края перегородки носа мы наносили вертикальный разрез на слизистую перегородки носа в глубине, т.е. на среднем или заднем ее отделах, на границе деформации костно-хрящевого отдела слева или справа. Затем, выполняли отслойку мукоперихондриа и мукопериоста со стороны разреза на всем протяжении искривления. Далее, через этот разрез рассекали хрящ и отслаивали надхрящницу и надкостницу на противоположной стороне перегородки и деформированный костно-хрящевой фрагмент резецировали шипцами Блекслера. Таким образом устраняли участок деформации перегородки носа в ее среднем или заднем отделах. Слизистый лоскут укладывали на место разреза и фиксировали кетгутовым швом. Для фиксации перегородки носа в срединном положении в полость носа вставляли силиконовые эндоназальные сплинты на 3-4 дней. После удаления эндоназальных фиксирующих устройств проводилось ежедневное эндоскопическое обследование и санация носовой полости. Визуализация интраназальных структур выявляла выраженный отек слизистой оболочки, аккумуляцию серозно-геморрагического экссудата и формирование геморрагических корок в носовых ходах при сохранении медиального положения носовой перегородки. Динамическое наблюдение демонстрировало регресс отечно-воспалительных явлений, элиминацию корочных образований и редукцию экссудации к 8-10 суткам послеоперационного периода с постепенной нормализацией риноскопической картины и восстановлением носового дыхания.

Выводы. Эндоскопическая септопластика является современным методом щадящей эндоназальной хирургии, которая позволяет улучшить визуализацию и проведение манипуляций в области среднего и заднего отделов перегородки носа.

Гафоров А.А1., Шарипов М.М2., Холзода С.Х2.

ВЛИЯНИЕ СЕПТОПЛАСТИКИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА

¹Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Согдийской областной клинической больницы имени С. Кутфиддинова. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Изучение влияния септопластики у детей на функциональное состояние носового дыхания и активности мукоцилиарного транспорта.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении Согдийской областной клинической больницы имени С. Кутфиддинова в период с 2024 по 2025 годы, нами проведено обследование и лечение 48 детей с диагнозом Ис-

кривление перегородки носа в возрасте от 6 до 15 лет, из которых было 27 мальчиков и 15 девочек. Предоперационное обследование включало осмотр ЛОР-органов, эндоскопию полости носа и носоглотки, компьютерную томографию (КТ) носа и околоносовых пазух (ОНП), риноманометрию и исследование мукоцилиарного транспорта (МЦТ). В ходе диагностической процедуры применялось современное оборудование, включающее ригидные эндоскопы производства "Шторц" с различными углами обзора, а также гибкий эндоскоп фирмы "Olimpus", что обеспечивало отличную визуализацию анатомических структур полости носа под оптимальными углами наблюдения. Функциональное состояние слизистой полости носа до и в послеоперационном периоде исследовали путем определения проходимости носовых ходов и двигательной активности мерцательного эпителия. Всем детям в зависимости от типа, локализации и протяженности искривления перегородки носа, под общим обезболиванием проведены различные варианты щадящей септопластики.

Результаты исследования. Основными жалобами больных были затрудненное носовое дыхание (100%), слизистые выделения из носа (70,8%), быстрая утомляемость при физической нагрузке (60,4%), нарушение сна и ночной храп (54,1%).

При фиброриноскопии у 17 (35,4%) пациентов выявлена деформация перегородки в виде гребня и щипа, у 15 (31,3%) отмечалась С – образная девиация перегородки носа, у 9 (18,7%) пациентов S – образное её искривление и у 7 (14,6%) детей – вывих и смещение четырехугольного хряща. При исследовании функционального состояния носа выявлены нарушения проходимости носовых ходов II степени у 25 (52,1%) и III степени – у 23 (47,9%) обследованных. Снижение двигательной активности ресничек мерцательного эпителия отмечено у 100% больных, средние показатели которых составили от 25,3 до 32,5±1,7 мин., при норме 15-20 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. В раннем послеоперационном периоде (на 7-е сутки) после вмешательства выявлено заметное увеличение сахариногового времени до 32,5±1,7 мин, что обусловлено реактивными послеоперационными явлениями со стороны слизистой оболочки полости носа. На 15-е сутки при риноэндоскопии у абсолютного большинства детей носовая перегородка находилась в почти срединном положении, однако слизистая оболочка выглядела слегка гиперемизированной и утолщенной. За этот промежуток наблюдалась тенденция к восстановлению функционального состояния носа. Через 1 месяц после операции среднее значение МЦТ составило 22,2±1,2 мин. Функциональная оценка результатов хирургического лечения, проведенная через 3 месяца после септопластики показала восстановление дыхательной функции носа у 45 (93,7%) детей, а показатели МЦТ нормализовались у 43 (89,5%) пациентов.

Вывод. Щадящие варианты септопластики в детском возрасте положительно влияют на функциональное состояние носового дыхания и двигательной активности мукоцилиарного транспорта. С учетом современной технологии септум-операцию можно широко применять в педиатрической практике отечественной оториноларингологии.

Гафурзода С.М1,2, Нарзиев Б.Х1., Баротова С. 2

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОБСТРУКЦИИ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА (ЛМС) ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ (ПП).

¹Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н, доцент Гафуров М.У.

Цель исследования. Проанализировать эффективность методов лучевой диагностики и результаты открытых реконструктивно-пластических операций у пациентов с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) на фоне подковообразной почки (ПП).

Материал и методы. В основу исследования положены результаты лечения 23 больных с обструкцией ЛМС при ПП в общей урологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», в период с 2016 по 2025 годы. Соотношение сторон: односторонняя обструкция — 19 случаев, двусторонняя — 4. У 7 пациентов диагностирована сопутствующая мочекаменная болезнь. Всем больным было проведено комплексное клиническое обследование по традиционной схеме, принятой для диагностики обструкцией ЛМС на фоне подковообразной почки. Предоперационным периоде диагноз подтверждено после сдачи клиника лабораторных анализов, УЗИ почек, обзорной и экскреторные урография, при необходимости КТ и МСКТ.

Результаты исследования. Выбор метода операции основывался на интраоперационной ревизии:

1. Антивазальная пластика (n=15): Выполнялась при выявлении нижнеполярного сосуда, сдавливающего ЛМС. Стала наиболее частым методом выбора. Она применялась при обнаружении aberrантного нижнеполярного сосуда, вызывающего внешнюю компрессию ЛМС. Данный метод позволил устранить обструкцию без резекции мочеточника, сохранив целостность мочевых путей.

2. Операция по Андерсену-Хайнсу (n=5): Выполнялась в случаях истинного органического стеноза. Традиционная резекция суженного сегмента с формированием лоханочно-мочеточникового анастомоза обеспечила радикальное устранение зоны дисплазии.

3. Метод Калп-Девирда (n=3): Использовался при протяженных стриктурах ЛМС. Формирование лоскута из стенки лоханки позволило избежать натяжения анастомоза и минимизировать риск ишемических осложнений в зоне операции.

При наличии камней выполнялась пиелолитотомия. Способы дренирования включали внутреннее стентирование (18) и комбинированное (нефростома + стент) в 5 осложненных случаях.

Среднее время операции составило 90 минут. Отсутствие интраоперационных осложнений подтверждает адекватность предоперационной подготовки. В послеоперационном периоде у 5 человек (21,7%) наблюдалось обострение пиелонефрита, купированное стандартной антибактериальной терапией. Результаты оценивались через 1 месяц после удаления стентов. По данным контрольных УЗИ и экскреторной урографии, у всех паци-

ентов (100%) отмечено восстановление пассажа мочи и уменьшение гидронефроза. Стент находившиеся в мочеточнике удалили после 1-3 месяцев операции.

Выводы. Комплексная диагностика (УЗИ, экскреторная урография и МСКТ-ангиография) необходима для детального картирования аномальных сосудов перед операцией. Дифференцированный выбор метода хирургической коррекции, основанный на интраоперационной картине, позволяет эффективно устранять obstruction ЛМС при подковообразной почке, учитывая её сложную ангиоархитектонику и пространственное расположение. Открытая пластика ЛМС при подковообразной почке обеспечивает высокую эффективность и безопасность, позволяя одновременно корректировать васкулярный конфликт и удалять конкременты.

Гафурзода Н.Г., Гафурова С.А.

АДАПТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ: РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Изучить адаптивные изменения почек и мочеточников у беременных по результатам ультразвукового исследования

Материал и методы. Проведено проспективное ультразвуковое исследование почек у 87 беременных женщин, находившихся под наблюдением в женских консультациях городских поликлиник №8, №9, №10 и №14 г. Душанбе в период 2023–2024 гг. Исследование выполнялось однократно в рамках планового скрининга на аппаратах экспертного класса с использованием конвексного датчика 3,5–5 МГц. Обследование проводилось в положении лёжа на спине и на боку для оптимальной визуализации обеих почек и мочеточников. Измерялись продольный и поперечный размеры почек, толщина паренхимы, эхогенность паренхимы, размеры чашечек и лоханок, передне-задний диаметр мочеточников. Все измерения проводились в стандартных проекциях с фиксацией максимальных значений. Статистическая обработка данных включала расчёт средних арифметических значений с указанием стандартного отклонения ($M \pm SD$) и относительных показателей в процентах.

Результаты исследования. Средние размеры правой почки составили: продольный размер $104,7 \pm 8,77$ мм, поперечный размер $50,4 \pm 9,0$ мм, толщина паренхимы $18,4 \pm 2,32$ мм. Паренхима оставалась неизменной у 79 женщин (90,8 %). Эхогенность паренхимы была неизменной у 65 обследованных (74,7 %), повышенной у 16 (18,4 %) и сниженной у 6 (6,9 %). Средний размер чашечек правой почки составил $14,9 \pm 4,6$ мм; расширение чашечек выявлено у 58 женщин (66,7 %), неизменённые чашечки наблюдались у 27 (31,0 %). Средний размер лоханки правой почки - $17,7 \pm 9,9$ мм, диаметр мочеточника - $7,0 \pm 2,9$ мм.

Для левой почки средние размеры были следующими: продольный $102,3 \pm 8,3$ мм, поперечный $50,1 \pm 6,8$ мм, толщина паренхимы $18,0 \pm 2,1$ мм. Эхогенность паренхимы оставалась неизменной у 68 женщин (78,2 %), повышенной у 14 (16,1 %) и сниженной у 5 (5,7 %). Средний размер чашечек левой почки - $13,8 \pm 4,0$ мм; расширение чашечек отмечено у 42 женщин (48,3 %), неизменённые - у 45 (51,7 %). Средний размер лоханки левой почки составил $15,3 \pm 4,5$ мм.

Выводы. У беременных женщин г. Душанбе по данным ультразвукового исследования наблюдается физиологическая дилатация чашечно-лоханочной системы (средний размер чашечек 13,8–14,9 мм, лоханок 15,3–17,7 мм) и мочеточников ($7,0 \pm 2,9$ мм), преимущественно справа (расширение чашечек у 66,7 % против 48,3 % слева). Эти изменения носят адаптивный характер и не сопровождаются нарушением функции почек при отсутствии инфекции. УЗИ является эффективным методом скрининга мочевыделительной системы у беременных. Полученные параметры могут использоваться как ориентировочная норма для дифференциальной диагностики физиологической пиелоктазии и патологических состояний в акушерской практике Республики Таджикистан.

Гафурзода Н.Г., Гафурова С.А.

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЧЕК

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Изучить структуру соматической и гинекологической патологии у беременных женщин с выявленными изменениями почек

Материал и методы. Проведено проспективное ультразвуковое исследование почек у 87 беременных женщин, наблюдавшихся в женских консультациях городских поликлиник №8, №9, №10 и №14 г. Душанбе в 2023–2024 гг. Исследование выполнялось однократно в рамках планового исследования во второй половине беременности на аппаратах экспертного класса с конвексным датчиком 3,5–5 МГц. Сбор данных включал анкетирование, анализ амбулаторных карт и результатов клинико-лабораторных обследований. Статистическая обработка осуществлялась с расчётом средних значений ($M \pm SD$) и относительных показателей в процентах.

Результаты исследования. Из 87 обследованных женщин 67 (77,0 %) проживали в городе, 23 (26,4 %) - в сельской местности. Средний возраст составил $26,3 \pm 5,4$ года. По возрастным группам распределение было следующим: до 19 лет - 3 женщины (3,4 %), 20-29 лет - 61 (70,1 %), 30–40 лет - 23 (26,4 %). Высшее образование имели 27 женщин (31%), среднее - 60 (69%). По занятости преобладали домохозяйки - 69 (79,3 %), работающие составили 11 (12,6 %), студентки - 7 (8,0 %).

Средние антропометрические показатели: вес $60,4 \pm 13,6$ кг, рост $160,8 \pm 5,1$ см, индекс массы тела $23,4 \pm 4,9$ кг/м². Нормальный ИМТ наблюдался у 55 женщин (63,2 %), дефицит массы тела - у 9 (10,3 %), избыточная

масса тела - у 9 (10,3 %), ожирение I степени - у 10 (11,5 %), II степени - у 1 (1,1 %), III степени - у 3 (3,4 %).

В структуре соматической патологии лидировали хронический пиелонефрит - у 56 женщин (64,4 %) и заболевания щитовидной железы - у 37 (42,5 %). Анемия выявлена у 14 (16,1 %), хронический бронхит - у 13 (14,9 %), ветряная оспа в анамнезе - у 14 (16,1 %), гепатит А - у 7 (8,0 %), врождённые пороки сердца - у 6 (6,9 %), заболевания глаз (миопия, астигматизм) - у 6 (6,9 %), гастрит - у 4 (4,6 %), брюшной тиф - у 4 (4,6 %), хронический тонзиллит - у 3 (3,4 %). Гинекологические заболевания включали миому матки - у 2 (2,3 %), эктопию шейки матки - у 2 (2,3 %), полип эндометрия - у 3 (3,4 %), кисту яичников - у 2 (2,3 %), гидронефроз - у 1 (1,1 %). Первичное бесплодие отмечено у 4 женщин (4,6 %).

Выводы. У беременных женщин с ультразвуковыми изменениями почек преобладают городские жительницы (77,0 %) в возрасте 20–29 лет (70,1 %), домохозяйки со средним образованием (79,3 % и 69,0 %). Средний ИМТ соответствует норме ($23,4 \pm 4,9$ кг/м²), однако у 26,4 % выявлены избыточная масса тела или ожирение, у 10,3 % - дефицит массы тела. В структуре соматической патологии доминируют хронический пиелонефрит (64,4 %) и заболевания щитовидной железы (42,5 %), за которыми следуют анемия, хронический бронхит и перенесённые детские инфекции. Гинекологические заболевания встречаются редко (2–3 %), бесплодие - в 1–4,6 % случаев. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексного скрининга мочевыделительной, эндокринной и гинекологической систем у беременных с учётом соматической патологии и социально-демографических факторов для ранней профилактики осложнений в амбулаторных условиях г. Душанбе.

Гафуров А.А., Солиев М.Б.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Гафуров А.А.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом путём внедрения фотодинамической терапии в комплекс хирургического лечения.

Материал и методы. В период с 2022 по 2025 годы проведено клинико-хирургическое обследование 116 пациентов с флегмонозными поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета, проходивших лечение в отделении гнойной хирургии клиники АГМИ. Основную группу составили 56 пациентов, лечившихся в 2024–2025 гг., у которых в послеоперационном периоде применялся модифицированный метод лечения с использованием лазерного излучения и фотодинамического воздействия метиленового синего. В группу сравнения вошли 60 пациентов, получавших стандартное лечение в 2022–2023 гг. Во всех случаях выполнялись хирургическая обработка гнойного очага и некрэктомия. Отличия между группами заключались в подходах к местному послеоперационному лечению ран.

Результаты исследования. Анализ раннего послеоперационного периода показал, что частота осложнений в группе традиционного лечения достигала 62,0%, тогда как в основной группе данный показатель составил 27,1% ($p < 0,05$). Прогрессирование воспалительного процесса на окружающие ткани отмечалось у 19 пациентов группы сравнения и у 6 пациентов основной группы. Краевой некроз раны наблюдался соответственно у 14 и 7 больных. Гематомы и инфильтрация послеоперационной раны в группе сравнения регистрировались в 8 и 10 случаях, в то время как в основной группе данные осложнения встречались значительно реже. К 7-м суткам послеоперационного периода полная эпителизация раневой поверхности была зафиксирована у 11 пациентов группы сравнения и у 21 пациента основной группы. В интервале 8–14 суток заживление раны отмечено у 13 и 22 пациентов соответственно. Средние сроки заживления ран при локализации на бедре составили $22,4 \pm 9,8$ суток в группе сравнения и $14,6 \pm 5,9$ суток в основной группе ($p < 0,05$). В области коленного сустава данные показатели равнялись $13,7 \pm 7,9$ и $8,4 \pm 3,6$ суток соответственно. Площадь раневой поверхности к 14 суткам уменьшилась в группе сравнения с $49,8 \pm 28,6$ до $13,6 \pm 11,9$ см², тогда как в основной группе — с $52,1 \pm 30,4$ до $3,1 \pm 4,7$ см² ($p < 0,01$). Частота полной эпителизации к 14 суткам составила 38,5% в группе сравнения и 71,4% в основной группе. Продолжительность послеоперационной госпитализации сократилась в основной группе: при локализации поражений на бедре — с $11,7 \pm 3,2$ до $8,8 \pm 2,1$ суток, в области коленного сустава — с $9,5 \pm 3,1$ до $6,2 \pm 2,9$ суток, в области голени — с $10,8 \pm 4,3$ до $7,6 \pm 2,7$ суток. Полученные результаты свидетельствуют о значительном противомикробном и стимулирующем влиянии фотодинамической терапии на процессы регенерации тканей.

Выводы. Применение фотодинамической терапии в комплексном лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом способствует снижению частоты послеоперационных осложнений, ускорению заживления ран и сокращению сроков госпитализации. Полученные результаты подтверждают эффективность и перспективность данного метода в клинической практике.

Гафуров М.М., Набиев Б.И., Бердиев Х. Т.

ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СПЕРМАТОЗОИДОВ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель – Аминов З.А.

Цель исследования. Провести комплексную сравнительную оценку морфологических и функциональных параметров сперматозоидов у пациентов с варикоцеле II–III степени.

Материал и методы. В исследование включено 120 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст $29,1 \pm 4,7$ года). Основную группу составили 90 пациентов с клинически и инструментально подтверждённым варикоцеле II–III степени. Контрольную группу — 30 фертильных мужчин без клинических и ультразвуковых признаков варикоцеле и с нормальными показателями спермограммы. Диагностика варикоцеле осуществлялась на основании физикального обследования и ультразвукового исследования органов мошонки с цветовой доплерографией. Степень заболевания определялась согласно клинической классификации. Анализ эякулята проводился в соответствии с рекомендациями World Health Organization (2010). Оценивались следующие показатели: объём эякулята, концентрация сперматозоидов, общее количество сперматозоидов в эякуляте, общая и прогрессивная подвижность (A+B), доля неподвижных форм, морфология по строгим критериям, жизнеспособность, индекс тератозооспермии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием параметрических методов анализа по методу Крюгера.

Результаты исследования. У пациентов с варикоцеле выявлены достоверные отклонения основных параметров сперматогенеза по сравнению с контрольной группой. Средняя концентрация сперматозоидов составила $26,8 \pm 6,9$ млн/мл против $47,5 \pm 8,4$ млн/мл в контрольной группе. Общее количество сперматозоидов в эякуляте было снижено на 38,2% по сравнению с контролем. Прогрессивная подвижность (A+B) у пациентов основной группы составила $30,7 \pm 5,9\%$ против $53,8 \pm 6,7\%$ в контрольной группе ($p < 0,01$), при этом доля неподвижных форм была достоверно выше ($49,6 \pm 7,1\%$ против $28,3 \pm 5,4\%$; $p < 0,01$). Доля морфологически нормальных форм сперматозоидов составила $3,4 \pm 1,1\%$ против $6,6 \pm 1,4\%$ в контрольной группе ($p < 0,01$). Индекс тератозооспермии увеличен до $1,9 \pm 0,3$ против $1,3 \pm 0,2$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о множественных морфологических дефектах головки, шейки и хвоста сперматозоидов. Структура патоспермии распределилась следующим образом: астенотератозооспермия — 63,3%, олигоастенотератозооспермия — 22,2%, изолированная астенозооспермия — 8,9%; нормозооспермия — 5,6%. Корреляционный анализ выявил умеренную отрицательную связь между степенью варикоцеле и прогрессивной подвижностью сперматозоидов ($r = -0,44$), а также положительную корреляцию между степенью заболевания и выраженностью морфологических нарушений ($r = 0,47$). У пациентов с варикоцеле III степени изменения носили более выраженный характер, что подтверждает прогрессирующее негативное влияние венозной дилатации на сперматогенез.

Выводы. Варикоцеле сопровождается статистически значимым снижением концентрации и прогрессивной подвижности сперматозоидов, а также увеличением доли морфологически аномальных форм. Тяжесть выявленных нарушений коррелирует со степенью варикоцеле, что подтверждает патогенетическую роль хронической венозной гипертензии и тестикулярной гипоксии в развитии мужского бесплодия. Полученные результаты говорят о необходимости ранней диагностики варикоцеле и своевременного хирургического вмешательства с целью профилактики прогрессирования сперматологических нарушений и сохранения репродуктивного потенциала мужчин.

Гафуров Ш.Ф.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА ДИСТРАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНОГО СУСТАВА ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ

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

Научный руководитель - д.м.н. профессор Курбанов С.Х.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ложного сустава ладьевидной кости запястья путем применения метода дистракции.

Материал и методы. В данной работе анализированы результаты обследования и оперативного лечения 42 больных с ложным суставом ладьевидной кости запястья, которые проходили лечение на базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино (ортопедическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш») в период с 2018 по 2025 гг.

Рентгенологическое и КТ исследование имели решающее значение в дифференциальной диагностике и определении стадии дегенеративных изменений ладьевидной кости. Комплексное лечение ложных суставов ладьевидной кости (в том числе в сочетании с асептическим некрозом) методом дистракции было проведено всем пациентам. Использовались дистракционные аппараты из двух полуколец. Операция является малоинвазивной, проста в исполнении и может быть выполнена в амбулаторных условиях.

В зависимости от стадии патологического процесса проводили этапную дистракцию кистевого сустава по 0,1 мм в сутки с периодической фиксацией на дистракционном аппарате с растяжением сустава не более 9 мм. После снятия аппарата накладывали заднюю гипсовую лонгету сроком на 6-8 нед., пациенты продолжали занятия лечебной гимнастикой и физиотерапию. В дальнейшем рекомендовалось постепенное увеличение нагрузки на кисть с ношением напульсника.

Результаты исследования. Ближайшие результаты лечения в сроки от 6 мес. изучены у всех пациентов и оценены как хорошие. Результаты расценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хороший результат (60%) - отсутствие у больного жалоб, отека в области запястья, атрофии мышц кисти и предплечья, восстановление силы кисти, рентгенологически определяемое сращение ладьевидной кости и увеличение ее объема более чем на 50%, а также уменьшение сгибательно-разгибательных движений не более чем на 20° по сравнению с суставом здоровой руки.

Удовлетворительный результат (35%) - наличие непостоянных болей в суставе после физической нагрузки, неполное восстановление силы кисти, уменьшение объема сгибательно-разгибательных движений более чем на 20°; рентгенологические признаки сращения деформированной ладьевидной кости с увеличением ее объема, деформирующего артроза кистевого сустава.

Неудовлетворительный результат (5%) - наличие боли при движениях, усиливающихся после физиче-

ской нагрузки, значительное уменьшение силы хватки кисти и объема движений в лучезапястном суставе. Рентгенологически - несращение ладьевидной кости, уменьшение или отсутствие увеличения объема кости, выраженные признаки деформирующего артроза.

Хорошие и удовлетворительные результаты при данном методе лечения и реабилитации были получены в 95% случаев.

Выводы. Достигнутые результаты свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемого метода лечения ложных суставов ладьевидной кости запястья. Применение метода distraction в лечении ложных суставов ладьевидной кости кисти атравматично и позволяет в большинстве случаев получить положительные результаты (95%).

Гафурова Б. Ш., Мухаммадиев Ф.И., Бораджабов А.Б.

ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН У БОЛНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканского научного клинического центра урологии. Таджикистан

Научный руководитель - д.х.н., дотцент Самандарзода Н.Ю.

Цель исследования. Исследование уровня ПСА (простат-специфический антиген) у пациентов с аденомой предстательной железы до и после лечения, классическим методом.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республиканском научно-клиническом центре урологии с участием 20 пациентов с клинически и инструментально подтвержденной аденомой предстательной железы (доброкачественной гиперплазией предстательной железы). В исследование включались мужчины соответствующей возрастной группы после получения информированного согласия и проведения стандартного клинико-лабораторного обследования. Диагноз устанавливался на основании жалоб, ультразвуковой диагностики, а также лабораторных показателей. Особое внимание уделялось определению уровня простат-специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови как важного маркера состояния предстательной железы и критерий дифференциальной диагностики. Для количественного определения ПСА использовался сертифицированный набор реагентов компании Нема. Анализ крови выполнялся в соответствии с инструкцией производителя с применением иммуноферментного метода. Забор венозной крови проводился натощак с последующим центрифугированием и выделением сыворотки.

Результаты исследования. Для изучения уровня простат-специфического антигена (ПСА) в исследовании были включены 20 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Определение концентрации ПСА проводилось в строгом соответствии с требованиями, указанными в инструкции к диагностическому набору. В частности, забор крови осуществлялся в утренние часы натощак, при отсутствии предшествующих физиологических и эмоциональных стрессов, интенсивной физической нагрузки, инструментальных урологических вмешательств (массаж простаты, катетеризация, цистоскопия), а также в отсутствии острых воспалительных процессов, способных повлиять на уровень показателя. До начала терапии средний уровень общего ПСА у обследованных пациентов составлял 13,4 нг/мл, что превышало референсные значения и соответствовало клинической картине заболевания. Полученные исходные данные были использованы в качестве контрольной точки для последующей оценки эффективности проводимого лечения. После завершения курса терапии продолжительностью 120 дней было проведено повторное лабораторное исследование с соблюдением аналогичных преданалитических условий. Результаты показали снижение среднего уровня ПСА до 9,3 нг/мл.

Вывод. Таким образом, динамика показателя свидетельствовала о выраженной тенденции к уменьшению активности патологического процесса в ткани предстательной железы. Сравнительный анализ исходных и итоговых значений продемонстрировал достоверное снижение концентрации ПСА общего, что может указывать на положительное влияние проводимой терапии на функциональное состояние предстательной железы и уменьшение гиперпластических изменений. Полученные данные подтверждают клиническую значимость мониторинга уровня ПСА как объективного лабораторного критерия оценки эффективности лечения у пациентов данной категории.

Гисзода М.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Кафедра урологии имени А.С. Осими ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им.

Абуали ибни Сино. Таджикистан

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Научный руководитель – к.м.н. Мустафакулов С.С.

Цель исследования. Оценить клиническую и лабораторную эффективность плазмолифтинга (PRP- плазмы, обогащенной тромбоцитами) в составе комплексного лечения хронического простатита.

Материал и методы. В исследование были включены 50 мужчин 25–55 лет с хроническим простатитом (>3 месяцев). Основная группа (n=25) получала стандартную терапию с плазмолифтингом, группа сравнения (n=25) — только стандартное лечение. Контроль составили 20 практически здоровых мужчин сопоставимого возраста.

Проведены: клинический осмотр, оценка симптомов по шкале International Prostate Symptom Score (IPSS), выраженность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценка качества жизни Quality of Life (QoL), микроскопическое исследование эякулята (лейкоциты, pH), бактериологическое исследование по показаниям, трансректальное УЗИ простаты. Статистическая обработка проводилась методами вариационной

статистики; различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До лечения показатели I-PSS в группах не различались ($p > 0,05$). После терапии в основной группе отмечено более выраженное снижение I-PSS (до $8,1 \pm 2,4$; $p < 0,01$) по сравнению с группой сравнения (до $12,7 \pm 3,1$; $p < 0,05$). Болевой синдром по ВАШ также уменьшился значительно в основной группе ($p < 0,01$). Отмечено достоверное снижение лейкоцитов в эякуляте, нормализация pH и уменьшение воспалительных изменений по данным ТРУЗИ; в группе сравнения динамика была менее выраженной. Побочные реакции носили лёгкий характер (12%) и серьёзных осложнений не зарегистрировано.

Выводы. Плазмолифтинг в составе комплексной терапии хронического простатита обеспечивает более выраженное снижение боли и улучшение мочевых симптомов по сравнению со стандартным лечением, способствует уменьшению воспалительных изменений и хорошо переносится пациентами.

Гиесзода М.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Кафедра урологии имени А.С. Осими ГОУ Таджикиский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н. Мустафакулов С.С.

Цель исследования. изучить влияние плазмолифтинга на клинические симптомы, лабораторные показатели и ультразвуковые изменения у пациентов с хроническим простатитом.

Материал и методы. В исследование были включены 50 мужчин 25–55 лет с хроническим простатитом (>3 месяцев). Основная группа ($n=25$) получала стандартную терапию с плазмолифтингом, группа сравнения ($n=25$) — только стандартное лечение. Контроль составили 20 практически здоровых мужчин сопоставимого возраста. Проведены: клинический осмотр, оценка симптомов по шкале International Prostate Symptom Score (I-PSS), выраженность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценка качества жизни Quality of Life (QoL), микроскопическое исследование эякулята (лейкоциты, pH), бактериологическое исследование по показаниям, трансректальное УЗИ простаты. Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики; различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До лечения показатели I-PSS в группах не различались ($p > 0,05$). После терапии в основной группе отмечено более выраженное снижение I-PSS (до $8,1 \pm 2,4$; $p < 0,01$) по сравнению с группой сравнения (до $12,7 \pm 3,1$; $p < 0,05$). Болевой синдром по ВАШ также уменьшился значительно в основной группе ($p < 0,01$). Отмечено достоверное снижение лейкоцитов в эякуляте, нормализация pH и уменьшение воспалительных изменений по данным ТРУЗИ; в группе сравнения динамика была менее выраженной. Побочные реакции носили лёгкий характер (12%) и серьёзных осложнений не зарегистрировано.

Выводы. Плазмолифтинг в составе комплексной терапии хронического простатита обеспечивает более выраженное снижение боли и улучшение мочевых симптомов по сравнению со стандартным лечением, способствует уменьшению воспалительных изменений и хорошо переносится пациентами.

Давлатзода Х.Б., Умаров Э.А.

НАТИЧАҶОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ БЕМОРОН БО ШАКЛҶОИ ОРИЗАНОКИ АЛОИМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - н.и.т. дотсент Бегаков У.М.

Ҳадафи таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои табобати ҷарроҳии алоими попанҷаи диабетикӣ (АПД) ва баҳодиҳии самаранокии усулҳои истифодашавандаи табобати ҷарроҳӣ.

Маъвод ва усулҳо. Асоси ин таҳқиқотро натиҷаҳои мушоҳидаи клиникӣ ва табобати 83 бемор бо шаклҳои оризаноки АПД ташкил медиҳанд, ки дар шӯъбаи ҷарроҳии фасодию септикӣ, ки дар пойгоҳи шӯъбаи ҷарроҳии Маркази тиббии шаҳрии №3 ҷойгир аст, бистарӣ шуда буданд. Аз онҳо 44 нафар (53,1%) мард ва 39 нафар (46,9%) зан буданд. Синну соли беморон аз 30 то 73 солро ташкил медод. Давомнокии бемории диабети қанд аз 5 то 30 сол буд. То 14 шабонарӯз аз оғози беморӣ 23 нафар ба беморхона мурочиат карданд, зиёда аз 14 шабонарӯз – 60 нафар. Дар аксари беморон диабети қанд навъи II мушоҳида шуд – 77 нафар (92,7%), навъи I – 6 нафар (7,2%). Сатҳи гипергликемия хангоми қабул ба ҳисоби миёна $15,6$ ммоль/л буд ва глюкозурия то 4% мушоҳида мешуд. Аксари беморони бистаришуда шакли омехтаи АПД доштанд – 44 нафар (53,1%), шакли нейропатикӣ-инфексионӣ – 36 нафар (43,3%) ва шакли ишемикӣ – 3 нафар (3,6%).

Барои назорати самаранокии табобат таҳқиқоти динамикии микробиологӣ ва ситологӣ-и биоптатҳои бофтаҳои гузаронида шуд. Ҳамчунин динамикаи ҷараёни захм аз рӯи аломатҳои клиникӣ ва ҳолати гемодинамикаи минтақаи бо маълумоти доплерографияи ултрасадоӣ омӯхта шуда, дараҷаи пахншавии деструксияи устухонҳои попанҷа бо маълумоти рентгенография муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Сабабҳои асосии бистарӣ шудани беморон ва мурочиат ба кӯмаки ҷарроҳӣ инҳо буданд: вайроншавии прогрессивии трофикаи бофтаҳои попанҷа, захмҳо, равандҳои фасодию илтиҳобӣ ва некротикӣ, то ба қарасони ангуштон ё худ попанҷа ва қисмҳои дисталии узви поёнӣ.

Таҳлили натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ нишон дод, ки амалиётҳои хурди ҷарроҳиро хангоми равандҳои фасодию некротикӣ набояд танҳо ҳамчун омодагӣ ба ампутатсияи минбаъдаи узв баррасӣ кард. Афзоиши шумораи амалиётҳои хурд бо ҳолатҳои даҳолати такрории ҷарроҳӣ дар попанҷаҳо вобаста аст, ки бо идома ёфтани раванди фасодию некротикӣ алоқаманд мебошад. Ба ҳамаи беморон амалоти ҷарроҳӣ гузаронида шуд ва

дар маҷмӯъ 180 амалиёти гуногун анҷом дода шуданд. Бештарин басомади амалиётҳои хурд ба некрэктомияҳои марҳилавӣ рост меомад. Таҳлили муқоисавии маводи клиникӣ нишон дод, ки ҳангоми буридани аввалия ё марҳилавии захмҳои нейропатикӣ дар ҷараёни табобати комплексӣ суръати шифоёбии онҳо нисбат ба усули анъанавӣ, ки тозакунии ҷарроҳии захмхоро дар бар намегирад, ду маротиба тезтар мегардад.

Пушонидани пластикии нуксонҳои захм, ки пас аз табобати ҷарроҳии шаклҳои оризаноки АПД ба вучуд омадаанд, дар 22 бемор анҷом дода шуд. Барои ташкили мунҷаи аз ҷиҳати функционалӣ мувофиқ ҳангоми ампутатсияи трансметатарзиали, порчаҳои пӯсту фатсия аз сатҳи кафи ва пушти попанҷа нигоҳ дошта мешуданд. Сатҳи ампутатсияҳои баланди аввалия дар беморони дорои АПД 3,4%-ро ташкил дод. Сатҳи умумии ғавт пас аз ампутатсия 2,6% -ро ташкил дод.

Хулосаҳо. Ҳамин тариқ, табобати ҷарроҳии шаклҳои фасодию септики АПД бояд ҳамчун марҳилаи барқарорсозии комплекси байнисоҳавии бемор баррасӣ шавад, ки натиҷаҳои он, пеш аз ҳама, аз самтгирӣ ва кофии ҷораҳои пешгирикунанда, саривактӣи ислоҳи ортопедии функцияи сустшуда ё гумшудаи дастгирӣ вобастаанд.

Давлатов Дж. Дж^{1,2}, Собиров Б.М¹, Сафарзода И.С³.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ФОРМАМИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Син». Таджикистан¹

Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж. Таджикистан²

Медицинский комплекс «Истиклол», г.Душанбе. Таджикистан³

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатов Дж.К.

Цель исследования. Способ определения клинического значения структурных изменений анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки.

Материал и методы. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе из 830 пациентов со свищами прямой кишки (СПК) в исследование были включены 170 больных со сложными свищами прямой кишки (ССПК), что составило 20,48%. На втором этапе данные 170 пациентов были распределены на две группы: 83 больных составили ретроспективную группу, 87 — проспективную. Работа основана на анализе результатов обследования и хирургического лечения 87 пациентов со сложными формами СПК, оперированных в отделении колопроктологии ГУ «ГМЦ №2» (ГКБ №5) им. академика К.Т. Таджиева в период с 2015 по 2025 годы. Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет.

Для объективной оценки характера свищевого хода, его взаимоотношения с волокнами анального сфинктера, а также степени выраженности воспалительных изменений в параректальной клетчатке всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее клинические, инструментальные, специальные методы исследования (профилометрию, сфинктерометрию) и лабораторные анализы.

Результаты исследования. Недостаточность анального сфинктера (НАС) выявлена у 24,1% больных со свищами прямой кишки, из них НАС I степени — у 15,3%, II степени — у 8,8% пациентов. По результатам комплексного обследования у больных со сложными свищами прямой кишки (ССПК) выявлены различные формы структурных изменений анального сфинктера: реактивный сфинктерит — у 16 (18,4%) пациентов, пектенос анального сфинктера — у 24 (27,6%), дефект волокон сфинктера (диастаз мышц) — у 17 (19,5%). У 30 (34,5%) больных органические изменения анального сфинктера отсутствовали. Среди транссфинктерных и экстрасфинктерных форм заболевания преобладали пациенты со II и III подгруппами (27,6% и 19,5% соответственно).

У 45% пациентов со ССПК в предоперационном периоде выявлены дополнительные гнойные полости и затёки. В этих случаях на первом этапе под контролем УЗИ выполнялись чрескожная пункция, дренирование и санация гнойных полостей с использованием раствора Декасана. Продолжительность предоперационной подготовки зависела от размеров воспалительного инфильтрата и объёма гнойной полости. Эффективность данного метода подтверждалась клиническим улучшением состояния пациентов, снижением лабораторных показателей воспаления (лейкоциты, СОЭ, С-реактивный белок) и положительной динамикой по данным ультразвукового исследования.

Выводы. У большинства пациентов со сложными свищами прямой кишки (65,5%) выявляются органические изменения анального сфинктера, включающие реактивный сфинктерит, пектенос и дефекты волокон наружного сфинктера. Тяжесть клинического течения напрямую связана с характером и степенью выраженности этих изменений. На этапе предоперационной подготовки санация гнойных полостей и затёков с использованием раствора Декасана под контролем клинических, лабораторных и ультразвуковых данных позволяет определить этапность лечения и выбрать оптимальный метод оперативного вмешательства.

Давлатов Дж. Дж^{1,2}, Мухаббатов А.Дж^{1,2}, Сафарзода И.С³.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ПАРАПРОКТИТА

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Син». Таджикистан¹

Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж. Таджикистан²

Медицинский комплекс «Истиклол», г.Душанбе. Таджикистан³

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатов Дж.К.

Цель исследования. Оценить особенности течения раневого процесса промежности при сложных формах парапроктита.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в отделении колопроктологии ГУ «ГЦЗ

№2» в период с 2023 по 2025 гг. С целью мониторинга течения раневого процесса промежности в послеоперационном периоде у больных со сложными формами парапроктита, наряду с клиническими и инструментальными методами обследования, проводилась оценка степени эндотоксемии. В исследование были включены 45 пациентов, среди которых 34 (75,6%) мужчин и 11 (24,4%) женщин.

Для оценки выраженности синдрома интоксикации рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа (1941), а также гематогенный показатель интоксикации (ГПИ) по формуле В.С. Васильева и соавт. (1984) с учётом коэффициентов уровня лейкоцитов (Клейк) и СОЭ (Ксоэ). Дополнительно определяли уровень С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови.

Результаты исследования. Показатели крови анализировались до операции, а также на 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода. К третьим суткам после операции уровень С-реактивного белка снижался до $47,4 \pm 5,1$ и $58,6 \pm 7,4$ мг/л, а к пятым суткам — до $29,1 \pm 4,2$ и $37,3 \pm 5,1$ мг/л соответственно.

Показатели лейкоцитарного индекса интоксикации у пациентов со сложными формами парапроктита, осложнёнными гнойными затёками, к данному периоду уменьшались до $6,1 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). Гематогенный показатель интоксикации на третьи сутки после операции снижался по сравнению с исходными значениями до $9,8 \pm 1,5$ ($p < 0,001$). Уровень интерлейкина-6 к пятому дню послеоперационного периода также уменьшался и составлял $4,8 \pm 0,4$ ($p < 0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимом снижении изучаемых показателей к 5-м суткам послеоперационного периода. Вместе с тем наиболее высокие показатели эндотоксемии сохранялись у пациентов с гнойными затёками, что отражает особенности течения раневого процесса при сложных формах парапроктита.

Выводы. Для мониторинга течения раневого процесса при сложных формах парапроктита в послеоперационном периоде информативным является динамическое определение показателей эндотоксемии, включая ЛИИ, ГПИ, С-реактивный белок и интерлейкин-6 на 3-и и 5-е сутки после операции.

Давлатов Дж.Ё1., Каримов П.Ш. 1, Гайратов И.Т. 2

РАДИКАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕРАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

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

²ГУ ГЦСМП г.Душанбе. Таджикистан

Научный руководитель -к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения рецидивного ЭП и его осложнений путём применения радикальных и условно-радикальных методов.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов с патологией после нерадикальных вмешательств. У 54 (90%) диагностирован рецидивный и резидуальный ЭП, у 6 (10%) - свищи и нагноение ОП. Возраст больных - 24–71 год. Диагностический комплекс включал УЗИ (88%) и КТ (12%). В предоперационном периоде 12 пациентам основной группы с целью коррекции нарушений перекисного окисления липидов (ПОЛ) и профилактики печёночной недостаточности назначался антиоксидант Ремаксол.

Результаты исследования. Применение Ремаксоло показало высокую эффективность: уровень малонового диальдегида (МДА) снизился с $5,08 \pm 0,06$ до $3,1 \pm 0,01$ мкмоль/л, активность супероксиддисмутазы (СОД) возросла с $6,34 \pm 0,28$ до $15,28 \pm 0,01$ усл. ед., что свидетельствует о восстановлении антиоксидантного потенциала гепатоцитов. Хирургическая тактика основывалась на принципе максимальной радикальности: Атипичная резекция печени - 30 (50%) наблюдений; анатомическая резекция - 12 (20%); субтотальная перицистэктомия - 18 (30%). В 63,3% случаев использован двухподрёберный доступ («мерседес»). Для обеспечения безопасности вмешательств применялся приём Прингла (70%) и принцип с предварительной диссекцией сосудисто-секреторных структур. Послеоперационные осложнения развились у 11 (18,3%) пациентов: желчеистечение ($n=4$), внутрибрюшное кровотечение ($n=3$), подпечёчные абсцессы ($n=4$). Летальность составила 3,3% (2 случая).

Вывод. Развитие рецидивов ЭП и формирование гнойных остаточных полостей после паллиативных операций требуют выполнения повторных радикальных вмешательств (резекций печени и перицистэктомии). Включение антиоксидантной терапии (Ремаксол) в предоперационную подготовку позволяет существенно улучшить функциональный резерв печени и снизить риск развития печёночной недостаточности. Повторные высокотехнологичные операции на печени должны выполняться в условиях, специализированных гепатохирургических центров.

Давлатов Дж.Ё. 1, Алимов С.У1., Гайратов И.Т.2.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА

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

²ГУ ГЦСМП г.Душанбе. Таджикистан

Научный руководитель -к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Повышение эффективности профилактики ППА путём внедрения усовершенствованных хирургических методик и способов дренирования.

Материал и методы. Проведён анализ лечения 145 пациентов с патологией печени, желчных путей и желудка. На основании анализа факторов риска ($n=68$) была разработана прогностическая программа профи-

лактики, включающая оригинальные технические решения, и внедрена в практику у 140 больных.

Результаты и обсуждение. Ключевыми элементами профилактической программы стали: метод «закрытой» обработки культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) П-образными швами с фиксацией к капсуле поджелудочной железы и использование пластин «Тахокомб». В сочетании с пролонгированной эпидуральной анестезией это позволило добиться нулевого уровня несостоятельности культи ДПК у 41 пациента; оригинальный метод дренирования общего желчного протока двойным катетером («дренаж в дренаж») для исключения подпечёчных скоплений желчи при случайном смещении трубки; методика изоляции зоны операции от поддиафрагмального пространства путём формирования «фартука» из большого сальника, подшиваемого к задней брюшной стенке.

Применение данного комплекса позволило снизить общую частоту гнойно-воспалительных осложнений с 6,1% до 3,1%, при этом частота специфических ППА составила лишь 3,5%. Эффективность предложенной программы составила 82%. При развитии ППА наиболее эффективным признано внебрюшинное дренирование под УЗ-контролем.

Вывод. Ведущими факторами риска ППА являются технические погрешности этапа операции и неадекватная санация поддиафрагмального пространства. Использование разработанных методов герметизации культи ДПК и модифицированных способов дренирования позволяет достоверно снизить риск гнойных осложнений. Прогностический подход и дифференцированная профилактика являются залогом успешного исхода при операциях высокого риска. Предложенный комплекс мер минимизирует риск гнойно-септических осложнений и обоснован для широкого внедрения в специализированных отделениях.

Давлатов Ё.М., Мираков Б.Т., Тоджикулов И.Ш.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗА СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

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

Научный руководитель - старший преподаватель Хасанов Б.Н.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с внутрисуставными повреждениями в области голеностопного сустава и профилактики посттравматического артроза голеностопного сустава путём применения протеза синовиальной жидкости в реабилитационном периоде.

Материал и методы. В основу исследования вошли 34 пациента в возрасте от 20 до 60 лет, получивших лечение в отделениях сочетанной травмы и взрослой ортопедии ГОУ НМЦ РТ «Шифобахш» с внутрисуставными переломами мыщелков большеберцовой кости с нарушением конгруэнтности суставной поверхности большеберцовой кости. Среди пациентов мужчины составили 76,5% (26) и женщины - 23,5% (8). Всем больным было проведено идентичное лечение: открытая репозиция костных отломков и остеосинтез мыщелков большеберцовой кости анатомической пластиной, после чего проводилась гипсовая иммобилизация повреждённого коленного сустава в течении 6 недель. По завершении иммобилизации проводилась разработка движений в суставе без опоры на повреждённую конечность. Отличием в лечении было то, что в основной группе (16 пациентов), после завершения иммобилизации в полость повреждённого сустава вводили препарат гиалуроновой кислоты – 3 инъекции промежутком в 1 неделю.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде было отмечено, что у больных основной группы процесс разработки движений в повреждённом коленном суставе после снятия иммобилизации протекал с менее выраженным болевым синдромом, что позволяло увеличить эффективность разработки движений в суставе. Оценка результатов проводилась с помощью шкалы WOMAC через 6 недель, 3 месяца, 6 месяцев и через 1 год после операции. Более показательным являются данные, полученные через 1 год наблюдения. Спустя 1 год наблюдения за больными, сращение переломов наблюдалось у всех пациентов с восстановлением опороспособности травмированной нижней конечности. Жалоб на постоянную боль в области коленного сустава при ходьбе через 1 год в основной группе никто не предъявлял, а в группе сравнения болевой синдром при ходьбе отмечался у 8 (44,4%) пациентов. При оценке состояния коленного сустава по шкале WOMAC в основной группе в среднем составило 27%, с амплитудой движений в полном объёме - 93,75% и пределах 45°, у 6,25%. В группе сравнения состояние коленного сустава по шкале у пациентов составило 53%, с амплитудой движения в полном объёме отмечено у 61,1%, амплитуда движений в пределах 45°-50° у 33,3% и стойкая разгибательная контрактура коленного сустава отмечена у 5,6% больных.

Выводы. Таким образом, применение протеза синовиальной жидкости улучшает результаты лечения и профилактику посттравматического артроза с внутрисуставными повреждениями в области коленного сустава. Повышая тем самым уровень качества жизни за счёт более быстрого восстановления объёма движений и уменьшения болевого синдрома в коленном суставе.

Давлатов Ф.Р., Мухаббатов А.Д., Хусейнова Л.Н.

МОРФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные изменения тазового дна и аноректальной зоны у пациентов после хирургического лечения выпадения прямой кишки (ВПК) и определить их роль в развитии рецидива заболевания.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое и инструментальное обследование 86 пациентов, перенесших хирургическое лечение ВПК. Наблюдение проводилось в течение периода после операции.

Каждый пациент был обследован с использованием передовых методов визуализации аноректальной области. Целью анализа было выявление морфологических характеристик, связанных с рецидивом заболевания.

Результаты исследования. Наиболее отличительной чертой было увеличение площади межлифтового отверстия более 27 см², что свидетельствует об увеличении отверстия лифта и снижении поддерживающей функции тазовой мышечно-фасциальной системы. Расширение levator hiatus приводит к ухудшению стабилизации прямой кишки и создает условия, способствующие ее повторному смещению.

У пациентов с рецидивом также наблюдалось увеличение аноректального угла более чем на 120°, что свидетельствует об ослаблении лоборектальной мышцы и искажении аноректального соединения. Это изменение нарушает физиологический механизм удержания и способствует возникновению рецидивирующего ВПК.

Более того, у 41% пациентов с рецидивом ВПК укоротился менее чем до 2,5 см. Это уменьшение длины анального канала связано со снижением функциональной способности сфинктерного механизма и снижением ретенционной функции аноректальной области.

Выявленные изменения свидетельствуют о том, что возобновление ВПК связано не только с техническими аспектами хирургического вмешательства, но и со значительной структурной слабостью тазового дна. Сочетание увеличенного levator hiatus, деформации аноректального угла и укорочения анального канала создает морфофункциональную структуру, предрасполагающую пациентов к рецидивирующему пролапсу.

Полученные данные подчеркивают необходимость тщательной оценки состояния тазового дна перед хирургическим вмешательством и позволяют рассматривать эти показатели как объективные прогностические показатели рецидива заболевания.

Морфофункциональные изменения тазового дна играют ключевую роль в патогенезе рецидива ВПК. Увеличение площади levator hiatus, деформация аноректального угла и укорочение анального канала подчеркивают структурную хрупкость тазового дна и повышают вероятность повторного пролапса.

Выводы. У пациентов с рецидивирующим ВПК наблюдается сочетание выраженных морфологических и функциональных изменений тазового дна, которые указывают на структурную уязвимость леваторного комплекса и снижение удерживающей способности аноректальной области.

Давлатов Ф.Р., Мухаббатов А.Д., Хусейнова Л.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Оценить влияние клинических и хирургических факторов на развитие рецидива выпадения прямой кишки (ВПК).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 86 пациента, которым было проведено хирургическое вмешательство по поводу ВПК в центре колопроктологии. Пациенты наблюдались в течение длительного времени после операции и оценивали, как ближайшие, так и долгосрочные результаты лечения. Основным критерием эффективности хирургического вмешательства была частота или отсутствие рецидива ВПК, что было диагностировано на основании клинической информации и инструментальных оценок в ходе послеоперационного наблюдения. Собранные данные были подвергнуты сравнительному анализу с целью выявления наиболее значимых факторов, связанных с рецидивом заболевания.

Результаты исследования. Анализ показал, что возникновение рецидива ВПК связано с комбинированным влиянием различных клинических и хирургических факторов.

Среди этих факторов возраст пациентов оказался одним из наиболее важных. У пожилых пациентов рецидив заболевания наблюдался значительно чаще. Это может быть связано с возрастными инволюционными изменениями мышечно-фасциальных структур тазового дна, снижением тонуса мышц тазовой диафрагмы и снижением регенеративных возможностей тканей после операции.

Существование хронического запора в значительной степени способствовало возникновению рецидива. Пациенты с длительными проблемами кишечного транзита чаще испытывали повышенное внутрибрюшное давление во время дефекации, что приводило к постоянной нагрузке на тазовое дно и снижению стабильности хирургических результатов. Хронический запор было определено как один из основных патогенных факторов рецидивирующего пролапса. Кроме того, у значительного процента пациентов с рецидивом была обнаружена долихосигма, которая характеризуется удлинением сигмовидной кишки и нарушением моторики в дистальном отделе толстой кишки.

Характер проведенной операции также имел большое значение. Анализ показал, что частота рецидивов после операций на промежности Делорма и Альтмейра была выше по сравнению с результатами абдоминальной ректопексии. Это можно объяснить тем, что промежностные подходы оказывают меньшее влияние на патогенные механизмы заболевания, поскольку они не обеспечивают полной фиксации прямой кишки и не устраняют сопутствующие анатомические изменения в области тазового дна.

При одновременном наличии нескольких факторов риска (пожилой возраст, хронический запор, долихосигма и операции на промежности) вероятность рецидива заметно возрастала. В этой группе пациентов частота рецидивов пролапса выросла до 45%, что свидетельствует о многофакторном характере развития рецидива.

Выводы. Рецидив выпадения прямой кишки обусловлен совокупностью клинических и хирургических факторов, что требует индивидуализированного подхода к выбору метода лечения.

Давлатова З.К., Рахмонова М.
ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ АБОРТОВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ ТАДЖИКИСТАНА ЗА 2021–2024 ГОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 им. профессора Нарзулаевой Е.Н. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель -д.м.н., профессор Мухамадиева С.М.

Цель исследования. Изучить динамику частоты аборт и их видов в различных возрастных группах и регионах Таджикистана за 2021–2024 годы, а также выявить факторы, влияющие на эти изменения.

Материал и методы. Проанализированы данные демографического ежегодника Республиканского центра медицинской статистики и статистической формы № 13 "Об аборт" за 2021-2024 годы с использованием описательной статистики.

Результаты исследования. В целом по Таджикистану частота аборт снизилась с 53,5‰ до 49,4‰. Однако в некоторых регионах наблюдаются противоположные тенденции. В Душанбе и Согдийской области отмечен рост числа аборт: с 87,6‰ до 110,3‰ в Душанбе и с 68,7‰ до 79,2‰ в Согдийской области, в то время как в Хатлонской области наблюдается снижение: с 31,0‰ до 23,7‰. Частота искусственных аборт по стране оставалась стабильной (20,4‰ в 2021 году и 20,6‰ в 2024 году). Тем не менее в Душанбе и Согдийской области зафиксирован рост числа искусственных аборт: с 34,8‰ до 36,1‰ в Душанбе и с 37,2‰ до 40,3‰ в Согдийской области, в то время как в Хатлонской области показатель снизился с 10,7‰ до 6,7‰. Удельный вес медикаментозных аборт возрос в Согдийской и Хатлонской областях (с 18,8% до 22,2% и с 16,9% до 18,1%, соответственно), но снизился в Душанбе (с 16,1% до 14,1%). Количество вакуум-аспираций увеличилось в Душанбе (с 6% до 10,3%) и Согдийской области (с 12,3% до 13,6%), но сократилось в Хатлонской области (с 15,1% до 6,5%). В возрасте 14 лет очень низкий уровень аборт (0,08% в 2022 году, 0,01% в 2023 году и 0,007% в 2024 году), что связано с высокой вероятностью социальной и медицинской защиты в отношении несовершеннолетних. В возрасте 15–17 лет уровень аборт колеблется от 0,01% в 2021 году до 0,05% в 2022 году, оставаясь стабильным в 2023 и 2024 годах - это может быть связано с увеличением доступа к информации о контрацепции, а также повышением уровня сексуального образования среди подростков. В возрасте 18–19 лет наблюдается нестабильная тенденция. В 2021 году уровень аборт составил 7,1%, затем снизился до 6,0% в 2022 году, но в 2023 году резко возрос до 9,1%, с незначительным спадом в 2024 году до 8,2%. Молодежь в этом возрасте может сталкиваться с трудностями в отношениях, возможно, более высокие риски случайных или незапланированных беременностей, особенно среди тех, кто только начинает свою сексуальную активность. Возрастная группа 20–24 года стабильно остаётся основной категорией по количеству аборт, составляя более 2/3 всех случаев (70,0% в 2021 году, 74,0% в 2022 году, 69,0% в 2023 году и 70,7% в 2024 году). В этом возрасте многие женщины всё ещё учатся или начинают работать, и могут не быть готовы к материнству или проблемы с жильём могут сделать беременность неприемлемой. В старшей возрастной группе аборт составляют около 20% всех аборт (22,8% в 2021 году, 19,9% в 2022 году, 21,8% в 2023 году и 20,9% в 2024 году). Женщины в возрасте 35 лет и старше могут сталкиваться с проблемами с зачатием и беременности, что иногда приводит к незапланированным беременностям и необходимости проведения аборт или чаще выявляться медицинские показания к прерыванию беременности, угрожающие здоровью.

Выводы. Частота аборт в Таджикистане снизилась, но с региональными различиями: рост наблюдается в Душанбе и Согдийской области, а снижение — в Хатлонской. Доля медикаментозных аборт увеличилась в Согдийской и Хатлонской областях, что указывает на предпочтение менее инвазивных методов, в то время как в Душанбе она снизилась. Эти изменения подчеркивают важность повышения доступности контрацепции и сексуального просвещения.

Давлатова Т.Р., Курбонов А.У., Юлдошев У.Н.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайфиддинзода М.Б.

Цель исследования. Изучить анатомо-функциональные особенности образования выходного отдела желудка, его строение, развитие и клиническое значение.

Материал и методы. В работе использовались данные анатомических атласов, учебной и научной литературы по нормальной анатомии, эмбриологии и гастроэнтерологии. Применялись методы теоретического анализа, обобщения литературных источников и сравнительно-анатомический подход.

Результаты и обсуждение. Выходной отдел желудка формируется из каудальной части передней кишки и включает антральную часть и пилорический канал, заканчивающийся привратником. Основным анатомическим элементом является пилорический сфинктер, обеспечивающий дозированное поступление химуса в двенадцатиперстную кишку. Нарушения формирования и функции данного отдела приводят к развитию функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Выводы.

1. Выходной отдел желудка является важным анатомо-функциональным образованием.
2. Его строение и развитие определяют нормальное течение процессов пищеварения.
3. Изучение данного отдела имеет большое клиническое значение.

Давлатшозода Д.Р., Облокулов А.А., Раҳимзода С.Р.
ХУСУСИЯТҲОИ ҲОСИ ТАШХИСИ ШУОИИ ОСЕБҲОИ ПАЙВАСТА
Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №3, МДТ «ДДТХ». Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - н.и.т., Айнизода Б.С.

Мақсади тадқиқот. Гузаронидани таҳлили фаврии томографияи компютерӣ ҳангоми осебҳои пайваста.

Маъвод ва усулҳо. Таҳлили маълумоти томографияи компютерӣ 51 бемор дар шӯъбаи таҳлили нурии БМН Дангара, ки соли 2025 дар шароити кӯҳӣ-сахроӣ осеб гирифтаанд, анҷом дода шуд. Барои ба таври фаврӣ муайян намудани минтақаҳои осебдидаи бадан ва баҳодиҳии дараҷаи вазнинии осеб, бо томографи 32-қабатаи «Siemens Somatom Go Up» (Олмон) дар давоми 1-2 дақиқа томографияи тамоми бадан иҷро шуд. Дар як марҳила косахонаи сар, қафаси сина, шикам, кос ва андомҳои боло ва поён тибқи протоколи вақти умумии тадқиқот аксбардори карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар 19 (37,25%) нафар беморон осебҳои пайвастаи қафаси сина (шикасти қабурғаҳо, хемо- ва пневмоторакс) бо осеби андомҳои боло (шикасти устухони бозӯ, шикасти устухонҳои банди даст), дар 11 (21,57%) нафар беморон, осеби косахонаи сар бо шикасти устухонҳои андоми поён (устухони рон ва устухонҳои сок) мушоҳида шуд. Осеби пайваста бо шикасти устухонҳои кос ва сутунмӯҳра дар 13 (25,49%) нафар ва дар 1 (1,96%) нафар беморон осеби павастаи шикам (кафидани испурҷ) бо осеби косахона ва майнаи сар, осеби павастаи шикам бо шикасти устухони рон дар 4 (7,84%) бемор, дар 1 (1,96%) нафар осеби павастаи шикам бо осеби қафаси сина (шикастани қабурғаҳо) осеби павастаи шикам ва дар 3 (5,88%) нафар бемор осеби пайвастатӣ косахона ва мағзи сар бо осеби пушидаи шикам ва шикасти устухонҳои андоми поён мушоҳида шуд.

Хулоса. Осеби пайваста одатан ҳангоми афтидан аз баландӣ ё ҳангоми ҳодисаҳои нохуши нақлиёт ба вучуд меояд. Истифодаи томографияи компютерӣ яқвактаи тамоми бадан ҳангоми осебҳои пайваста имкон медиҳад, ки дар муддати кӯтоҳ хусусият ва дараҷаи вазнинии осебҳои пайваста муайян карда шуда “Вақти тиллоӣ” самаранок истифода бурда шавад.

Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Киматов М.Р.
ФИТОТЕРАПИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СИНЕХИЙ В ПОЛОСТИ НОСА

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Оценить эффективность использования шалфея лекарственного в профилактике формирования послеоперационных синехий и восстановления функционального состояния слизистой оболочки полости носа.

Материал и методы. В исследование были включены 60 пациентов, перенёвших хирургическое вмешательство по поводу сочетанной патологии полости носа. Все пациенты были распределены на две группы. Контрольная группа (n=30) получала стандартную послеоперационную терапию, включавшую антибактериальные и противовоспалительные препараты, а также промывание полости носа изотоническим солевым раствором. Пациенты основной группы (n=30), наряду со стандартным лечением, дополнительно проводили промывание полости носа настоем шалфея лекарственного. Эффективность лечения оценивалась по нескольким критериям: частоте формирования послеоперационных синехий на 7-й, 14-й и 30-й день после операции, показателям мукоцилиарного транспорта, определяемого с помощью сахаринового теста (время клиренса мерцательного эпителия), а также по динамике местных воспалительных изменений слизистой оболочки полости носа, включая выраженность отёка и гиперемии.

Результаты исследования. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием стандартных методов медицинской статистики. Количественные показатели сравнивались с применением t-теста для независимых выборок, тогда как категориальные данные анализировались с использованием критерия χ^2 . Статистически значимыми считались различия при уровне достоверности $p < 0,05$. В результате исследования установлено, что в контрольной группе (n=30) синехии на 30-й день наблюдались у 6 пациентов (20%), тогда как в основной группе (n=30) лишь у 1 пациента (3,3%), что оказалось статистически значимым ($p = 0,032$; χ^2). Время мукоцилиарного транспорта в контрольной группе составило $19 \pm 2,5$ мин, в основной группе $14 \pm 2,1$ мин ($p < 0,001$; t-тест). Оценка отёка слизистой оболочки на 14-й день также показала более благоприятную динамику в основной группе ($1,1 \pm 0,3$ балла), по сравнению с контрольной ($1,7 \pm 0,4$ балла) при статистической значимости различий ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов основной группы наблюдалось более быстрое уменьшение отёка слизистой оболочки и восстановление мукоцилиарного транспорта. При этом побочных эффектов, связанных с применением фитопрепарата, в ходе исследования зарегистрировано не было.

Вывод. Полученные результаты показали, что местное применение шалфея лекарственного в послеоперационном периоде способствует снижению частоты формирования послеоперационных синехий, ускоряет восстановление мукоцилиарного транспорта и уменьшает выраженность воспалительных изменений слизистой оболочки полости носа. При этом побочных эффектов от применения фитопрепарата не отмечено, что свидетельствует о его эффективности и безопасности при послеоперационном ведении пациентов после ринохирургических вмешательств.

Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Шерматов З.Т.

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В РИНОХИРУРГИИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА

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

Научный руководитель – д.м.н., доцент Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Оценить эффективность персонализированной послеоперационной терапии у пациентов после ринохирургических вмешательств с учётом функционального состояния слизистой оболочки полости носа.

Материал и методы. В исследование были включены 60 пациентов, перенёсших ринохирургические вмешательства по поводу различных патологий полости носа. Все пациенты были распределены на две сопоставимые группы. В контрольную группу ($n=30$) вошли пациенты, получавшие стандартную послеоперационную терапию. Основную группу ($n=30$) составили пациенты, которым проводилась персонализированная послеоперационная терапия с учётом функционального состояния слизистой оболочки полости носа. При замедлении мукоцилиарного транспорта применялись увлажняющие растворы и препараты, стимулирующие регенерацию и активность мерцательного эпителия; при снижении pH носового секрета или выраженной гиперемии слизистой назначались мягкие противовоспалительные средства; при повышенной бактериальной колонизации проводились локальные антибактериальные аппликации. Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: восстановление мукоцилиарного транспорта, нормализация pH носового секрета, уменьшение отёка и гиперемии слизистой оболочки, а также частота развития послеоперационных осложнений, включая образование синехий и послеоперационные кровотечения.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у пациентов основной группы, получавших персонализированную послеоперационную терапию, наблюдалась более благоприятная динамика восстановления функционального состояния слизистой оболочки полости носа. В данной группе отмечалось более быстрое восстановление мукоцилиарного транспорта, что свидетельствует о нормализации функции мерцательного эпителия и улучшении процессов мукоцилиарного клиренса. Одновременно у большинства пациентов основной группы регистрировалась более ранняя нормализация pH носового секрета, что указывает на стабилизацию биохимических параметров слизистой оболочки. Кроме того, динамика локальных воспалительных изменений характеризовалась более выраженным и быстрым снижением отёка и гиперемии слизистой оболочки по сравнению с пациентами контрольной группы, получавшими стандартную терапию. Это способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода и ускорению процессов репарации тканей. Анализ частоты послеоперационных осложнений показал, что формирование синехий в полости носа значительно реже наблюдалось у пациентов основной группы, что свидетельствует о более высокой эффективности персонализированного подхода к послеоперационной терапии. В ходе наблюдения за пациентами побочные эффекты или нежелательные реакции, связанные с проводимой терапией, зарегистрированы не были.

Вывод. Результаты исследования показывают, что персонализированная послеоперационная терапия у пациентов после ринохирургических вмешательств обеспечивает более быстрое восстановление мукоцилиарного транспорта и нормализацию pH носового секрета, ускоряет снижение отёка и гиперемии слизистой, а также значительно снижает частоту послеоперационных осложнений, включая синехии. Применение схемы отличалось высокой безопасностью, побочные эффекты не выявлены. Результаты подтверждают эффективность и клиническую целесообразность персонализированного подхода.

Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Давлатов С.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НОСА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

Научный руководитель – д.м.н., доцент Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Оценить эффективность различных схем местной терапии в раннем послеоперационном периоде по восстановлению дыхательной функции носа с использованием объективных и субъективных методов контроля.

Материал и методы. Проспективное сравнительное исследование включало 90 пациентов в возрасте 18–55 лет, перенёсших септопластику, нижнюю турбинопластику или функциональную эндоскопическую синусхирургию. Пациенты были рандомизированы на три группы по 30 человек: группа I базовая терапия с ирригацией изотоническим раствором морской воды (0,9% NaCl) четыре раза в сутки; группа II комбинированная терапия, включающая ирригацию 0,9% NaCl и интраназальное применение глюкокортикостероида Мометазона фуората 200 мкг/сут (по два впрыскивания в каждый носовой ход один раз в сутки); группа III расширенная терапия, дополненная к вышеуказанным методам, получавшая репаративную терапию Декспантенолом интраназально два раза в сутки. Продолжительность терапии во всех группах составила 14 дней. Эффективность лечения оценивалась на 3-й, 7-й и 14-й сутки после операции с использованием комплексного подхода: передней активной риноманометрии для определения суммарного носового сопротивления при 150 Па, акустической ринометрии с измерением минимальной площади поперечного сечения (МСА), эндоскопической оценки степени отёка и фибринозных наложений, а также субъективной оценки носового дыхания по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка данных проводилась с применением дисперсионного анализа и t-теста Стьюдента для независимых выборок, при этом различия считались статистически значимыми при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования. На основании проведенного исследования, на 3-е сутки после операции во всех группах наблюдалось статистически значимое повышение суммарного носового сопротивления по сравнению с дооперационными показателями ($p < 0,05$). К 7-м суткам у пациентов II и III групп регистрировалось достоверное снижение носового сопротивления по сравнению с I группой ($p < 0,05$), при этом в группе III отмечалось наиболее выраженное увеличение минимальной площади поперечного сечения (МСА) по данным акустической ринометрии на 28% относительно группы I. К 14-м суткам показатели риноманометрии во II и III группах приблизились к дооперационным значениям, тогда как в I группе сохранялось статистически значимое превышение суммарного носового сопротивления ($p < 0,05$). Эндоскопическая оценка показала более быструю эпителизацию слизистой оболочки и меньшую выраженность фибриновых наложений в группе III. Субъективная оценка носового дыхания по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) хорошо коррелировала с объективными измерениями ($r = 0,64$), при этом пациенты II и III групп отмечали более раннее восстановление носового дыхания.

Вывод. Применение интраназального глюкокортикостероида мометазона фуората в раннем послеоперационном периоде ускоряет снижение отека слизистой и нормализацию носового сопротивления, а добавление репаративной терапии декспантенолом способствует более быстрой эпителизации и восстановлению морфофункции слизистой. Комплексная оценка с использованием риноманометрии, акустической ринометрии и ВАШ позволяет объективно оценивать эффективность местной терапии и оптимизировать послеоперационную реабилитацию.

Деканова Х. Ш.

ГИБРИДНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра клинических наук «Азиатский международный университет» г. Бухара Узбекистан.

Научный руководитель – помощник учителя, Талибов Ф. Ф

Цель исследования. Оценка эффективности гибридных хирургических вмешательств у пациентов с критической ишемией нижних конечностей, направленных на восстановление артериального кровотока и снижение частоты высоких ампутаций.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной многоуровневым атеросклеротическим поражением артерий. Применялись гибридные хирургические операции, сочетающие открытые вмешательства и эндоваскулярные методы реваскуляризации. Диагностика включала клиническое обследование, ультразвуковое дуплексное сканирование и ангиографию. Оценивались непосредственные и ранние послеоперационные результаты.

Результаты исследования. Применение гибридных операций позволило достичь эффективного восстановления кровотока в поражённых сегментах артерий, уменьшить болевой синдром, улучшить трофику тканей и заживление язв. Отмечено снижение частоты осложнений и ампутаций по сравнению с традиционными методами. Гибридный подход обеспечил индивидуализацию тактики хирургического вмешательства и сократил сроки госпитализации.

Выводы. Гибридные хирургические операции являются эффективным методом лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей при многоуровневом поражении артерий. Сочетание открытых и эндоваскулярных вмешательств позволяет восстановить кровоток, снизить риск осложнений и уменьшить частоту высоких ампутаций, улучшая ближайшие результаты лечения.

Джабаров С.Н., Зокиров И.А., Аскаров Ш.Т.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАДКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Аскаров А.Т

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

Материал и методы. 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. Согласно классификации, предложенной С. S. Neer (1970 г.), все пациенты разделились следующим образом: с двух фрагментарными переломами 12 пациентов (25,5%), 20 пациентов (42,6%) с трех фрагментарными переломами и 15 пациентов (31,9%) с четырех фрагментарными переломами. Пациентам молодого возраста с двух фрагментарными переломами применялись Т- и L-образные пластины. Учитывая остеопоротические изменения костной ткани, для оперативного лечения пациентов пожилого возраста с двух фрагментарными переломами использовались пластины с угловой стабильностью винтов. Тактика лечения трех-и-четырёх фрагментарных переломов также зависела от возраста и соответственно от выраженности остеопороза: пациентам трудоспособного возраста применялись накостные фиксаторы с угловой стабильностью винтов. 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 трех фрагментарными переломами в послеоперационном периоде развился асептический некроз головки плечевой кости. Оперативное лечение четырех фрагментарных переломов ПОПК в 2 случаях ослож-

нилось нарушением консолидации, в 2 случаях имел место асептический некроз головки плечевой кости. У пациентов после эндопротезирования плечевого сустава осложнений не было.

Выводы. Оперативное лечение двух фрагментарных переломов ПОПК у лиц молодого возраста может быть выполнено с помощью Т- и L-образных пластин, при трех фрагментарных переломах необходимо использовать пластины с угловой стабильностью винтов. Применение накостного остеосинтеза при лечении трех-и более фрагментарных переломов у пожилых больных и четырех фрагментарных переломов у пострадавших трудоспособного возраста приводит к большому количеству осложнений. У данной категории пациентов эндопротезирование плечевого сустава является методом выбора.

Джаборова Н.О., Абдусаматов К.А., Мусоев С.Ш.

СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Внедрение и оценка инновационной лечебной стратегии для пациентов с АВМ нижних конечностей, включающей современные эндоваскулярные технологии, склеротерапию и, при необходимости, щадящее хирургическое вмешательство.

Материал и методы. Исследование включало 16 пациентов в возрасте 6–16 лет с различной анатомией АВМ нижних конечностей. Использовались комплексная диагностика: клинический осмотр, УЗДГ, КТ- и МР-ангиография, а также 3D-моделирование сосудистой сети для индивидуального планирования вмешательств. Лечение проводилось по комбинированной стратегии с упором на минимизацию инвазивности, снижение кровопотери и сохранение функции конечности.

Результаты исследования. Индивидуализированный и технологически поддержанный подход позволил достичь уменьшения объема поражения, снижения кровотока и значительного улучшения функциональных показателей. Применение 3D-моделирования ускорило планирование вмешательств и повысило точность процедур. Рецидивы встречались минимально, демонстрируя высокую эффективность новой стратегии.

Была проведена эндоваскулярная эмболизация ветвей магистральных артерий на разных уровнях питающих мальформацию как первый этап комбинированного лечения, включающего в последующих этапах лечения склеротерапию при показании щадящего хирургического лечения. В 3-х случаях были эмболизированы ветви глубокой артерии бедра из них в одном случае еще и ветви поверхностной бедренной артерии и ветви перонеальной артерии, в качестве эмболизирующего агента использовали эмболы MERIT MEDICAL 500-710 и MERIT MEDICAL 700-900 и в другом случае Boston Scientific, Contour™ Embolization Particles 150-250 micrins, MERITMEDICAL, EmboGold MICROSPHERES 700 – 900 и эмболами Boston Scientific, Contour™ Embolization Particles 150-250 microns, MERITMEDICAL. В 3-х случаях были эмболизированы ветви подколенной артерии, из них еще в одном случае дополнительно ветви перонеальной артерии, эмболами MERITMEDICAL, EmboGold MICROSPHERES 900 – 1200 и 300-500, Boston Scientific, Contour™ Embolization Particles 150-250 micrins. В 2-х случаях эмболизированы ветви наружной подвздошной артерии слева MERIT MEDICAL EmboGold microspheres 300 – 500 и 500 – 710, MERIT MEDICAL EmboGold microspheres 710 – 900 и 900 – 1200. Еще в 2-х случаях эмболизированы ветви языковой артерии. В 1-м случае было проведено два этапа эмболизации; 1 этап эмболизация ветвей перонеальной артерии и поверхностной бедренной артерии слева MERIT MEDICAL EmboGold microspheres 300 – 500, 500 – 710 и 900 – 1200, MERIT MEDICAL EmboGold microspheres 900 – 1200: вторым этапом эмболизация ветвей внутренней подвздошной артерии слева.

Положительный результат был достигнут во всех случаях, отмечалось уменьшение отечности и размера артериовенозной мальформации и замедлялось прогрессирование болезни. Полное излечение болезни на данном этапе только эмболизацией является невозможным, тем не менее результат был оценен как положительный.

Выводы. Инновационная стратегическая концепция лечения АВМ нижних конечностей, основанная на индивидуализации терапии и сочетании малоинвазивных и хирургических методов с использованием современных технологий планирования, позволяет улучшить функциональные результаты, снизить риск осложнений и минимизировать вероятность рецидива.

Джаборова Н.О., Абдусаматов К.А., Салимов Ф.М.

ПОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЛИЦА.

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. оценить эффективность поэтапного подхода в лечении артериовенозных мальформаций лица и шеи у пациентов детского возраста.

Материал и методы. Проведено клиническое исследование с участием 10 пациентов, преимущественно детей в возрасте до 10–12 лет, с артериовенозными мальформациями лица и шеи. Диагностический алгоритм включал клинический осмотр, ультразвуковую доплерографию сосудов, а также методы лучевой диагностики (КТ- и МР-ангиография). Лечение осуществлялось поэтапно с применением эндоваскулярных методов (се-

лестивная эмболизация питающих сосудов) с последующей процедурой склеротерапии такими препаратами как этоксисклерол и блеомицин, хирургическим вмешательством либо динамическим наблюдением в зависимости от распространённости и гемодинамической активности мальформации.

Результаты исследования. Поэтапная тактика лечения позволила добиться значимого снижения патологического кровотока, уменьшения объёма поражения и минимизации интраоперационной кровопотери. У большинства пациентов отмечено улучшение функциональных и эстетических результатов, а также снижение частоты рецидивов по сравнению с одномоментным хирургическим лечением.

Всем больным была проведена эндоваскулярная эмболизация ветвей магистральных артерий на разных уровнях, питающих мальформацию. В 4-х случаях были эмболизированы ветви лицевой артерии в различных вариациях. В 2-х случаях были эмболизированы артерии губ слева. В 3-х случаях эмболизированы ветви верхнечелюстной артерии слева, а в одном случае справа. Еще в двух случаях эмболизированы ветви языковой артерии. В 3-х случаях вторым этапом были проведены склерооблитерация оставшихся гемангиоматозно расширенных вен препаратами блеомицин и этоксисклерол.

Положительный результат был достигнут во всех случаях, отмечалось уменьшение отека и размера артериовенозной мальформации и замедлялось прогрессирование болезни. Полное излечение болезни является невозможным, так оно является первым этапом лечения. Тем не менее, результат был оценен как максимально радикальный.

Выводы. Таким образом, АВ мальформации характеризуются быстрым ростом, особенно в период полового созревания. Поэтапное лечение артериовенозных мальформаций лица и шеи у детей является эффективной и безопасной стратегией, позволяющей снизить риск осложнений и улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения. Индивидуальный подход с учётом анатомических и гемодинамических особенностей АВМ является ключевым условием успешной терапии. Эндоваскулярная эмболизация питающих мальформацию артерий как первый этап комплексного лечения является методом выбора. В отличие от перевязки артерий при этом методе, остается возможность повторной эмболизации. А вторым этапом лечения является склерооблитерация по показаниям или оперативное иссечение образований.

Джалилов Ф.П., Отаев Ш.З., Валиев Б.К.

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

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

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Факиров Х.З.

Цель исследования. Оценить эффективность программной санации брюшной полости и лапаросомии с лаважем тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором в стратегии контроль 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, лапаросомия 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 контроль повреждения и контроль источника (Source Control and 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 лапаросомия 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, лапаросомия 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.

Джалилова С., Курбонова Ф., Асозода Ш.

ПРИЧИНЫ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СООТВЕТСТВЕННО КЛАССИФИКАЦИИ PALM-COEIN

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Узакова У.Д.

Цель исследования. Оценить эффективность и приемлемость в клинической практике классификации международной федерации акушеров-гинекологов аномальных маточных кровотечений (АМК).

Материал и методы. Объём исследования включал 51 пациентку, госпитализированных в гинекологическое отделение городского родильного дома №1 города Душанбе за период 2024-2025 года. Анализ структуры причин АМК был основан на классификации, предложенной международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO) PALM-COEIN (2011 и 2023гг), а именно: полип; аденомиоз; лейомиома; злокачественное новообразование и гиперплазия; коагулопатия; овуляторная дисфункция; эндометриальная; ятрогенная; и еще не классифицированная, которая учитывает структурные и функциональные причины АМК. Дизайн исследования: проспективное когортное исследование. Методы исследования включали клинико-лабораторное обследование, в том числе общий анализ крови с подсчётом тромбоцитов, ультразвуковое исследование матки и придатков, определение хорионического гонадотропина, патоморфологическое исследование эндометрия у женщин старше 40 лет.

Результаты исследования. Возраст обследованных колебался от 20 до 49 лет, медианный возраст составил 31 год (межквартильный размах: 22, 43). Типы кровотечений были статистически значимо связаны с возрастом ($p = 0,04$). Для женщин позднего репродуктивного возраста было характерно АМК, обусловленное миомой матки и аденомиоза, в 20-35 лет - овуляторная дисфункция. Самым распространенным типом у 28 (54,9%) было хроническое кровотечение продолжительностью от 8 до 24 дней. Острое АМК, которое требовало срочного вмешательства имело место в одном случае (1,96%).

АМК, обусловленные PALM, превышали АМК COEIN в 1,6 раза и составили 31 (60,8%) и 20 (39,2%) случаев соответственно. Причиной более половины кровотечений, связанных с органическим поражением (PALM), оказалась лейомиома матки, которая имела место у 13 (51,6%) из 31 пациенток, аденомиоз, подтвержденный ультразвуковым исследованием - в каждом третьем случае - 10 (32,3%). Полип эндометрия составил 19,4%; , изолированная гиперплазия эндометрия - 2 (6,5%). При патоморфологическом исследовании соскоба эндометрия у 13 (41,9%) с лейомиомой АМК сочеталась с железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия,

Среди функциональных видов кровотечений (COEIN) у двух (10%) женщин подросткового возраста (18-19 лет) кровотечение было обусловлено коагулопатией, связанной с тромбоцитопенической пурпурой. Овуляторная дисфункция имела место у 16 (80%) пациенток с синдромом поликистозных яичников, которая в 5 случаях сочеталась с субклиническим гипотиреозом. Результаты раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и матки в 5 из 17 случаев выявлена гиперплазия эндометрия. По одному случаю АМК были ассоциированы с ятрогенной причиной, при применении внутриматочной системы «Мирена», повреждением эндометрия и невыясненной этиологии.

Выводы. Таким образом, рекомендуемая FIGO классификация АМК, является простым инструментом, позволяющим структурировать и дифференцировать кровотечения, обусловленные органической патологией или дисфункцией репродуктивной системы.

Джалолов С.Р., Валиев К.К., Футуров Н.П.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССА ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Олимов Р.Х.

Цель исследования. Исследования является дифференциальная диагностика абсцесса от рака предстательной железы.

Материал и методы. Пациент 65 лет обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание, повышенным уровнем ПСА (от 15 до 20 нг/мл). Повышение температуры тела и боли в промежности не отмечал. Амбулаторное обследован урологом, по результатам ТРУЗИ установлен диагноз абсцесса предстательной железы, назначена длительная антибактериальная терапия антибиотиками фторхинолонового ряда. После лечения обратился за помощью в РНҚЦ урологии. При обследовании на МРТ малого таза определяется следующая картина: объем предстательной железы 57 см³, по дорзальной поверхности сохраняется кистозное образование размерами 55x58x55 мм, с неоднородным содержимым с эффектом седиментации, внутриматочный компонент 41x20x45 мм. При пальцевом ректальном исследовании – крупное флюктуирующее образование по задней

поверхности предстательной железы. Лабораторные даны без признаков воспаления.

Результаты исследования. Первым этапом выполнено промежностное дренирование жидкостного образования предстательной железы под УЗИ контролем при помощи пункционного набора и нефростомического дренажа Ch10. При УЗИ контроле ткань предстательной железы плохо визуализировалась, определялось множество участков деструкции, жидкостное образование выражено оттесняло предстательную железу кпереди.

При пункции получено 100 мл геморрагического содержимого, которое отправлено на цитологическое исследование и бактериальный посев. Дренаж фиксирован, оставлен на 4 суток, ежедневно по дренажу от 20 до 10 мл геморрагического отделяемого на фоне гемостатической терапии. Анемического синдрома не выявлено. В условиях стационара больной получал антибактериальную, инфузионную и спазмолитическую терапию. Вторым этапом через 10 дней выполнена промежуточная биопсия предстательной железы, в условиях онкологического центра взято 12 биоптатов. Интраоперационно жидкостное образование сохраняется, создается впечатление о деструктивном процессе в предстательной железе. При гистологическом исследовании выявлена в 5 биоптатах аденокарцинома сумма Глисона $4+3=7$, в остальных – аденоматозно-мышечная гиперплазия. При онкологическом поиске не выявлено отдаленных метастазов. Пациенту выполнено оперативное лечение в объеме радикальной простатэктомии в онкологический центр.

Выводы. В данном клиническом наблюдении представлен редкий случай крупного бессимптомного абсцесса предстательной железы, который можно ошибочно принять за распад опухоли. Наличие рака предстательной железы без признаков системного прогрессирования позволяет выполнить радикальное лечение.

Джойлов М.Р.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АМПУТАЦИОННОЙ КУЛЬТИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Набизода М.Х.

Цель исследования. Профилактика нагноения ампутационной культи у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. В основу исследования положены данные наблюдения за 476 пациентами с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета, находившимися на лечении в хирургическом отделении ГУ Городской медицинской центр №3. В изучаемую когорту вошли 260 мужчин и 216 женщин в возрасте от 32 до 72 лет. Продолжительность сахарного диабета к моменту госпитализации в отдельных случаях достигала 22 лет, что отражает хроническое, прогрессирующее течение заболевания и высокую вероятность развития тяжелых сосудистых и нейротрофических нарушений. Подавляющее большинство пациентов (96,7%) страдали сахарным диабетом 2-го типа, тогда как на долю больных с диабетом 1-го типа приходилось 3,3%.

Результаты исследования. У 17 больных по данным ультразвуковой доплерографии было подтверждено сохранение магистрального кровотока по подколенной артерии, при этом отмечалось обширное и прогрессирующее гнойно-некротическое поражение стопы с распространением процесса на голень, что исключало возможность выполнения органосохраняющих операций. В этих случаях выполнялась ампутация на уровне нижней трети бедра. Доступ осуществляли через артротомию коленного сустава с последующей экзартикуляцией на уровне коленного сустава. Проводили выделение и удаление надколенника, после чего осуществляли мобилизацию бедренной кости до нижней трети с выполнением опилов на соответствующем уровне. Формирование культи производили посредством наложения мышечно-фасциальных швов без отдельного послойного ушивания мышц, сочетая это с ушиванием кожного лоскута. Для профилактики скопления раневого отделяемого и снижения риска инфицирования под фасцию устанавливали одно активно-проточное дренирование, обеспечивающее адекватный отток и способствующее благоприятному течению послеоперационного раневого процесса. Такой модифицированный подход был направлен на оптимизацию локальных условий заживления культи при сохраненном проксимальном кровотоке и тяжелом дистальном поражении. Предложенный модифицированный способ формирования культи основан на принципиально более щадящем отношении к мягким тканям. При ушивании мышц сохраняется их адекватное кровоснабжение, что предотвращает выраженные расстройства микроциркуляции в зоне шовного ряда. Наложение швов не приводит к критическому снижению перфузии, способного спровоцировать мионекроз, несостоятельность раны и последующее нагноение культи, что является ключевым отличием от традиционных методик, сопровождающихся более грубой лигатурной компрессией тканей. В результате использование модифицированного способа формирования культи обеспечивает более быстрый и благоприятный ход раневого процесса, способствует профилактике образования гематом и гнойно-воспалительных осложнений и позволяет достигать первичного заживления ампутационной раны у 85,7% больных, что подтверждает его клиническую целесообразность и обоснованность внедрения в практику.

Выводы. Таким образом, модифицированный способ формирования культи предотвращает существенное ухудшение микроциркуляции, снижает вероятность мионекроза и гнойно-воспалительных осложнений культи. В совокупности это обеспечивает более предсказуемое, благоприятное заживление операционной раны и повышает долговременную функциональную состоятельность ампутационной культи.

Джойлов М.Р.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТИ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Набизода М.Х.

Цель исследования. Совершенствование формирования культи нижних конечностей у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. Объектом исследования послужили результаты клинического наблюдения за 476 пациентами с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета, проходившими курс лечения в хирургическом отделении ГУ «Городской медицинский центр №3». В изучаемую когорту вошли 260 мужчин и 216 женщин в возрасте от 32 до 72 лет. Продолжительность сахарного диабета к моменту госпитализации в

отдельных случаях достигала 22 лет, что отражает хроническое, прогрессирующее течение заболевания и высокую вероятность развития тяжёлых сосудистых и нейротрофических нарушений. Подавляющее большинство пациентов (96,7%) страдали сахарным диабетом 2-го типа, тогда как на долю больных с диабетом 1-го типа приходилось 3,3%. Состояние кровотока в артериях нижних конечностей контролировали по данным доплерографии. Степень и распространённость костной деструкции определяли с помощью рентгенографии, используя её как доступный и информативный метод верификации глубины поражения и уточнения уровня оптимального хирургического вмешательства. Для анализа микрогемодинамики и тканевого метаболизма проводили измерение TsrO_2 с применением аппарата ТСМ-400 фирмы «Radiometer» (Дания).

Результаты исследования. У 32 больных была выполнена ампутация на уровне $\text{n}/3$ бедра с сохранением надколенника, в связи с поражением стопы и переходом гнойно-некротического процесса на голень. Сохранённый надколенник был наложен на место опиления бедренной кости для формирования культи. Его фиксировали двумя спицами Киршнера в течение трёх недель. После фиксирования надколенника культи была сформирована путём наложения мышечно-фасциальных и кожных швов, при одном активно-проточном дренировании под фасцией. Модифицированный способ формирования культи имеет некоторые преимущества. Во-первых, при фиксации надколенника на место опиления бедренной кости, не нарушается их кровоснабжение. Во-вторых, костно-пластическая ампутация более надёжна при последующей ортопедической коррекции и при использовании протезов, а также активно-проточным дренированием под фасцией предотвращается образование гематомы и нагноения. При этом процент первичного заживления ран составляет 88,2. Модифицированный способ формирования культи на этом фоне демонстрирует ряд принципиальных преимуществ. Фиксация надколенника в зоне опиления бедренной кости при моделировании культи позволяет сохранить адекватное кровоснабжение костно-суставных и прилежащих мягких тканей, не создавая условий для выраженных ишемических нарушений. Костно-пластический вариант ампутации обеспечивает более стабильную и анатомически выгодную опорную поверхность, что повышает надёжность последующей ортопедической коррекции и эффективность использования протезов.

Выводы. Таким образом, ключевым звеном в тактике лечения больных с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы является обоснованный выбор уровня ампутации, ориентированный не только на устранение источника инфекции, но и на сохранение максимального функционального потенциала конечности. Предпочтение следует отдавать функционально-щадящим вмешательствам с сохранением надколенника, что создаёт более благоприятные условия для последующего протезирования, снижает риск повторных деструктивных изменений и рецидива патологического процесса, а также способствует значительному улучшению качества жизни пациентов.

Джумаев М.Н.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Научный руководитель – профессор Султанов Д.Д.

Целью исследования. Улучшение результатов лечения венозной трофической язвы обусловленной хронической венозной недостаточностью.

Материал и методы. Были анализированы результаты обследования и хирургического лечения 166 больных с хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей, осложнившихся трофическими язвами. Наблюдались эти больные и были оперированы в отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (РНССХ) с 2000 по 2024 гг. Этиологическими факторами трофической язвы у 68 больных явилась варикозная болезнь (ВБ), а у 98 – посттромботическая болезнь (ПТБ) нижних конечностей. Возраст больных колебался от 23 до 75 лет. Средний возраст составил $43 \pm 2,4$ года. Мужчины составили 122 (73,5%), женщины – 44 (26,5%). Длительность существования язвы варьировала от 3 недель до 3 лет.

При оценке тяжести ХВН мы в своей практике использовали клиническую классификацию CEAP. При этом все больные согласно этой классификации относились к C_5 и C_6 классам. Из них в 55 (33,1%) случаях были зажившие язвы (C_5 кл.) и в 111 (66,9%) – открытые язвы (C_6 кл.). С целью изучения венозной гемодинамики и оценки тяжести ХВН больные обследовались методами ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и дуплексного ангиосканирования (УЗДАС).

Результаты исследования. С 2003 г. нами в практику сосудистого отделения был внедрен способ операции иссечение притекающих вен под язвой, направленный на ликвидацию регионарной венозной гипертензии в тканях вокруг язвы, а также изоляцию язвы от венозных сосудов. Больные, которым была применена данная методика (108 больных), составили основную группу нашего клинического материала. Остальные 58 больных, которым были произведены различные операции без применения данной методики, составили контрольную группу.

В основную группу вошли 52 больных с ВБ и 56 с ПТБ нижних конечностей с трофическими язвами. В основной группе больных с ВБ и ПТБ были выполнены различные виды корригирующих операций с иссечением притекающих вен под язвой. В контрольную группу вошли 16 больных с ВБ и 42 – с ПТБ, которым были произведены различные корригирующие операции, но без сочетания с иссечением притекающих вен под язвой.

В отдаленном периоде в основной группе хорошие результаты с регрессом ХВН и без рецидива трофической язвы наблюдались у 102 (94,5%) из 108 больных. Удовлетворительный результат был у 4 (3,7%) и неудовлетворительный результат с рецидивом язвы – у 2 (1,8%). В контрольной группе рецидив язвы отмечался у 11

(18,9%) больных. Удовлетворительный результат с прогрессированием ХВН, но без развития язвы отмечался у 6 (10,3%) больных. Хорошие результаты отмечались у 41 (70,8%) больного.

Выводы. Таким образом, при иссечении притекающих вен под язвой достигается: ликвидация регионарной венозной гипертензии в тканях вокруг язвы; прекращение выделения плазматической жидкости из язвы; ускорение процессов регенерации язвы.

При варикозной болезни методом выбора является флебэктомия в сочетании с одним из методов диссекции перфорантных вен и иссечением притекающих вен под язвой. При этом предпочтение отдается таким операциям, как миниинвазивная технология, видеоэндоскопической диссекции перфорантных вен. При ПТБ предпочтение отдается комбинированному способу: флебэктомия голени+субфасциальная перевязка перфорантных вен по Савельеву-Константиновой+ резекция задней тиббиальной вены+иссечение притекающих вен под язвой. Предложенный нами способ иссечения притекающих вен под язвой направлено на устранение регионарной венозной гипертензии. Использование данного способа как один из компонентов комплексного хирургического лечения позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения. В основной группе нашего клинического материала применение этого способа привело к заживлению венозных трофических язв во всех случаях в относительно коротких сроках после операции.

Дивлохчиев Дж. К., Нурув Х.С., Абдусаломзода С.

СНИЖЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Назаров Х.Ш.

Цель исследования. Улучшение непосредственных послеоперационных результатов у больных с острой кишечной непроходимостью, осложнённой распространённым перитонитом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 74 больных в период с 2025 по февраль 2026 года. Мужчин было – 42 (57,1%), женщин – 27 (42,9%). Возраст больных колебался от 27 до 73 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: основную (43 больных) и контрольную (31 больных). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, исходной степени тяжести состояния, а также характеру основной и сопутствующей патологии.

Больным основной группы (n=43) в раннем послеоперационном периоде с целью патогенетического лечения через назоинтестинальный зонд (установленный интраоперационно) вводили 5% раствор энтеродеза в объёме от 150 до 250 мл. Учитывая начало дезинфекционного влияния энтеродеза (проявляется через 15–20 мин), зонд перекрывали в течение 35–40 минут, а затем аспирировали введённую жидкость. Такую процедуру повторяли до 3–5 раз в день, и по мере нормализации двигательной активности кишечника количество сеансов энтеросорбции сокращали до 1–2 раз. Разовая доза препарата составляла 5–10 г, а суточная – 20–30 г. Продолжительность лечебной процедуры составила от 3 до 5 сут. Больным контрольной группы (n=31) в раннем послеоперационном периоде проводилась обычная назоинтестинальная декомпрессия ЖКТ и инфузионная терапия.

Всем больным были проведены общеклинические, лабораторные (в том числе показатели эндогенной интоксикации) и инструментальные (ЭКГ, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ) методы диагностики. Для оценки тяжести перитонита использовали Мангеймский индекс перитонита (МИП) и индекс перитонита (ИП).

Результаты исследования. Эффективность проведённых методов лечения оценивали по результатам клинических проявлений, лабораторных показателей, а также данным УЗИ (срок появления и активность перистальтических движений, снижение выраженности пневматоза кишечника, нормализация структуры стенки кишечника, отсутствие формирования жидкостных скоплений). Анализ динамики результатов показал более раннее исчезновение патологических клинических признаков, нормализацию лабораторных показателей (в том числе более раннее снижение показателей эндогенной интоксикации), достоверное уменьшение УЗ-признаков, таких как выраженность пневматоза кишечника, уменьшение степени раздутия петли кишки и появление перистальтических волн кишечника в более раннем сроке у больных основной группы, по сравнению со сроками в контрольной группе.

Вывод. Таким образом, способ уменьшения эндогенной интоксикации путём проведения зондовой энтеросорбции у больных с острой кишечной непроходимостью, осложнённой распространённым перитонитом, позволяет несомненно улучшить процесс восстановления функционального состояния организма, тем самым способствуя снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у данного контингента больных.

Додихудоев Р.А., Холбеков А.М., Отаев Ш.З.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кафедра Хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Выявить факторы риска неблагоприятных исходов при остром деструктивном панкреатите.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 45 пациентов с острым деструктивным

панкреатитом, находившихся в стационаре в 2020–2025 гг. Критерии включения: наличие деструктивных форм панкреатита (панкреонекроз), подтвержденных данными КТ с внутривенным контрастированием (наличие нежизнеспособных участков паренхимы, забрюшинной клетчатки); возраст 18–75 лет. Критерии исключения: хронический панкреатит, посттравматический панкреатит, онкопатология, ВИЧ-инфекция.

Средний возраст пациентов – $48,3 \pm 12,5$ лет. Мужчин – 64% (29 из 45), женщин – 36% (16 из 45). Тяжесть состояния оценивали при поступлении и в динамике по шкалам APACHE II (средний балл $15,2 \pm 4,1$), SOFA ($6,5 \pm 2,3$), Ranson ($3,9 \pm 1,1$). Всем пациентам выполняли КТ с контрастированием на 3–5 сутки для оценки распространенности некроза (индекс КТ тяжести CTSI).

Хирургическое лечение: минимально инвазивные вмешательства (чрескожное дренирование, ретроперитонеоскопия) выполнены у 60% (27 из 45) пациентов, открытые операции (лапаротомия, оментобурсостомия, некрэквестрэктомия) – у 40% (18 из 45). Статистическая обработка выполнена в SPSS 26.0 с использованием логистической регрессии, ROC-анализа.

Результаты исследования. Общая летальность составила 20% (9 из 45). При инфицированном панкреонекрозе летальность достигла 36% (5 из 14), при стерильном – 13% (4 из 31) ($\chi^2=4,12$, $p=0,042$). Частота осложнений (аррозивные кровотечения, свищи, сепсис) в группе с инфицированием составила 64% (9 из 14), при стерильном течении – 32% (10 из 31) ($p=0,038$).

По данным однофакторного и многофакторного анализа, независимыми факторами риска летального исхода явились - возраст старше 60 лет (ОШ=3,82; 95% ДИ 1,45–8,67; $p=0,006$); APACHE II >15 баллов (ОШ=4,23; 95% ДИ 1,89–9,54; $p=0,001$); распространенность некроза >50% объема железы по данным КТ (ОШ=3,51; 95% ДИ 1,32–7,84; $p=0,009$); инфицирование панкреонекроза (ОШ=4,02; 95% ДИ 1,71–9,23; $p=0,001$); поздняя госпитализация (более 48 ч от начала заболевания) (ОШ=2,91; 95% ДИ 1,12–6,45; $p=0,021$); наличие полиорганной недостаточности (ПОН) при поступлении (ОШ=5,14; 95% ДИ 2,23–11,87; $p<0,001$).

Применение минимально инвазивных методов на первом этапе ассоциировалось со снижением летальности: 11% (3 из 27) против 33% (6 из 18) при открытых операциях ($p=0,029$).

Выводы. Основными независимыми факторами риска неблагоприятных исходов при остром деструктивном панкреатите являются возраст >60 лет, тяжесть состояния (APACHE II >15), распространенность некроза >50%, инфицирование, поздняя госпитализация, наличие ПОН и высокий уровень прокальцитонина. Инфицирование панкреонекроза увеличивает летальность почти в 3 раза (36% против 13%) и частоту осложнений в 2 раза. Применение минимально инвазивных методов лечения на первом этапе достоверно улучшает выживаемость по сравнению с первично открытыми операциями (летальность 11% против 33%). Разработанная прогностическая модель на основе выявленных факторов позволяет с высокой точностью (AUC=0,87) выделять группы риска и своевременно оптимизировать лечебную тактику.

Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З., Ганиев А.Э.

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.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Факиров Х.З.

Цель исследования. Оценить эффективность миниинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств в сочетании с ранним энтеральным питанием в лечении больных с тяжелым 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 тяжелый 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, объем некротического поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, а также наличие инфицированных некротических очагов. К наиболее частым осложнениям тяжелого панкреонекроза относились инфицированный панкреонекроз, парапанкреатические абсцессы, ферментативный перитонит, ретроперитонеальные флегмоны и септические осложнения. Всем пациентам проводилось комплексное лечение, включающее миниинвазивные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем для эвакуации жидкостных и гнойно-некротических скоплений. Одновременно применялось раннее энтеральное питание через назоюнальный 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 миниинвазивных 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 дина-

мика 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. Миниинвазивные 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.

Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З., Холбеков А.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУБТОТАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ХОЛЕЦИСТИТА

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Джонов Б.Н.

Цель исследования. Оценить эффективность субтотальной холецистэктомии для снижения риска повреждения внепечёночных желчных протоков у больных с тяжёлыми формами острого холецистита.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней №1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, клинической базой которой является Городская клиническая больница скорой медицинской помощи. В исследование включено 64 пациента, среди которых 37 мужчин (57,8%) и 27 женщин (42,2%), возраст от 32 до 78 лет, средний возраст 52,4±11,3 года. Степень тяжести холецистита определялась по следующим интраоперационным критериям: выраженная флегмона или гангрена стенки желчного пузыря, инфильтрация жировой клетчатки, спайки с соседними органами, утолщение стенки более 8 мм и склероз пузырного протока. Все пациенты были оперированы методом субтотальной холецистэктомии, что позволило минимизировать риск повреждения внепечёночных желчных протоков. Для сравнения, при традиционной полной холецистэктомии риск повреждения внепечёночных желчных протоков достигает 5–12%, частота осложнений (жёлчные свищи, перитонит, кровотечения) составляет 15–20%, а летальность при тяжёлых формах холецистита — 8–12%, что связано с поздним распознаванием тяжёлой формы и техническими трудностями при выделении пузырного протока. Оценивались интраоперационные и послеоперационные осложнения, восстановление функции печени и желчных протоков, показатели воспаления и интоксикации.

Результаты исследования. В ходе исследования 64 пациента с тяжёлым острым холециститом были оперированы методом субтотальной холецистэктомии. Субтотальная холецистэктомия позволила снизить риск повреждения внепечёночных желчных протоков до 1,5% и существенно уменьшила количество жёлчных свищей и послеоперационного перитонита. У 1,5% пациентов отмечено повреждение внепечёночных желчных протоков, что значительно ниже по сравнению с традиционной полной холецистэктомией (5–12%). Послеоперационные осложнения наблюдались у 6,2% пациентов и включали: локальные серозные скопления в области операционной раны (3,1%), умеренный послеоперационный перитонит (1,5%) и образование жёлчных свищей (1,5%). Средняя продолжительность восстановления функции печени составила 5–7 суток, при этом показатели билирубина, АлАТ, АсАТ и щелочной фосфатазы нормализовались к 5-м суткам после операции. Летальность в исследуемой группе составила 3,1%, что значительно ниже показателей традиционных методик (8–12%, $p<0,05$). Улучшение клинических исходов связывается с ранним устранением очага инфекции, минимизацией травмы внепечёночных желчных протоков и снижением выраженности воспалительной реакции.

Выводы. Субтотальная холецистэктомия является безопасным и эффективным методом лечения тяжёлого острого холецистита, существенно снижая риск повреждения внепечёночных желчных протоков. Метод позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений, таких как жёлчные свищи, локальные серозные скопления и послеоперационный перитонит, а также ускоряет восстановление функции печени. Снижение летальности и улучшение клинического течения делают субтотальную холецистэктомию предпочтительной стратегией при тяжёлых формах холецистита и высокой сложности анатомической ситуации.

Достиев У.А., Тагоев С.Х., Усмонов И.М.

ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС КАК ФАКТОР РИСКА ИНФЕКЦИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние пузырно-мочеточникового рефлюкса на развитие инфекций мочевыводящих путей у реципиентов почечного трансплантата.

Материал и методы. Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов трансплантации почки у 200 пациентов с хронической болезнью почек V стадии. Пациенты были разделены на две группы: в основную группу включены 98 пациентов, у которых проводилась профилактика пузырно-мочеточникового рефлюкса с применением модифицированной хирургической техники уретероцистоанастомоза, в контрольную группу вошли 102 пациента, у которых применялись стандартные методы формирования мочеточниково-

пузырного анастомоза.

В послеоперационном периоде проводилась оценка частоты инфекций мочевыводящих путей, динамики лабораторных маркеров воспаления (лейкоциты, С-реактивный белок), а также функционального состояния трансплантата по уровню креатинина крови и суточному диурезу. Диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса выполнялась с использованием ультразвуковых и рентгенологических методов исследования. Статистический анализ проводился с использованием χ^2 -критерия Пирсона и t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс диагностирован у 17,6% пациентов контрольной группы и у 8,2% пациентов основной группы ($p = 0,03$). Инфекции мочевыводящих путей наблюдались у 35,3% пациентов контрольной группы и у 19,4% пациентов основной группы ($p = 0,01$).

У пациентов с наличием рефлюкса частота инфекционных осложнений была достоверно выше и составила 46,2%, тогда как при отсутствии рефлюкса — 21,5% ($p = 0,002$). Средний уровень С-реактивного белка в группе пациентов с рефлюксом составил $44,6 \pm 13,1$ мг/л против $31,8 \pm 10,7$ мг/л у пациентов без рефлюкса ($p = 0,01$).

Также установлено, что наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса ассоциируется с повышенным риском рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей и ухудшением ранней функции трансплантата.

Выводы. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс является значимым фактором риска инфекционных осложнений после трансплантации почки. Применение усовершенствованных методов формирования уретероцистоанастомоза позволяет снизить частоту рефлюкса и уменьшить риск инфекций мочевыводящих путей у реципиентов почечного трансплантата.

Достиев У.А., Тагоев С.Х., Ашуралиев Н.К.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного подхода к профилактике возвратных инфекций мочевыводящих путей у реципиентов почечного трансплантата с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов трансплантации почки у 200 пациентов с хронической болезнью почек V стадии в исходе сахарного диабета. Пациенты были разделены на две группы. В основную группу вошли 98 пациентов, у которых применялась оптимизированная тактика профилактики инфекционных осложнений, включающая разработанные хирургические методы профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса и алгоритм диагностики источников инфекции. Контрольную группу составили 102 пациента, у которых применялись стандартные методы диагностики и лечения. У всех пациентов проводился мониторинг лабораторных маркеров воспаления (лейкоциты, С-реактивный белок, прокальцитонин), инструментальные исследования (УЗИ, КТ), а также оценка функции трансплантата по уровню креатинина крови и диурезу. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -критерия Пирсона ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Инфекции мочевыводящих путей после трансплантации почки наблюдались у 34,3% пациентов контрольной группы и у 18,4% пациентов основной группы ($p = 0,01$). Частота пузырно-мочеточникового рефлюкса составила 16,7% в контрольной группе и 7,1% в основной группе ($p = 0,03$).

Средний уровень С-реактивного белка в раннем послеоперационном периоде составил $41,8 \pm 12,6$ мг/л в контрольной группе и $29,5 \pm 10,3$ мг/л в основной группе ($p = 0,004$).

Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей в течение первого года наблюдения отмечены у 22,5% пациентов контрольной группы и у 11,2% пациентов основной группы ($p = 0,02$).

Функция трансплантата была достоверно лучше у пациентов основной группы: уровень креатинина на 30-е сутки после трансплантации составил 148 ± 36 мкмоль/л против 176 ± 42 мкмоль/л в контрольной группе ($p = 0,01$).

Выводы. Комплексный подход к профилактике инфекционных осложнений после трансплантации почки у пациентов с сахарным диабетом позволяет снизить частоту инфекций мочевыводящих путей, уменьшить риск рецидивов и улучшить функциональные результаты трансплантации. Разработанные хирургические методы и алгоритмы диагностики могут быть рекомендованы для широкого внедрения в клиническую практику.

Достиев У.А., Тагоев С.Х., Косимов И.О.

ВОЗВРАТНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЗ НАТИВНЫХ ПОЧЕК КАК ПРИЧИНА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Изучить роль нативных почек как источника возвратной инфекции у реципиентов почечного трансплантата и оценить эффективность интраоперационной диагностики для профилактики инфекционных осложнений.

Материал и методы. Проведен анализ результатов трансплантации почки у 200 пациентов с хронической болезнью почек V стадии. Основную группу составили 98 пациентов, у которых применялась усовершенствованная тактика интраоперационной диагностики возможного инфекционного очага в нативных почках с по-

следующей нефрэктомией при наличии признаков хронической инфекции. Контрольную группу составили 102 пациента, у которых выполнялась стандартная трансплантация без дополнительной оценки инфекционного риска со стороны нативных почек.

В послеоперационном периоде проводилась оценка частоты инфекций мочевыводящих путей, уровня воспалительных маркеров (лейкоциты, С-реактивный белок), а также функции трансплантата по уровню креатинина крови и суточному диурезу. Статистическая обработка данных проводилась с использованием χ^2 -критерия Пирсона и t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Возвратная инфекция из нативных почек выявлена у 21,6% пациентов контрольной группы и у 9,2% пациентов основной группы ($p = 0,01$). Частота инфекций мочевыводящих путей в течение первого года после трансплантации составила 33,3% в контрольной группе и 17,3% в основной группе ($p = 0,008$).

Средний уровень С-реактивного белка в раннем послеоперационном периоде составил $43,2 \pm 12,4$ мг/л в контрольной группе и $30,6 \pm 10,1$ мг/л в основной группе ($p = 0,005$). Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей наблюдались у 20,6% пациентов контрольной группы и у 9,2% пациентов основной группы ($p = 0,02$).

Функция трансплантата в основной группе была достоверно лучше: уровень креатинина на 30-е сутки после трансплантации составил 146 ± 34 мкмоль/л против 172 ± 41 мкмоль/л в контрольной группе ($p = 0,01$).

Выводы. Нативные почки могут являться значимым источником возвратной инфекции у реципиентов почечного трансплантата. Интраоперационная диагностика и своевременная нефрэктомия инфицированных нативных почек позволяют снизить частоту инфекционных осложнений и улучшить функциональные результаты трансплантации почки.

Достиева З.А., Салимова М.Дж., Гулов Ф.М.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Салимов Дж.С.

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 367 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.

Дустмамадова Г.С., Курбонмамад Ш.Б., Бобоева Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ
Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ХГМУ, Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Курбонзода П.К.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комплексной терапии у женщин репродуктивного возраста с диагнозом бесплодие.

Материал и методы. В исследование были включены 70 пациенток в возрасте 20–35 лет с установленным диагнозом бесплодия, которые находились под нашим наблюдением с января 2025 года по декабрь 2025 года в условиях поликлиники РКБ Дангаринского района. Всем пациенткам проводилась комплексная терапия, направленная на стимуляцию овуляции, гормональную поддержку и коррекцию витаминно-метаболических нарушений. Схема лечения включала применение кломифен-цитрата в дозе 50 мг с 5-го по 9-й день менструального цикла с целью индукции овуляции, фолиевой кислоты в дозе 400 мкг в сутки, витамина D в дозе 2000 МЕ в сутки, а также дидрогестерона (Дюфастон) с 16-го по 25-й день менструального цикла для поддержки лютеиновой фазы. Дополнительно пациенткам были рекомендованы мероприятия по модификации образа жизни, включающие нормализацию массы тела, рационализацию питания и оптимизацию физической активности. Продолжительность наблюдения и терапии составила 3–6 месяцев.

Результаты исследования. По итогам проведённого лечения у 40 пациенток (57%) отмечено восстановление овуляторного менструального цикла. У 25 пациенток (36%) наступила клинически подтверждённая беременность. У 5 пациенток (7%) выраженной положительной динамики не наблюдалось.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комплексного терапевтического подхода, включающего стимуляцию овуляции, гормональную поддержку и коррекцию витаминного статуса. Применение данной схемы лечения способствует восстановлению овуляторной функции и повышению частоты наступления беременности у женщин с бесплодием и может быть рекомендовано для широкого применения в клинической практике.

Дустмамадова Г.С., Курбонмамад Ш.Б., Бобоева Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ И ВИТАМИНА D ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ХГМУ, Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Курбонзода П.К.

Цель исследования. Оценить эффективность применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в сочетании с витамином D у пациенток с синдромом поликистозных яичников.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 100 женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом СПКЯ, которые находились под нашим наблюдением с января 2025 года по декабрь 2025 года в условиях поликлиники РКБ Дангаринского района. Всем пациенткам была назначена терапия комбинированными оральными контрацептивами в сочетании с витамином D в течение 3–6 месяцев. До и после лечения проводилась оценка клинических симптомов заболевания, регулярности менструального цикла, выраженности признаков гиперандрогенизма (акне, гирсутизм), а также ультразвуковых показателей яичников.

Результаты исследования. После проведённой терапии у большинства пациенток наблюдалась нормализация менструального цикла, снижение выраженности гиперандрогенизма и улучшение ультразвуковой картины яичников.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение комбинированных оральных контрацептивов в сочетании с витамином D является эффективным методом лечения синдрома поликистозных яичников и способствует нормализации менструальной функции и уменьшению клинических проявлений заболевания.

Ёкубжанова К.Ш., Камилов Х.М.
АКАНТАМЁБНЫЙ КЕРАТИТ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛОВУШКИ И ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра офтальмологии, Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников, Узбекистан
Научный руководитель — д.м.н., доцент Максудова Л.М.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики и лечения акантамёбного кератита с использованием современных методов визуализации и комплексной медикаментозной терапии.

Материал и методы. В Республиканскую клиническую офтальмологическую больницу города Ташкента обратилась пациентка Б.А. (№11285) 35 лет с жалобами на снижение остроты зрения, сильную боль, слезотечение, покраснение правого глаза. Из анамнеза установлено, что пациентка длительное время использовала мягкие контактные линзы (МКЛ), при этом допускала нарушения правил ухода и эксплуатации: превышала рекомендованный срок ношения, умывалась водопроводной водой, не снимая линзы, а также спала в них без соблюдения режима использования. При поступлении острота зрения OD=движение руки у лица, OS= 0,1 (sph) – 3,0 D = 1,0. Внутриглазное давление правого глаза OD/OS=19 мм.рт.ст. (по Маклакову). При биомикроскопии: OD - отёк и гиперемия век, выраженная смешанная инъеция склеры и конъюнктивы, в оптической зоне обширный инфильтрат округлой формы, белого цвета, с нечёткими контурами (Симптом «Колесо телеги»), занимающий 1/3 роговицы, до средних слоёв стромы, эпителий рыхлый, отёчный. Грубые

складки десцеметовой оболочки, веерообразно расходящиеся от зоны проекции инфильтрата. Снижение чувствительности роговицы. Передняя камера средней глубины, имеется гипопион 2 мм. Зрачок круглый, d = 3,5 мм, реакция на свет вялая. Хрусталик прозрачный. При обзорном В-сканировании ультразвуковой патологии не выявлено. С целью верификации диагноза была выполнена конфокальная микроскопия роговицы на аппарате Leica Stellaris 8 с роговичным модулем. Заключение: В субэпителиальных слоях стромы визуализируются яркие двуслойные структуры - акантамёбные цисты. По данным оптической когерентной томографии (ОКТ) толщина роговицы до 850 мкм, увеличение площади разрыхления наружных слоёв в сторону оптической зоны, деформация наружного профиля роговицы.

Результаты исследования. На основании жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра установлен следующий диагноз: OD - Язва роговицы (акантамёбный кератит), Гипопион. OU- миопия слабой степени.

Исходя из стандартов лечения, назначена консервативная терапия. Стартовая монотерапия: 0,02% бигуанид поликвад, 0,02% хлоргексидин, по 1 капле ежедневно 3-5 дней, по убывающей схеме. Лечение на 1 этапе без гормонов: -Витабакт 8 р\д, -Сигниф 4 р\д, -Диклофенак 4 р\д, -Корнерегель 4 р\д, -Пропамидин 0,1%, -Хлогексидин 0,02% , по 1 кап ежедневно 3-5 дней, -Неомицин-полимиксин В-грамидин (макситрол), -антибиотики системно. Противогрибковые: -Дифлюкан (Флуконазол) 0,2% ex-tempore 6-8 р\д инстилляцией (off-label), -Метронидазол (метрид) 100,0 1 р\д-5. Гормонов желать избегать. Отсутствуют в Узб (но очень эффективны) -Бролен (brölene) пропамидин 0,1% 4-6 р\д (в разведении с хлоргексидином), 0,15% дибромпропамидин, 0,1% гекдесомедин, -Пентамид 0,1%, -Гексамид 0,1%. Противовирусные: -Валацикловир 500 2р\д 1 мес, -Ацикловир 200 4 р\д, -Полудан курс - от 2 нед до 1,5 мес. Возможно скарификация инфильтрированного эпителия + Бетадин.

В ходе проводимого лечения у пациентки отмечена выраженная положительная динамика. Спустя один месяц была повторно выполнена оптическая когерентная томография роговицы правого глаза. По результатам исследования: толщина роговицы нормализовалась, форма приобрела сферичность, однако в оптической зоне сохраняется помутнение, затрагивающее все слои. Острота зрения правого глаза OD=составляет 0,2, без коррекции.

Выводы. Представленный клинический случай подтверждает, что поздняя диагностика связана с клиническим сходством с другими видами кератитов, что требует обязательного применения современных методов верификации, таких как конфокальная микроскопия и оптическая когерентная томография (ОКТ).

Жиеналиева А.К.

СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПОСЛЕ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ: ПАТОГЕНЕЗ, ФАКТОРЫ РИСКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра офтальмологии Казахского национального медицинского университета
имени С.Д. Асфендиярова, Казахстан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдуллина В.Р.

Цель исследования. Анализ современных данных о патогенезе, факторах риска и лечении синдрома сухого глаза после рефракционной хирургии.

Материал и методы. Проведен анализ научных публикаций, отобранных из базы данных PubMed за период 2020–2026 гг.

Результаты исследования. Синдром сухого глаза (dry eye disease, DED) является наиболее распространенным осложнением после рефракционной хирургии, особенно после LASIK. В одном из проспективных исследований после LASIK показатель OSDI увеличился с 8,54 до 15,11, а TBUT снизился с 7,82 с до 5,34 с, что свидетельствует о нарушении стабильности слезной пленки в раннем послеоперационном периоде.

Сравнительные исследования показали, что выраженность DED через 6 месяцев выше после LASIK по сравнению с PRK и LASEK. К факторам риска относятся женский пол и высокая степень миопической коррекции.

Патогенез связан с повреждением корнеальных нервов, нарушением корнеолакримального рефлекса и снижением слезопродукции, что приводит к гиперосмолярности слезной пленки и воспалительным изменениям глазной поверхности. Из-за многофакторной природы заболевания субъективные симптомы и объективные признаки часто не совпадают, что требует комплексной диагностики.

Долгосрочные наблюдения показали, что признаки нестабильности слезной пленки могут сохраняться длительное время после операции. Через 5–15 лет после лазерной коррекции гиперосмолярность слезы выявлялась чаще, чем в контрольной группе (73% против 50%), несмотря на слабую субъективную симптоматику.

Современные методы лечения включают применение искусственных слез, препаратов гиалуроновой кислоты и 3% дикауфосола натрия, способствующих улучшению стабильности слезной пленки.

Выводы. Синдром сухого глаза является частым осложнением после рефракционной хирургии и связан с повреждением корнеальных нервов и нарушением слезопродукции. Более высокая частота наблюдается после LASIK, а факторами риска являются женский пол и высокая степень миопической коррекции. Понимание патогенеза заболевания важно для ранней диагностики и оптимизации послеоперационного ведения пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель-к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности видеолaparоскопических и традиционных хирургических вмешательств при эхинококкозе печени и сочетанных поражениях органов брюшной полости.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 224 пациентов. Контингент больных характеризовался высокой социальной активностью: 81,3% составили лица трудоспособного возраста. Диагностический алгоритм базировался на УЗИ (информативность-97,1%), дополненном КТ и МРТ в 14,3% случаев для прецизионной топической диагностики. Размеры кист варьировали в широком диапазоне- от 3,0 до 27,0 см. Локализация в правой доле отмечена у 63,0%, в левой -у 37,0%. Трудные для визуализации и доступа сегменты (I и VII) были поражены у 30,3% больных. У 9,4% пациентов диагностировано двухдолевое поражение, а у 8,0%- сочетанный эхинококкоз печени и других органов брюшной полости. Осложненные формы заболевания зафиксированы в 4,0% наблюдений.

Результаты исследования. Традиционный доступ (67,8%): Выполнялись открытая эхинококкэктомия (31,7%-с оставлением полости, 12,5%-закрытый вариант), перицистэктомия (8,0%) и «идеальная» эхинококкэктомия (8,6%). При обширных поражениях реализованы атипичные резекции (4,6%) и правосторонняя гемигепатэктомия (3,2%). Симультанные операции на органах брюшной полости проведены у 6,6% пациентов. Послеоперационная летальность составила 0,6%, средний койко-день-13±3.

Лапароскопические технологии применены в 32,1% случаев. Видеолaparоскопическая эхинококкэктомия реализована в различных модификациях: открытая (со вскрытием полости)-54,2%, закрытая-20,8%, перицистэктомия-6,9%. Особую ценность представляет «идеальная» лапароскопическая эхинококкэктомия (без вскрытия хитиновой оболочки), выполненная в 4,2% случаев.

В группе миниинвазивных вмешательств осложнения и летальные исходы отсутствовали. Выявлено достоверное сокращение периода госпитализации до 7 ± 2 суток ($p < 0,05$).

Выводы. Использование видеолaparоскопических технологий является эффективной и безопасной альтернативой традиционной хирургии при эхинококкозе печени, в том числе при поражении труднодоступных сегментов. Ключевыми преимуществами метода являются снижение операционной травмы, минимизация специфических осложнений, сокращение сроков стационарного лечения и ускоренная социально-трудовая реабилитация пациентов.

Зиёева М.С., Шарипов А.В., Неманова Ф.С.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИРОВАНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» МЗСЗН РТ
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарипов В.Ш.

Цель исследования. Оценка комплексной лучевой диагностики в распознавании и стадировании рака желудка.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 124 больных раком желудка, у которых были выполнены эндоскопические, рентгенологические и КТ-исследования с целью как первичной диагностики рака желудка, так и установления стадии процесса, находившихся на лечении в период с 2020 по 2025 г. Среди пациентов было 56(45%) мужчин и 68 (55%) женщин. Возраст пациентов варьировал от 31 года до 87 лет, составляя в среднем $62,5 \pm 10,3$ года.

Результаты исследования. комплексного обследования больных раком желудка позволили стадировать процесс. I стадия (T1N0M0) была установлена у 10 (13,0%) больных, II (T2–3N0M0) – у 46 (37,1%), III (T1–3N1–2M0; T4N0M0) – у 43 (34,6%), IV (T1– 3N3M0; T4N1–3M1) – у 25 (20,1%). Из 124 больных раком желудка в последующем были выполнены различные виды вмешательств у 104 (83%): гастрэктомия – у 55 (44,3%) больного, субтотальная проксимальная резекция желудка – у 19 (15,3%), субтотальная дистальная резекция желудка – у 12 (9,6%), паллиативная гастрэктомия – у 8 (3%), наложение гастроэнтероанастомоза – у 4 (3,2%), гастростомия – у 1 (0,8%), установка пищевода стента – у 3 (2,4%), пилорoduоденального стента – у 1 (0,8%), эксплоративная лапаротомия – у 1 (0,8%). Химиотерапия, как самостоятельный вид лечения, выполнялась у 16 (12,9%); отказались от какого-либо лечения 4 (3,2%) больных. Во всех случаях благодаря рентгенологическому методу, методам компьютерной диагностики и эндоскопии нам удалось точно диагностировать рак желудка, его локализацию и распространение по стенкам, установить переход на абдоминальный отдел пищевода. Конечно, сегодня этого недостаточно для полного и всестороннего представления о поражении, для выбора вида и объема оперативного вмешательства. Поэтому мы во всех случаях при установленном раке желудка обязательно выполняем КТ. Это позволяет проследить распространение опухоли за пределы органа. При этом можно точно установить инфильтрацию окружающих тканей, прорастание в печень, поджелудочную железу, наличие увеличенных регионарных единичных и конгломераты лимфатических узлов, метастазы в печень. Полученные данные позволили четко стадировать процесс рака желудка еще до операции.

Выводы. Только в комбинации всех существующих методов с учетом их возможностей и ограничений в зависимости от задачи исследования можно добиться наибольшего диагностического успеха. Не менее важное значение имеет правильное классическое выполнение рентгенологического исследования желудка. Всякие не-

обоснованные “вольности” в методическом исполнении исследования могут обернуться диагностическими ошибками как в сторону недооценки полученных результатов, так и, наоборот, привести к гипердиагностике.

Зиёзода М.Р., Фуркатзод Ф., Назарзода Н.Х.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИОД-ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНО БОЛЯЩЕЙ ГЛАУКОМОЙ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – зав кафедрой, к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Изучить эффективность снижения уровня болевого синдрома у больных с терминальной болящей глаукомой после проведения трансклеральной диод-лазерной циклофотокоагуляции.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в условиях взрослых глазных отделений ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» находились 64 больных (66 глаз). Мужчин было – 59,1% (39), женщин – 40,9% (27). Средний возраст колебался от 19 до 80 лет, в среднем $59,9 \pm 15,6$. Городских жителей было 51,5% (34), жителей села было 48,5% (32).

Опрос больных проводился в день поступления и через 1 месяц после операции.

Для оценки интенсивности боли был использован опросник «визуально-аналоговая шкала» – ВАШ, так как она наиболее распространена среди методик оценки болевого синдрома. Для оценки болевых ощущений пациенту предлагалась шкала с градуировкой от 0 до 10. Пациент отмечал цифру, которая, по его мнению, наиболее соответствовала силе испытываемого им болевого ощущения (6,7,8). При анализе выраженности боли была принята следующая градация степеней тяжести боли - слабая боль: 1-4 балла, умеренная (5-6 баллов), сильная боль (7-10 баллов).

1. Как бы Вы оценили интенсивность боли, которую испытываете сейчас, в настоящий момент? (пациент в шкале от 0 до 10 отмечал ту цифру, которая, по его мнению, наиболее соответствовал силе испытываемого им болевого ощущения).

2. Как бы Вы оценили интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние 2 недели? (пациент в шкале от 0 до 10 отмечал ту цифру, которая, по его мнению, наиболее соответствовала силе испытываемого им болевого ощущения).

3. В среднем, насколько сильной была боль в течение последних 2-х недель (пациент в шкале от 0 до 10 отмечал ту цифру, которая, по его мнению, наиболее соответствовала силе испытываемого им болевого ощущения).

Результаты исследования. На первый вопрос 30,3% (20) пациентов оценили болевой синдром на 7 баллов, 42,4% (28) больных отметили цифру 8, а у 25,8% (17) больных болевой синдром оценивался на 9 баллов и у 1,5% (1) больных интенсивность болевого синдрома оценивалась на 10 баллов. В среднем интенсивность болевого ощущения составила 7,98 балла, варьируя от 7 до 10 баллов. На второй вопрос все больные (100%) оценили интенсивность болевого синдрома на 10 баллов (в среднем 10 баллов). На третий вопрос у 34,9% (23) больных болевой синдром оценивался на 8 баллов, у 63,6% (42) больных на 9 баллов и у 1,5% (1) больных на 10 баллов. В среднем интенсивность болевого ощущения составила 8,67 балла, варьируя от 8 до 10 баллов.

Через 1 месяц после операции мы повторили процедуру для каждого больного. Каждого больного опросили, согласно опроснику, ВАШ. На первый вопрос 78,8% (52) пациентов оценили болевой синдром на 0 баллов, т.е. болевой синдром отсутствовал полностью, 15,2% (10) больных отметили цифру 1, и 6,1% (4) больных отметили цифру 2, что является показателем слабого болевого синдрома. В среднем интенсивность болевого ощущения составила 0,3 балла. На второй вопрос 89,4% (59) больных отметили цифру 1 и 10,6% (7) больных отметили цифру 2, что является показателем слабого болевого синдрома. В среднем интенсивность болевого ощущения составила 1,1 балла. На третий вопрос у 95,5% (63) больных болевой синдром оценивался на 0 баллов, и у 4,5% (3) больных на 1 балл. В среднем интенсивность болевого ощущения составила 0,05 балла, т.е. в среднем болевой синдром полностью был купирован у всех больных.

Выводы. Таким образом, ТС ДЛ ЦФК снижает уровень ВГД и снимает болевой синдром у больных с терминально болящей глаукомой, что позволяет использовать его в практическом здравоохранении.

Зоирова Г.Х., Пирова С.К., Курбонмамад Ш.Б.
ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ХГМУ, Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., Шокири У.Г.

Цель исследования. Проанализировать частоту, структуру, исход и основные факторы риска преждевременных родов.

Материал и методы. На базе Республиканской клинической больницы района Дангара был проведён ретроспективный анализ 2901 истории родов за 2025 год, из которых 104 (5,8%) завершились преждевременно (до срока 37 полных недель). Проанализированы акушерский анамнез, структура по срокам гестации, ведущие причины преждевременных родов, оценка по шкале Апгар и возраст рожениц.

Результаты исследования. Общая частота преждевременных родов составила 104/2901 что не превышает средние популяционные показатели (5-10% по данным ВОЗ). Возраст женщин варьировал от 20 до 39 лет. По срокам гестации: очень ранние преждевременные роды (22 - 27недель) – 7 (6,7% от всех ПР) случаев, ранние преждевременные роды (28-33недели) – 32 (30,7%) случая, поздние преждевременные роды (34-36недель) – 65(62,5%) случаев. Ведущие причины преждевременных родов: инфекции и воспаление: инфекции мочеполовых путей и инфекции половых путей – отмечены у 28 женщин (27%), многоплодная беременность – у 13 жен-

щин (12,5%), отягощенный акушерский анамнез – у 26 женщин (25%), истмико-цервикальная недостаточность – у 37 женщин (35,5%). Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар: 7/10 баллов – 51 (49%) новорожденный, 4/6 баллов – 42 (40,3%) новорожденных, 0/3 баллов – 11 (10,5%) новорожденных.

Выводы. Соответствие общей частоты преждевременных родов средним значениям в сочетании с преобладанием поздних преждевременных родов и рождением большинства детей в удовлетворительном состоянии подтверждает эффективную организацию акушерской службы. Вместе с тем доля новорожденных в тяжёлом состоянии указывает на необходимость дальнейшего развития профилактических программ и укрепления системы интенсивной помощи детям группы высокого риска.

Зокиров И.А, Махмадалиев С.Ш, Аскарров Ш.Т

НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЗАДНЕГО КРАЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Аскарров А.Т

Цель исследования. Оценка хирургической тактики, применяемой в НМЦРТ «Шифобахш» у пострадавших с переломами заднего края вертлужной впадины.

Материал и методы. За период с 2005 по 2026 год в НМЦРТ «Шифобахш» было пролечено 43 пациента с переломами заднего края вертлужной впадины, где 83,7% (n=36) из них выполнили хирургическое лечение. Средний возраст пострадавших составил 50 лет. Пострадавшим с сопутствующим вывихом бедра выполняли экстренное вправление вывиха и последующим скелетным вытяжением за нижнюю конечность при наличии повторяющихся релюксаций n=3 (8,3%). На реанимационном этапе при сложных переломах вертлужной впадины со смещением, для предотвращения повреждения суставного хряща головки бедра выполняли стабилизацию в аппарате наружной фиксации. Для диагностики проводились рентгенологические исследования в 2 проекциях и КТ. Показаниями для оперативного лечения являлись переломы со смещением более 5 мм n=36 (100%), сохраняющийся подвывих головки бедра n=30 (83,3%), наличие внутрисуставных отломков n=9 (25%), переломы головки бедра n=6 (16,7%), наличие значительного импрессионного участка суставной поверхности вертлужной впадины n=5 (13,9%) у пациентов на профильном клиническом этапе в стабильном состоянии. Применяли доступы Kocher-Langenbeck n=28 (77,8%) и Gibson n=8 (22,2%). На выбор хирургического доступа по Gibson влияла необходимость

применения хирургического вывиха бедра и высокий перелом заднего края. Во всех других случаях применяли доступ Kocher-Langenbeck. Остеосинтез головки бедра выполняли компрессирующими винтами; заднего края вертлужной впадины – стягивающими винтами и нейтрализующей тазовой пластиной. Признаком сохранения кровоснабжения головки бедра служило наличие кровотечения из выполненного сверлом отверстия на уровне перехода хряща в кость. При мелких фрагментах края впадины

применяли технику «spring plate» n=4 (11,1%), при многооскольчатом переломе заднего края применили комбинацию пластин для пяточной кости и тазовую пластину n=1 (2,8%). Оценивали исходы лечения по шкале Majeed, качество репозиции по критерию Matta, количество и характер осложнений.

Результаты исследования. Хорошие функциональные результаты получены у 74% (n=26) пациентов по шкале Majeed. Качество репозиции по критериям Matta: «отлично» у 33 пациентов, «удовлетворительно» у 2 пациентов, «неудовлетворительно» у 1 пациентов. Средний срок перед операцией составил 7,10 дней, интраоперационная кровопотеря составила 200 мл. Осложнения: глубокая инфекция в области операции n=2 (5,6%), которая потребовала удаления фиксаторов и дренирования ран; пролежни – n=1 (2,8%); нейропатия седалищного нерва n=1 (2,8%); тромбоз глубоких вен нижних конечностей n=15 (41,7%).

Вывод. Раннее оперативное лечение переломов заднего края вертлужной впадины позволяет восстановить конгруэнтность тазобедренного сустава у 92% пациентов. Применение техники хирургического вывиха бедра позволяет выполнить остеосинтез головки бедра, удалить внутрисуставные отломки без риска нарушения кровоснабжения. Использование комбинации имплантатов для остеосинтеза многооскольчатых переломов задней стенки вертлужной впадины (сетчатая и стандартная пластины) позволяет избежать первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов молодого возраста. Принятая хирургическая тактика обеспечила хороший функциональный результат.

Зохир Нариман, Сайвалиева Ш.М.

НАҚШИ ТАҒЙИРОТИ МОРФОЛОҒИ ВА ФУНКЦИОНАЛИИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ЗАНОНИ ДОРОИ ВАЙРОНШАВИИ ДАВРАИ ҲАЙЗ

Кафедраи акушери ва гинекологи №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

Роҳбари илми: н.и.т. Қозидавлатзода Б.

Ҳадафи таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, колпоскопӣ, цитологӣ ва гормоналии гарданаки бачадон дар занони дорои вайроншавии давраи ҳайз.

Мавод ва усулҳо. Таҷқиқот дар асоси муоинаи клиникӣ, колпоскопия, Пап-тест ва таҳлили профили гормонҳои гузаронида шуд. Беморон вобаста ба навъи вайроншавии давра (олигоменорея, аменорея, меноррагия) ба гурӯҳҳо ҷудо карда шуданд. Маълумот бо истифода аз усулҳои таҳлили омӯри арзёбии гардид.

Натиҷаҳо. Дар раванди таҳқиқот як қатор тағйироти клиникӣ ва морфологӣ муайян гардиданд. Тағйироти колпоскопӣ: Дар аксари беморон эктопияи эпителий, минтақаҳои трансформатсионӣ бо васеъшавии рағҳо ва эпителияи метаплазӣ мушоҳида шуданд. Дар олигоменорея камшавии секретсия ва хушкшавии луобпарда ба назар расид, дар меноррагия бошад гиперемия ва осебпазирии эпителий зиёд буд.

Натиҷаҳои цитологӣ: Тағйироти реактивӣ ва илтиҳобӣ бештар ба қайд гирифта шуданд. Дар баъзе ҳолатҳо нишонаҳои ASC-US ва LSIL муайян гардиданд, ки бо дисбаланси гормоналӣ алоқаманд буданд.

Профили гормоналӣ: Дар аменорея ва олигоменорея пастшавии сатҳи эстроген ва прогестерон боиси тунукшавии эпителий гардид. Дар меноррагия сатҳи баландтари эстроген бо гиперплазияи эпителий ва афзоиши секретсия ҳамроҳ буд.

Хусусиятҳои клиникӣ: Ихроҷи ғайримуқаррарӣ, дарди қисми поёнии шикам ва аломатҳои илтиҳоби музмин дар қисми беморон мушоҳида гардид.

Арзёбии оморӣ: Робитаи назаррас байни навъи вайроншавии давраи ҳайз ва дараҷаи тағйироти гарданаки бачадон муайян шуд ($p < 0.05$).

Хулоса. Вайроншавии давраи ҳайз бо тағйироти сохторӣ ва функционалӣ дар гарданаки бачадон алоқаманд мебошад. Назорати мунтазами колпоскопӣ ва цитологӣ дар ин гурӯҳи занон барои пешгирии равандҳои патологӣ аҳамияти муҳим дорад.

Зугуров А.Х.1,2, Ёров Ш.С.2, Рачабов Д.Р.1

ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА – НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

¹ ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

² ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова. Таджикистан

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Гоибзода А.Д.

Цель исследования. Оценить эффективность имплантации каво-фильтра у пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей для профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Материал и методы. В отделение сосудистой хирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» в период с 2024 по 2025 гг. в экстренном порядке поступили 17 пациентов с острыми тромбозами глубоких подкожных вен с явными признаками угрожающей тромбоэмболии легочной артерии. Мужчин было 6 (35,3%), женщин – 11 (64,7%). Правостороннее поражение наблюдалось в 5 (29,4%) случаях, левостороннее – в 12 (70,6%). По данным цветового дуплексного сканирования флотирующие тромбы выявлены у 14 (82,4%) пациентов, пристеночные – у 3 (17,6%). У 5 (29,4%) больных при поступлении уже был острый эпизод ТЭЛА, при этом в 3 (17,6%) случаях имелись в анамнезе. Всем пациентам в обязательном порядке выполнены Эхо-КГ, рентгенологическое исследование, КТ легких и исследование коагуляционного состояния крови.

Показаниями к имплантации каво-фильтра являлись: наличие флотирующего тромба в системе нижней полой вены, перенесённые в анамнезе ТЭЛА, высокий риск эмболизации, связанный с наличием сопутствующих заболеваний и наличие противопоказаний к тромболитической терапии.

Имплантация каво-фильтра выполнялась эндоваскулярным методом под рентгенологическим контролем через бедренный или яремный венозный доступ. Перед операцией всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями, а также динамическим ультразвуковым контролем состояния венозного русла.

Результаты исследования. Технический успех имплантации каво-фильтра достигнут во всех 17 (100%) случаях. Интраоперационных осложнений не отмечено. В раннем послеоперационном периоде признаков повторной ТЭЛА зарегистрировано не было.

По данным контрольного ультразвукового исследования прогрессирования тромботического процесса и миграции тромба выше уровня установленного фильтра не выявлено. У 2 (11,8%) пациентов отмечались умеренные местные гематомы в области пункции, которые были купированы консервативно. Летальных исходов среди пациентов не зарегистрировано.

Выводы. Имплантация каво-фильтра является эффективным и безопасным методом профилактики ТЭЛА у пациентов с острыми ТГВ НК и сопровождающийся высоким риском развития тромбоэмболии легочной артерии. Несмотря на дороговизну этих устройств они являются доступным и число применения их с каждым годом увеличивается. Практически полное отсутствие интра- и послеоперационных осложнений позволяет рекомендовать его к широкому применению.

Зохидова Ш.У., Мамадова М.Ш., Собирова С.У.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЁННОЙ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

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

Научный руководитель – ассистент кафедры, к.м.н., Каримзода У.А.

Цель исследования. Оценить клинические и перинатальные исходы у беременных с тяжёлой преэклампсией, осложнённой родовым разрывом плодных оболочек.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 164 беременных с тяжёлой преэклампсией. Основную группу составили 94 беременных с тяжёлой преэклампсией в сочетании с родовым разрывом плодных оболочек, группу сравнения составили 70 беременных с тяжёлой преэклампсией без родового излития околоплодных вод, родоразрешённых в ГУ Городской родильный дом №1 г. Душанбе. Оценивались сроки родоразрешения, способ родоразрешения, частота осложнений, состояние плода и новорождённого. Статистическая обработка проведена с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Возраст обследованных колебался от 18 до 44 лет и в среднем составил $25,5 \pm 5,2$ и $24,4 \pm 5,8$ лет. Удельный вес первородящих и повторнородящих в исследуемых группах не отличался. Проведенный анализ показал, что беременные с тяжёлой преэклампсией, осложнённой дородовым разрывом плодных оболочек, имели более тяжёлое течение беременности и родов по сравнению с группой с изолированной тяжёлой преэклампсией. Преждевременные роды отмечались у 33% женщин основной группы, что на 3% превышало показатель группы сравнения (30%). Вагинальным путём родоразрешены в основной группе 72,3%, частота кесарева сечения составила 27,7%, тогда как в группе сравнения эти показатели достигали 82,9% и 17,7% соответственно. Такие осложнения как HELLP-синдром, острое повреждение почек и отёк лёгких были зарегистрированы у 9,7% основной группы и 7,3% женщин группы сравнения. Гипотонические кровотечения в послеродовом периоде в 2 раза чаще наблюдалось у женщин основной группы, чем у родильниц группы сравнения (5,3% и 2,6% соответственно). Новорождённые из группы женщин с тяжёлой преэклампсией и дородовым разрывом плодных оболочек с асфиксией тяжёлой степени родились 3,8% детей, а в группе сравнения тяжёлая асфиксия наблюдалась в 2,9% случаев. Что касается состояния плода, задержка роста плода диагностирована у 36,2% беременных основной группы против 30% в группе сравнения.

Выводы. Таким образом, тяжёлая преэклампсия в сочетании с дородовым разрывом плодных оболочек является важным неблагоприятным прогностическим фактором, ухудшающим клинические и перинатальные исходы. Дородовый разрыв плодных оболочек при тяжёлой преэклампсии достоверно увеличивает частоту преждевременных родов и необходимость проведения кесарева сечения. Новорождённые от матерей с тяжёлой преэклампсией в сочетании с дородовым разрывом плодных оболочек чаще имеют признаки асфиксии и задержку развития плода.

Зуфарова Л.У., Нортोजиева Д.М.

TORCH-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ: ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан
кафедра «Аллергология, клиническая иммунология, микробиология»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Хаджаева Д.Х.

Цель исследования. Изучить распространённость TORCH-инфекций среди беременных женщин и определить их влияние на течение беременности и развитие плода.

Материал и методы. Исследование выполнено на основе анализа учебной и научной литературы по микробиологии, инфекционным болезням и дерматовенерологии. В качестве материалов использовались: учебники и руководства по медицинской микробиологии; клинические рекомендации; обзорные научные публикации. Применялись методы анализа, сравнения и систематизации информации, позволяющие обобщить данные о возбудителе сифилиса, путях его передачи и методах лечения.

Результаты исследования. Применение молекулярно-генетических методов, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР), позволяет с высокой точностью выявлять генетический материал вирусных и паразитарных агентов, входящих в TORCH-комплекс. Эти патогены способны проникать через плацентарный барьер и оказывать тератогенное воздействие на плод, особенно в ранние сроки беременности, когда формируются жизненно важные органы. Первичное инфицирование TORCH-инфекциями может привести к серьёзным внутриутробным нарушениям, включая поражения центральной нервной системы, органов зрения и слуха, а также к задержке роста и врождённым порокам развития. Наиболее клинически значимыми возбудителями являются: *Toxoplasma gondii* — ассоциирован с гидроцефалией, хориорегинитом и кальцинатами в мозге. Цитомегаловирус (ЦМВ) — вызывает микроцефалию, глухоту и задержку психомоторного развития. Вирус краснухи — способен провоцировать пороки сердца, катаракту и сенсоневральную тугоухость. Вирус простого герпеса (ВПГ) — особенно опасен при рецидивах в родах, может привести к генерализованной инфекции у новорождённого.

Выводы. Таким образом, комплексное изучение TORCH-инфекций у беременных женщин способствует совершенствованию подходов к ранней диагностике и профилактике внутриутробных осложнений. Применение современных методов, таких как ПЦР и серологический скрининг, позволяет своевременно выявлять потенциально опасные патогены и снижать риск тяжёлых врождённых патологий. Профилактические меры, включая вакцинацию против краснухи и информирование женщин о путях передачи токсоплазмоза и ЦМВ, уже доказали свою эффективность в улучшении перинатальных исходов.

Ибадулаева В.Р., Сабзалиева Ш.У., Рашидзода Ф.Р.

ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель, к.м.н. Каримов М.Б.

Цель исследования. Определить распространённость диабетической ретинопатии и её связь с длительностью сахарного диабета 1 и 2 типов у взрослых.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 371 медицинской карты пациентов с сахарным диабетом, наблюдавшихся в Республиканском эндокринологическом диспансере г. Душанбе в период 2014-2016 гг. Среди обследованных 78 пациентов (21,0%) страдали сахарным диабетом 1 типа, 293 пациента (79,0%) – сахарным диабетом 2 типа. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию и офтальмоскопию после медикаментозного расширения зрачка. Диагноз диабетической ретинопатии устанавливался на основании характерных офтальмоскопических признаков по-

поражения сетчатки. Дополнительно анализировалась связь между наличием ретинопатии, длительностью сахарного диабета и сопутствующими микрососудистыми осложнениями. При анализе медицинской документации учитывались демографические данные пациентов, тип сахарного диабета, длительность заболевания, а также наличие сопутствующих осложнений. Оценивались характерные офтальмоскопические признаки поражения сетчатки, включая микроаневризмы, геморрагии, экссудативные изменения и признаки неоваскуляризации. В зависимости от выявленных изменений определялась форма диабетической ретинопатии.

Результаты исследования. Анализ медицинской документации показал, что признаки диабетической ретинопатии выявлены у 46,15% пациентов с сахарным диабетом 1 типа и у 74,73% пациентов с сахарным диабетом 2 типа. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа распространённость ретинопатии зависела от длительности заболевания. Так, при стаже заболевания менее 10 лет частота диабетической ретинопатии составляла 30,71%, тогда как при длительности сахарного диабета 10 лет и более данный показатель увеличивался до 44,02%. Пролиферативные формы заболевания также чаще выявлялись при длительном течении сахарного диабета 2 типа – 4,43% случаев против 0,68% при меньшей продолжительности заболевания. Кроме того, у пациентов с диабетической ретинопатией чаще регистрировались сопутствующие микрососудистые осложнения, включая диабетическую нефропатию и диабетическую нейропатию, а также артериальную гипертензию. Это подтверждает системный характер сосудистых нарушений при сахарном диабете и их значимое влияние на развитие поражений органа зрения. Следует отметить, что у пациентов с более длительным течением заболевания также наблюдалась тенденция к более выраженным изменениям сосудов сетчатки и увеличению частоты пролиферативных форм ретинопатии. Подобная динамика указывает на прогрессирующий характер поражения микроциркуляторного русла при хронической гипергликемии. Полученные данные согласуются с результатами других эпидемиологических исследований, свидетельствующих о прямой зависимости частоты диабетической ретинопатии от длительности и тяжести сахарного диабета.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространённости диабетической ретинопатии среди взрослых пациентов с сахарным диабетом в Республике Таджикистан, особенно при сахарном диабете 2 типа. Установлено, что частота и тяжесть поражения сетчатки значительно увеличиваются по мере увеличения длительности заболевания. Выявленная зависимость подчёркивает необходимость регулярного офтальмологического скрининга пациентов с сахарным диабетом, раннего выявления изменений сетчатки и своевременного проведения профилактических и лечебных мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования диабетической ретинопатии и сохранение зрительных функций.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И СТРУКТУРА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ У ВЗРОСЛЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель Каримов М.Б.

Цель исследования. Определить распространённость диабетической ретинопатии и её связь с длительностью сахарного диабета 1 и 2 типов у взрослых пациентов.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 371 медицинской карты пациентов с сахарным диабетом, наблюдавшихся в Республиканском эндокринологическом диспансере г. Душанбе в период 2014–2016 гг. Среди обследованных 78 пациентов (21,0%) страдали сахарным диабетом 1 типа, 293 пациента (79,0%) — сахарным диабетом 2 типа. Всем пациентам проводилось офтальмологическое обследование, включавшее визометрию и офтальмоскопию после медикаментозного расширения зрачка. Диагноз диабетической ретинопатии устанавливался на основании клинических офтальмоскопических признаков. Анализировалась связь между наличием ретинопатии, длительностью сахарного диабета и сопутствующими осложнениями.

Результаты исследования. По результатам анализа медицинской документации признаки диабетической ретинопатии выявлены у 46,15% пациентов с сахарным диабетом 1 типа и у 74,73% пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

У пациентов с сахарным диабетом 2 типа распространённость диабетической ретинопатии зависела от длительности заболевания. Так, при стаже заболевания менее 10 лет частота ДР составляла 30,71%, тогда как при длительности диабета 10 лет и более данный показатель увеличивался до 44,02%. Пролiferативные формы заболевания также чаще выявлялись при длительном течении сахарного диабета 2 типа — 4,43% случаев против 0,68% при меньшей продолжительности болезни. Кроме того, у пациентов с диабетической ретинопатией чаще наблюдались сопутствующие микрососудистые осложнения, такие как диабетическая нефропатия и нейропатия, а также артериальная гипертензия, что подтверждает системный характер сосудистых нарушений при сахарном диабете.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространённости диабетической ретинопатии среди взрослых пациентов с сахарным диабетом в Республике Таджикистан, особенно при диабете 2 типа. Установлено, что частота и тяжесть поражений сетчатки значительно увеличиваются по мере увеличения длительности заболевания. Полученные данные подчёркивают необходимость регулярного офтальмологического скрининга пациентов с сахарным диабетом, что позволяет своевременно выявлять патологические изменения сетчатки и предотвращать прогрессирование заболевания.

БИОМАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Рахимова З.И.

Цель исследования. Проанализировать современные клинические и молекулярные биомаркеры, связанные с прогрессированием диабетической ретинопатии, и оценить их диагностическое значение.

Материал и методы. Проведён анализ научных публикаций за период 2020–2025 гг., представленных в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, eLIBRARY и CyberLeninka. В обзор были включены клинические исследования, систематические обзоры и мета-анализы, посвящённые современным методам диагностики диабетической ретинопатии и выявлению биомаркеров её прогрессирования.

Результаты исследования. Анализ научных данных показал, что важную роль в диагностике ранних стадий диабетической ретинопатии играют структурные биомаркеры, выявляемые с помощью современных методов визуализации.

Среди молекулярных биомаркеров наибольший интерес представляют сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), а также провоспалительные цитокины — интерлейкины IL-6 и IL-8, фактор некроза опухоли- α и молекулы клеточной адгезии. Повышение их уровня связано с усилением воспалительных процессов, повышением сосудистой проницаемости и формированием неоваскуляризации, что играет важную роль в прогрессировании заболевания.

Кроме локальных изменений в сетчатке, значительное влияние оказывают и системные факторы. К основным прогностическим показателям относятся уровень гликированного гемоглобина, длительность течения сахарного диабета и показатели липидного обмена. Нарушение этих параметров способствует развитию сосудистых осложнений и увеличивает риск прогрессирования диабетической ретинопатии.

Выводы. Современные структурные и молекулярные биомаркеры имеют большое значение для ранней диагностики и прогнозирования течения диабетической ретинопатии. Использование методов визуализации сетчатки в сочетании с оценкой молекулярных и системных показателей позволяет выявлять патологические изменения ещё на ранних стадиях заболевания. Это создаёт возможности для более точного прогнозирования течения ретинопатии и своевременного проведения лечебных мероприятий, направленных на предотвращение прогрессирования заболевания и сохранение зрения у пациентов с сахарным диабетом.

Ибодзода Х.И., Яхшибекова Ш.Дж., Назаров Ф.Д.
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра детской хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».
Научный руководитель – Самадов С.Дж.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и хирургического лечения врождённой тонкокишечной непроходимости у новорождённых путём внедрения оптимизированного диагностико-лечебного алгоритма с использованием современных методов визуализации.

Материал и методы. Планируется ретроспективный и проспективный анализ новорождённых с ВТКН, проходивших лечение на базе ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе». В диагностике используются: ультразвуковое исследование органов брюшной полости; доплерография мезентериальных сосудов для оценки перфузии кишечника; обзорная рентгенография органов брюшной полости; контрастные рентгенологические исследования при необходимости уточнения уровня непроходимости; динамическое ультразвуковое мониторирование в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Предполагается, что внедрение комплексного диагностического подхода позволит: сократить время от постановки диагноза до оперативного вмешательства; снизить частоту диагностических ошибок; повысить точность определения уровня и характера непроходимости; уменьшить частоту послеоперационных осложнений за счёт раннего выявления факторов риска. Использование доплерографии и динамического УЗИ позволит своевременно выявлять признаки ишемии кишечника и несостоятельности анастомоза в раннем послеоперационном периоде. Особое внимание уделяется оценке диаметра кишечных петель, толщины стенки, наличия свободной жидкости, перистальтики и кровотока в брыжеечных сосудах.

Выводы. Комплексное применение современных методов визуализации в сочетании с дифференцированным хирургическим подходом является перспективным направлением в оптимизации лечения новорождённых с врождённой тонкокишечной непроходимостью. Разработка стандартизированного диагностико-лечебного алгоритма позволит улучшить клинические исходы и снизить частоту осложнений.

Ибодуллоева Р., Зоирзода М., Кавракова Г.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАЛАВИТА (АМИНОДИГИДРОФТАЛАЗИНДИОНА НАТРИЯ) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Узакова У.Д.

Цель исследования. Изучить эффективность галавита в терапии хронической тазовой боли, обусловленного воспалительным заболеванием органов малого таза.

Материал и методы. Объём исследования включал 39 пациенток с хронической тазовой болью, госпитализированных в гинекологическое отделение городского родильного дома №1 города Душанбе за период 2024-2025года.

Обследованный контингент разделен на 2 группы: основную - составили 20 женщин с хронической тазовой болью, которым проводилась комплексная антибактериальная терапия в сочетании с физиотерапевтическими процедурами с включением галавита (аминодигидрофталазиндион натрия, Россия); группу сравнения – 19 пациенток, которым проведена традиционная терапия без галавита. Галавит применяли в дозе 25 мг сублингвально по 1 таблетке 4 раза в день.

Методы исследования помимо общеклинических и функциональных, включали бактериологическое исследование микробиоты цервикального канала и влагалища. Антибактериальная терапия проводилась в дни менструаций и включала антибиотики широкого спектра действия, антианаэробные и противовирусные средства. Физиотерапевтические процедуры включали ультрафонофорез с ихтиоловой мазью, электрофорез с солями меди и цинка в зависимости от дня менструального цикла.

Результаты исследования. Возраст обследованных в обеих группах колебался в пределах 21-54 года, средний возраст статистически не отличался и составил: $31,2 \pm 0,7$ и $32,1 \pm 0,3$ года ($p > 0,05$). Клиническая характеристика в обеих группах была идентичной: жалобы на постоянные ноющие боли внизу живота и пояснице у всех пациенток, длительность заболевания колебалась от 2 до 5 лет, в первой и второй группе составила $3,2 \pm 0,2$ и $3,4 \pm 0,3$ года; фиксированная матка при вагинальном исследовании у 95 и 94,7%. Женщины указывали на неоднократный рецидив заболевания, который исходно имел место через $2,5 \pm 0,2$ и $2,6 \pm 0,4$ месяца в обеих группах. В результате включения галавита, который избирательно регулирует функционально-метаболическую активность моноцитов/макрофагов, влияет на продукцию провоспалительных цитокинов, активных форм кислорода и фагоцитарную активность, болевого синдрома в основной группе снизился у всех обследованных, в группе сравнения – без его использования, в 17 (84,5%) случаях. Оценка по 10 балльной шкале боли после окончания терапии показала, что при применении галавита она составила $1,1 \pm 0,02$ балла, в группе сравнения – $3,4 \pm 0,3$ балла. Рецидив заболевания, то есть болевого синдрома, возобновился в течение года в основной группе в трёх (15%) случаях, в группе сравнения - у 7 (36,8%) пациенток.

Вывод. Комплексная терапия с включением галавита в терапию хронической тазовой боли способствует снижению интенсивности болевого синдрома, уменьшению частоты рецидивов в 2,5 раза, что подтверждает его иммунный ответ с дополнительным противовоспалительным действием.

Ибрагимов М.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ТИТАНОВЫМИ ЭЛАСТИЧНЫМИ СТЕРЖНЯМИ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – д.м.н, профессор Раззоков А.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения переломов длинных костей с применением методики остеосинтеза титановым эластичным набором (ТЭН) у детей.

Материал и методы. Проанализированы данные о 396 детей в возрасте от 5 до 15 лет с переломами длинных трубчатых костей, оперированные с применением методики ТЭН. Пол: мальчики 222 (56,1%), девочки 174 (43,9%). Локализация переломов длинных костей: плечо – 81 (20,5%), предплечье – 53 (13,4%), бедро – 155 (39,1%) и голень – 107 (27,1%). В зависимости от тактики лечения больные делились на основную (пролеченные оптимизированными подходами) и контрольную (пролеченные общепринятыми подходами). В оперированную группу вошли 194 (49,0%) и контрольную 202 (51,0%) больных.

Результаты исследования. Оптимизация тактики остеосинтеза переломов длинных костей с применением технологии ТЭН заключалась:

- при переломах диафизарных отделов проведения фиксаторов через метафизарные отделы костей;
- при метафизарных переломах проведения фиксаторов через эпифизы с таким расчётом, чтобы они прошли через медиальные отделы зоны роста, что позволяет минимизировать интраоперационную травму в зоне роста с развитием вальгусной или варусной деформации соответственно;
- при метафизарных переломах проведения фиксаторов через проксимальные отделы с одной и через дистальный отдел с другой стороны, что минимизирует в два раза травматизацию зоны роста;
- исключение неоднократного проведения фиксаторов через зону роста;
- при переломах метафизарных отделов с коротким рычагом дополнительной закрытой чрескожной фиксации перелома спицами под контролем ЭОП.

При сравнительном анализе результатов лечения частота неудовлетворительных результатов в основной группе была статистически значительно ниже по сравнению с контрольной группой (соответственно 2,1% и 8,4%, $p < 0.05$). Основными причинами, способствующими достижению этих результатов, являлись минимизация травматизации зоны роста, что, в свою очередь, способствовало снижению вероятности развития посттравматических нарушений роста костей, а также более надёжная фиксация при метафизарных переломах.

Выводы. Применение предложенных результатов следует рассматривать как эффективный путь улучшения результатов остеосинтеза переломов длинных костей с применением технологии ТЭН у детей.

Игамбердиева З.У.

ЦИФРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ И ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

Кафедра офтальмологии Ташкентского государственного медицинского университета. Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., доцент Янгиева Н.Р.

Цель исследования. Определить взаимосвязь между длительным использованием цифровых устройств и ухудшением зрительных функций.

Материал и методы. Проведено анкетирование среди 46 студентов медицинского вуза (22 женщины и 24 мужчины) в возрасте от 18 до 25 лет.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что 60% респондентов оценивают своё зрение как хорошее, 26% — как удовлетворительное, 13% — как плохое. У 38% (16 человек) выявлена астенопия. У 40% опрошенных офтальмопатологии выявлено не было, у 6% опрошенных выявлен спазм аккомодации, миопия — у 8%. Наследственная предрасположенность к нарушениям зрения отмечена у 48% (22 респондентов), тогда как у 52% (24 респондентов) подобных случаев не зарегистрировано, что может свидетельствовать о приобретённом характере нарушений. Изучение длительности экранного времени показало, что: 41% проводят за гаджетами 7 и более часов в день, 37% — 5–6 часов, 15% — 2–4 часа и 6% — 1–2 часа в день. В исследовании, опубликованном в журнале JAMA Network Open, установлено, что увеличение ежедневного экранного времени на час повышает риск развития миопии на 21% [3]. Исследование Пола Арнольда показало, что наибольшая нагрузка на зрительный аппарат возникает при прокрутке ленты социальных сетей: колебания зрачков при чтении контента в соцсетях сильнее, чем при чтении электронных книг или просмотре видеоматериалов [4]. После длительной работы за экраном 30% респондентов отмечают сухость и ощущение «песка» в глазах, ещё 30% — покраснение и раздражение, 9% — снижение чёткости зрения, а 26% — одновременное проявление всех перечисленных симптомов. Практически у всех респондентов фиксировались эпизоды ухудшения зрения во время работы за экраном, несмотря на субъективную оценку зрения как «хорошее». Регулярно выполняют упражнения для глаз 35% опрошенных, тогда как 65% их не практикуют. Снижение частоты моргания способствует развитию синдрома сухого глаза. В исследовании, проведённом в Осаке (561 участник, среднее экранное время — 7,9 часа), выявлено увеличение распространённости синдрома сухого глаза, что подтверждено результатами теста Ширмера и сокращением времени разрыва слёзной плёнки [5]. К врачу-офтальмологу не обращаются 46% (21 респондент), 17% (8 респондентов) посещают раз в несколько лет, 13% (6 респондентов) — раз в год, ещё 13% (6) — раз в полгода, и только 6% (3) — ежемесячно.

Выводы. Возрастающая цифровая нагрузка на зрительный аппарат остаётся актуальной проблемой со-

временного общества. Сочетание рационального режима использования устройств, эргономичной организации рабочего пространства и регулярных консультаций офтальмолога может способствовать замедлению прогрессирования зрительных нарушений.

Игамова М.Ф., Курбонов А.У., Махмадов С.Х.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЁГКОГО

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайфиддинзода М.Б.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности центрального рака лёгкого и оценить эффективность применяемых методов диагностики и лечения.

Материал и методы. В исследовании проанализированы данные пациентов с диагностированным центральным раком лёгкого. Использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, включая рентгенографию органов грудной клетки, компьютерную томографию, бронхоскопию с биопсией и гистологическое исследование. Статистическая обработка данных проводилась с применением стандартных методов анализа.

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов заболевание выявлялось на II–III стадиях, что связано с поздним обращением за медицинской помощью. Наиболее частыми клиническими проявлениями являлись кашель, одышка и кровохарканье. Бронхоскопия показала высокую диагностическую ценность при центральных опухолях лёгкого. Комбинированное лечение (хирургическое вмешательство в сочетании с химио- или лучевой терапией) способствовало улучшению показателей выживаемости по сравнению с изолированными методами лечения.

Выводы. Центральный рак лёгкого характеризуется поздней диагностикой и неблагоприятным прогнозом. Ранняя диагностика с использованием бронхоскопии и современных методов визуализации играет ключевую роль в повышении эффективности лечения. Комплексный подход к терапии позволяет улучшить клинические исходы и качество жизни пациентов.

Идиев Н.М., Худойбердиев У.А., Алимов С.У.

ИММУНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

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

Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить эффективность иммунотропной терапии при остром холангите.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 72 больных с холедохолитиазом, находившихся с 2019 по 2025 гг. в клинике на базе ГУ Центр скорой медицинской помощи г. Душанбе и ГУ Комплекс Здоровья «Истиклол» г. Душанбе, в возрасте от 45 до 73 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 49:23.

Пациентам проводилось клинико-лабораторное и инструментальное обследование, а также исследование иммунологического статуса. Пациенты были разделены на две группы. Основную группу (n=34) составили пациенты с острым холангитом, которым на этапе консервативного лечения наряду с антибиотикотерапией дополнительно назначали препарат на основе азоксимера бромида (по 6 мг внутримышечно или внутривенно, в зависимости от клинической ситуации, 1 раз в сутки на протяжении 3 дней, далее через день, всего 5 инъекций). В контрольную группу (n=38) вошли пациенты с острым холангитом, получавшие на этапе консервативного лечения стандартный комплекс лечения с антибиотикотерапией.

Проведены иммунологические методы исследования с определением относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3+), В-лимфоцитов (CD19+), Т-хелперов (CD4+), Т-киллеров (CD8+), уровень IgG, IgA, IgM и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Результаты исследования. При поступлении до проведения терапии у пациентов с острым холангитом регистрировали уменьшение уровня Т-лимфоцитов (CD3+- клеток) и В-лимфоцитов (CD19+-клеток). Отмечался дисбаланс гуморальной защиты – снижение IgA и повышение IgM, IgG что отражало активацию гуморального иммунного ответа на фоне острого воспалительного процесса. Нарастание уровня ЦИК ($125,8 \pm 8,6$ у.е.) в крови свидетельствует о стимуляции ответной реакции организма на антигены микрофлоры в желчном протоке.

На фоне комплексного лечения с включением азоксимера бромида у пациентов основной группы отмечалась положительная динамика иммунологических показателей. К концу курса терапии наблюдалось увеличение содержания Т-лимфоцитов с $924,3 \pm 15,8$ кл/мм³ до $202,4 \pm 20,6$ кл/мм³ и Т-хелперов с $25,6 \pm 1,5$ до $38,4 \pm 1,4$ кл/мм³, нормализация соотношения Т-хелперы/Т-киллеры, снижение уровня ЦИК (до $72,4 \pm 6,1$ у.е.) и стабилизация концентраций иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM.

В контрольной группе пациентов, получивших базисную антибактериальную терапию, положительная динамика иммунологических показателей была менее выраженной и носила более замедленный характер, уровень CD3+- и CD4+-клеток увеличился по сравнению с исходными показателями соответственно на 14,4% (с $915,7 \pm 39,8$ кл/мм³ до $1048,2 \pm 38,1$ кл/мм³) и 24,3% (с $25,1 \pm 1,6$ до $31,2 \pm 1,5$ кл/мм³), концентрация IgG и IgM понизилась, хотя их показатели и не достигли референсных уровней. Наряду с этим сохранилась лимфопения, в частности по CD3+-, CD4+-, CD8+- и CD19+-клеткам. Уменьшилось количество ЦИК, но и этот показатель также не опустился до нормальных цифр.

Выводы. Азоксимера бромид как иммуномодулятор, детоксицирующее и противовоспалительное сред-

ство оказывает влияние как на клеточное, так и на гуморальное звено иммунитета, активируя фагоцитоз, нормализуя функциональную активность Т- и В-лимфоцитов и снижая уровень циркулирующих иммунных комплексов при остром холангите.

Идизода Ш.Х., Салимова З.Дж.

СОЧЕТАНИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

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

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1
Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру сочетания врождённых аномалий развития матки с аномалиями развития почек.

Материал и методы. Проведён ретро - и проспективный анализ 232 пациенток с врождёнными аномалиями развития матки (АРМ) за период 2015–2024 гг., из них 135 случаев изучены ретроспективно и 97 - проспективно. В структуре выявленных аномалий развития матки преобладала седловидная матка - 107 случаев (46,1%), второе место занимала двурогая матка - 101 случай (43,5%). Однорогая матка диагностирована у 7 пациенток (3,0%). Другие формы аномалий репродуктивной системы выявлены у 17 пациенток (7,3%) и включали: септированную матку - 4 (1,7%), удвоение матки - 3 (1,3%), изолированную перегородку влагалища - 3 (1,3%), рудиментарный рог матки - 2 (0,9%), гипо- и аплазию шейки матки - 2 (0,9%), удвоение шейки матки - 1 (0,4%), атрезию цервикального канала - 1 (0,4%), а также одностороннюю аплазию яичника и маточной трубы - 1 (0,4%). В 16 случаях (6,9%) отмечены сочетанные пороки развития, преимущественно в комбинации с двурогой или седловидной маткой. Статистическая обработка выполнена с использованием критерия 2 для произвольных таблиц и точного критерия Фишера.

Результаты исследования. Установлено, что у 22 (9,5%) пациенток выявлено сочетание аномалий развития матки с врождённой патологией почек, что свидетельствует о высокой частоте данной ассоциации - практически у каждой десятой беременной. В структуре аномалий почек преобладала врождённая единственная почка - 15 (6,5%) случаев. Гипоплазия почки выявлена у 3 (1,3%) пациенток, удвоение почки - у 2 (0,9%), тазовая дистопия - у 2 (0,9%). Анализ распределения по типу аномалий матки показал, что при наличии врождённой единственной почки статистически значимо чаще диагностировалась двурогая матка - 8,9% по сравнению с 1,9% при седловидной форме и 16,7% среди других редких форм (χ^2 , $p=0,012$; $df=2$). Более чем у половины пациенток с единственной почкой выявлена двурогая матка. Для остальных форм почечной патологии статистически значимых различий между видами аномалий матки не установлено ($p>0,05$). При анализе времени выявления аномалий развития матки установлено, что более, чем у половины пациенток (51,7%) данная патология диагностировалась интраоперационно, преимущественно во время кесарева сечения при настоящей беременности (42,7%). При поступлении в стационар аномалия была выявлена у 26,3% пациенток, в том числе у 19,8% - при ультразвуковом исследовании. На антенатальном этапе диагноз устанавливался в 21,1% случаев, тогда как вне беременности аномалии были обнаружены лишь у 0,9% пациенток.

Вывод. Сочетание врождённых аномалий развития матки и почек выявляется в 9,5% случаев, что свидетельствует о достаточно высокой частоте данной ассоциации и обосновывает необходимость обязательного ультразвукового исследования мочевыделительной системы у пациенток с диагностированными аномалиями развития матки. Наиболее выраженная ассоциация установлена между двурогой маткой и врождённой единственной почкой. Полученные результаты подтверждают эмбриологическую взаимосвязь формирования репродуктивной и мочевыделительной систем, что объясняет частое сочетание мюллеровых аномалий с врождённой патологией почек.

Икромова П.Ф.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

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

Научный руководитель - академик НАНТ, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1
Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение особенностей подросткового процесса в возрасте до 20 лет.

Материал и методы. Исследование проведено по материалам Городского родильного дома №1 г. Душанбе. Проанализированы истории родов 334 пациенток в возрасте, поступивших на роды в первой половине 2025 года из числа 4018 родов. Анализированы паритет, социальная принадлежность, перенесенные и сопутствующие, а также гинекологические заболевания и течение предыдущих и настоящей беременности.

Результаты исследований. В этот период в указанный родильный дом на роды поступили 299 пациенток из числа 4018, что составила 7,4% (299), частота которая оказалась что намного ниже конца прошлого века. В первую половину 2025 года оказались 8,3% (334), т.е. почти каждая 10 женщина. Из указанного числа 50,9% (170) оказались домохозяйками, 44,6% (149) – работающими и 4,5% (15) – учащиеся. Впервые на роды поступили в этой возрастной группе 86,5% (289), повторно (2-3 роды) – 11,9% (40) и даже на 4-е роды поступили 5 (1,5%) пациенток. Из перенесенных заболеваний следует отметить ОРВИ (93,7%), корь (45,2%), Ковид-19 (32,9%) и гепатит А (6,0%). Настоящей беременности сопутствовали наиболее часто варикозная болезнь - 43,7%, диффузное увеличение щитовидной железы – 35,0%, гастрит – 35,0%, анемия – (11,7%), но больше всего были отмечены заболевания почек – 53,3%. Анализ перенесенных гинекологических заболеваний показал, что у подростков наиболее часто встречающиеся заболевания оказались нарушения менструального цикла, которые были отмечены в анамнезе 118 (35,3%) пациенток. Также было указание на перенесенные

воспалительные заболевания гениталия (21,5%), заболевания шейки матки (12,3%) и опухоли яичников (5,7%). Кольпиты были обнаружены до беременности и после ее наступления у 91 (27,2%) пациенток. Анализ течения беременности выявил высокую частоту осложнений беременности, среди которых лидировала рвота беременных, которая наблюдалась почти у каждой второй пациентки - 47,9% (160). Высока была частота угрозы прерывания беременности, всего 14,4%, т.е., у каждой 7-й пациентки, в том числе в первом триместре у 10,8%, во втором триместре у 3,6%. Угроза преждевременных родов была отмечена у 3,6 % пациенток. Многоводие и маловодие наблюдались в единичных случаях. Гипертензивные нарушения были всего у 24-х (7,1%) пациенток, преимущественно за счёт лёгких форм – гестационной гипертензии – 5,4%, умеренной преэклампсии – 1,5%. Тяжёлая преэклампсия была зарегистрирована только в 1 сл. Состояние внутриутробного плода исследовалось измерением гравидограммой, ультразвуковой фетометрией и доплерометрией, при которых были обнаружены внутриутробная задержка плода (ВЗРП) у 19 (5,7%) пациенток и нарушение кровотока в фетоплацентарном комплексе у 13 (3,9%) пациенток. В этой возрастной группе только у одной пациентки наблюдалась антенатальная смертность плода.

Выводы. Исследования показали, что у беременных и рожениц в возрастной группе до 20 лет заслуживала внимания высокая частота вирусной инфекции среди перенесенной патологии; из сопутствующих экстрагенитальных заболеваний заслуживали внимания наиболее часто встречающиеся патологии почек, варикозная болезнь, патологии щитовидной железы, заболевания желудочно-кишечного тракта, анемии; отмечена высокая частота гинекологических заболеваний; осложнения беременности преимущественно в первой ее половине за счёт рвоты беременных и угрозы прерывания беременности. Всё изложенное еще раз убеждает о низком индексе здоровья подростков и свидетельствует о необходимости предбрачной и прегравидарной подготовки.

Икромова П.Ф.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - академик НАНТ, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1
Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности у женщин старшей возрастной группы.

Материал и методы. Проспективному исследованию подвергнуты истории родов 299 пациенток более 34 лет, поступивших на роды в Городской родильный дом №1 г. Душанбе с 1-го января до 30 июня 2025 года, которые были распределены на группу 35 – 39 лет и 40 лет и более, по 233 и 66 пациенток соответственно. За этот период произошли 4018 родов. Проанализированы истории родов 299 пациенток позднего репродуктивного периода. Анализированы паритет, социальная принадлежность, перенесенные и сопутствующие, а также гинекологические заболевания и течение предыдущих и настоящей беременности.

Результаты исследований. Как было указано выше, пациенток 35 и более лет оказалось 7,4% (299) из числа 4018 родов за указанный период. По социальному статусу 55,2% (165) были домохозяйками и 44,8 % (134) – работающими, Учащихся в этой возрастной группе не было. Всего первородящих было 1171 (29,1%). Из указанного числа всего 13 (1,1%) оказались первородящими в возрасте более 34 лет. Как всегда среди перенесенных заболеваний лидировала ОРВИ. Это заболевание указывалось у 96,6% в возрастной группе 35-39 лет и 91,7% - в группе женщин 40 лет и более ($p=0,004$). По частоте Ковид-19 был на втором месте – 23,6% и 37,9% соответственно, что достоверно отличались между этими возрастными группами ($p<0,001$). Корь, напротив, упоминался чаще пациентками 35-39 лет – 43,4%, чем в группе 40 лет и более – 21,7% ($p<0,001$). В этих возрастных группах 35-39 лет наиболее часто беременностями сопутствовали заболевания почек – 55,3% и 71,2% ($p=0,001$), заболевания ЖКТ и диффузное увеличение щитовидной железы по 36,5% ($p<0,001$), варикозная болезнь – 39,9% и 19,7 % ($p<0,001$) соответственно. Реже всего была диагностирована анемия – 16,7% и 15,1% соответственно. Анализ перенесенных гинекологических заболеваний показал, что в старшем репродуктивном возрасте они чаще упоминались в возрастной группе 40 лет и более. Высока была частота нарушения менструального цикла – 20,6% и 37,9% соответственно, опухоли матки составили 21,0% и 45,4% ($p<0,001$), опухоли яичников – 6,0% и 15,1%, воспалительные заболевания гениталия – 12,4% и 15,1%, заболевания шейки матки – 8,6% и 15,1% кольпиты – 21,4% и 30,3%. В позднем репродуктивном возрасте на первичное бесплодие было указано в 8,0% и вторичное бесплодие – в 12,8%. Анализ течения беременности выявил высокую частоту осложнений беременности, среди которых лидировала рвота беременных, которая наблюдалась в 42,0% и намного реже 28,7% после 40 лет, угроза невынашивания одинаково в обеих группах - 12,0% и 12,1%, угроза преждевременных родов была отмечена у 8,6% и 13,6% соответственно, многоводие и маловодие наблюдались в единичных случаях. Гестационная гипертензия была диагностирована в 38,5% и 51,5% соответственно, умеренная преэклампсия – у 6,4% и 10,6%, тяжёлая преэклампсия у 4,5% в каждой группе, тяжёлая преэклампсия – у 2-х и HELLP - у одной пациентки. Внутриутробная задержка плода (ВЗРП) во время беременности была установлена у 35 (11,7%), т.е. у каждой 10-й и нарушение кровотока в фетоплацентарном комплексе у 23 (7,7%) пациенток. В этих возрастных группах антенатальная гибель плода была обнаружена у 6 пациенток.

Выводы. Таким образом, результаты исследований показали, что особенностью течения беременности в позднем репродуктивном возрасте являются высокая частота гипертензивных нарушений и нарушение состояния плода, возможно, обусловленные высокой частотой экстрагенитальной патологией, особенно, заболеваниями почек.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

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

Научный руководитель - к.м.н. Икромов М.К.

Цель исследования. Оценить эффективность различных вариантов хирургической тактики при отогенных внутричерепных осложнениях.

Материал и методы: Исследование было проведено на базе НМЦРТ Шифобахш. В исследование включены 8 пациентов с отогенными внутричерепными осложнениями, находившихся на стационарном лечении с 2024-2025 гг. Большинство больных поступали в экстренном порядке в тяжёлом состоянии. Всем пациентам проводились клиничко-лабораторные исследования, компьютерная томография височных костей и головного мозга, магнитно-резонансная томография до и после хирургического вмешательства.

Результаты исследования. Были госпитализированы с диагнозами: ХГСО осложнённый менингитом -2; ХГСО осложнённый эпидуральным абсцессом-3; ХГСО осложнённый абсцессом мозжечка – 1; ХГСО, осложнённый абсцессом височной доли головного мозга-1; ХГСО, осложнённый тромбозом сигмовидного синуса-1. Клиническая картина характеризовалась выраженным болевым синдромом в ухе стойкой отореей, повышением температуры тела, интенсивной головной болью, тошнотой, рвотой и признаками внутричерепной гипертензии. Хирургическая тактика включала симультанные санирующие операции на среднем ухе с одновременным нейрохирургическим вмешательством, либо поэтапное лечение в зависимости от клинической ситуации. Параллельно проводились комплексная антибактериальная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. В зависимости от характера патологического процесса и локализации осложнения применялись различные варианты хирургического лечения. Пациентам выполнялись радикальные операции на среднем ухе с одновременным вскрытием и дренированием абсцессов головного мозга, антромастотомия, а также аттикотомия при холестеатомном процессе. При тромбозе сигмовидного синуса проводилась санация среднего уха в сочетании с ревизией сигмовидного синуса. В послеоперационном периоде пациентам проводились ежедневные перевязки с применением антисептических растворов и антибактериальной терапии. В большинстве случаев к 5-6 суткам отмечалось первичное заживление послеоперационной раны и положительная динамика клинического состояния пациентов.

Выводы. Применение симультанной хирургической тактики позволяет сократить сроки госпитализации на 6-7 сутки, уменьшить количество повторных оперативных вмешательств и улучшить клинические исходы. Мультидисциплинарный подход является ключевым фактором успешного ведения данной категории пациентов.

Исматуллоева М.Б., Хангомаи Салохиддин, Маърифати Зайниддин

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

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

ГУМЦИАПРТ, Городской родильный дом №1, Таджикистан.

Научный руководитель – заведующая кафедрой, к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Изучить анамнестические данные у женщин с различными кистами яичников.

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование 84 женщин, поступивших в гинекологическое отделение городского родильного дома №1 с доброкачественными заболеваниями яичников. Среди доброкачественных заболеваний яичников в основном имели место: фолликулярные кисты, дермоидные кисты и эндометриозные кисты яичников. Были сформированы две группы: I – основная группа, женщины с различными опухолевидными заболеваниями яичника (n-84), II – группа сравнения, женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза (n- 39). Среди обследуемых женщин, всем больным при поступлении в стационар были проведены УЗИ органов гениталий. У пациенток были изучены анамнез заболевания, наличие жалоб при опросе, данные объективного и бимануального исследования.

Результаты исследования. Наибольшая частота женщин с фолликулярной кистой встречалась в возрасте до 29±2,7 лет. Возрастная структура 2-ой группы составляла 32±2,9 лет. В ходе анализа акушерского анамнеза у 16 (25,8%) женщин в основной группе отмечены самопроизвольные выкидыши, в группе сравнения этот показатель составлял 11 (17,7%) случаев. Из перенесенных манипуляций, у 16 (25,8%) женщин основной группы отмечались в анамнезе диагностическое выскабливание матки по поводу гиперпластических процессов эндометрия. В группе сравнения это показатель составил 8 (16,6%) случаев. Из соматических заболеваний в основной группе у 21 (33,8%) пациенток отмечалась гипертоническая болезнь, в основном легкой и умеренной степени, в группе сравнения данное заболевание диагностировано у 7 (14,5%) больных. Среди эндокринных нарушений у 17 (20%) пациенток основной группы имелись повышенная масса тела и 5 женщин (5%) ожирение. В группе сравнения пациенток с повышенной массой тела не отмечалось. А также в основной группе страдали сахарным диабетом 5 женщин (5%), в группе сравнения не было данной патологии. Заболевания щитовидной железы также чаще встречались среди пациенток основной группы – 32 (38%) против 12 (30%) в группе сравнения.

При изучении менструальной функции в 1 -ой группе менархе в возрасте 12–15 лет имело место в 83,8% случаев, позднее менархе в 12,2% случаев. Во 2-ой исследуемой группе менархе установилось в 11 лет у 4,6% женщин, старше 15 лет у 6,9% женщин, позднее 6 месяцев установилось в 6,3%, случаев. Нарушение менструального цикла (НМЦ) по типу гипоменструального синдрома были отмечены у 37,3% женщин 1-ой группы, а во второй группе отмечено у 28,3% женщин. НМЦ по типу аменореи в 1-ой группе отмечено у 18,3% пациен-

ток, во второй группе у 9,2% женщин. По тестам функциональной диагностики превалировал ановуляторный МЦ в 1-ой группе-18,7%, во 2-ой группе в 12,3% случаев.

Среди оперативных вмешательств на органах малого таза по поводу разных гинекологических заболеваний отмечено у 18,5% женщин первой группы. Во второй исследуемой группе отмечено у 2,3% женщин. У 28,7% пациенток основной группы были жалобы на боли внизу живота, в группе сравнения отмечались у 3,4% женщин. У 9,7% женщин в анамнезе было первичное бесплодие, а в группе сравнения у 3,2% женщин.

Выводы. Наличие доброкачественных заболеваний яичников встречается чаще у молодых женщин и могут являться причинами нарушения менструального цикла, бесплодия, снижением репродуктивной функции. Все перечисленные факторы превалировали у пациенток с опухолевидными заболеваниями яичников.

Исмонзода М.С., Хван И.Н.

ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдувахидов Б.У

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с высокой легочной гипертензией у детей с врожденными пороками сердца.

Материал и методы. В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии проведен ретроспективный анализ историй болезни 35 (100%) пациентов с ВПС в возрасте от 1 до 5 лет (в среднем-3,6 лет), осложненных высокой легочной гипертензией. Всем пациентам произведена радикальная коррекция ВПС. В зависимости от послеоперационной тактики лечения больные были разделены на две группы. В первую— основную группу были включены 15 (42,9%) пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде в составе комплексной патогенетической терапии назначался препарат милренон в дозе 0,5-1,0 мкг/кг/мин с последующим переходом на препарат бозентан в дозе 3 мкг/кг/сут, а во вторую- контрольную группу были включены 20 (57,1%) пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилась традиционная симптоматическая терапия. Медиана веса в группах составила 6,8 и 3,6 кг соответственно. Всем пациентам выполнена радикальная коррекция порока сердца: пластика септальных дефектов, радикальная коррекция общего открытого атриоventрикулярного канала и тотального аномального дренажа легочных вен.

Результаты исследования. При изучении динамики линейных размеров полости сердца в раннем послеоперационном периоде было отмечено, что уменьшение составляло в среднем 8,6 и 5,8% от исходных параметров ($p=0,05$). Размер полости правого предсердия сократился на 8%. В основной группе уменьшился диаметр кольца трикуспидального клапана на 12,3%, а степень трикуспидальной регургитации снизилась с 3,0 до 2,0 ($p=0,05$). Средняя величина функционального показателя $dp/dt \max$ ПЖ увеличилась на 7,8% от исходных параметров. Размеры левых отделов сердца практически не изменились. К концу шестимесячного курса лечения прирост фракции выброса правого желудочка в среднем составил 9,6% ($p=0,05$). Сопоставление структурных и функциональных показателей левых отделов сердца не выявило каких-либо значимых изменений. Средние величины систолического давления и среднего давления в легочной артерии (СДЛА) уменьшились на 15,8 и 12,4%, соответственно ($p=0,05$). Общелегочное сосудистое сопротивление (ОЛСС) достоверно снизилось на 10,8%. Все эти изменения у больных основной группы позволили снизить продолжительность искусственной вентиляции легких и длительность применения инотропов.

Выводы. Снижение СДЛА и ОЛСС на фоне применения вазодилататоров (милренона и бозентана) происходит быстрее, что позволяет снизить длительность проведения искусственной вентиляции легких, продолжительности инотропной поддержки и уменьшает необходимость в продленной миорелаксации.

Исраилханова М.И., Сунатуллаева С.Т., Аминжанова М.Э.

ИННОВАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра общей и детской хирургии №1. Ташкентский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бердиев Э.А.

Цель исследования. Улучшение методов диагностики и эндохирургического лечения врожденного гипертрофического пилоростеноза у детей.

Материал и методы. В РНПЦМиЭХДВ с 2024 по 2025 года поступили 36 детей с подозрением на врожденный пилоростеноз. Из них 25 мальчиков, 11 девочек. Возраст пациентов от 3 недель до 5 месяцев. Давность заболевания варьировала от 7 дней до 4 недель. Детям проводились клиническое и лабораторное, рентгенологическое, УЗИ обследование. В процессе диагностики при проведении рентгенографии и УЗИ у 19 детей диагноз врожденный пилоростеноз исключен. При исследовании лабораторных данных оценивали признаки анемии, гипопротеинемии, билирубинемии и электролитные нарушения. Из дополнительных методов для подтверждения диагноза применялась рентгенография ЖКТ с водорастворимым контрастным веществом у 12 детей. Ультразвуковое исследование желудка проводилось в комплексе с вышеуказанными методами у всех детей. У 12 детей с подтвержденным диагнозом врожденного пилоростеноза после проведения предоперационной подготовки (проводилась коррекция анемии, электролитных нарушений, гипопротеинемии) была выполнена эндовидеолапароскопическая пилоромиотомия, у 5 детей выполнена пилоромиотомия по Фредде-Веберу-Рамштедту.

Результаты исследования. Послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений. В

группе пациентов, которым выполнялось эндовидеохирургическое вмешательство, послеоперационный период протекал легче, сокращалось пребывание пациента в стационаре. Кроме этого, отмечался хороший косметический результат. Из числа детей, которым была выполнена пилоромиотомия по Фредде-Веберу-Рамштедту, у одного больного был выявлен лигатурный свищ на 5 сутки после операции, после хирургической обработки раны заживление было вторичным.

Выводы. В связи с быстротой прогрессирования клинических проявлений, таких как ацидоз, гипокалиемия, азотемия и нарастающий дефицит массы тела, проблема ранней диагностики и своевременного хирургического лечения пилоростеноза остается актуальной. При установлении диагноза врождённого пилоростеноза нет необходимости проводить эзофагогастрофиброскопию, нет необходимости в длительной предоперационной подготовке. Лапароскопическая пилоротомия имеет ряд преимуществ перед традиционной пилоротомией.

Исуфов С.А., Солиев О.Ф., Салимов Ф.М.

ТЕРМИЧЕСКАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАДИОЧАСТОТНОЙ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

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

ГОУ ТГМУ имени. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Оценить эффективность применения РЧА при лечении больных с ВБ и определить оптимальное количество циклов воздействия на различные участки патологически измененной вены.

Материал и методы. В исследование было включено 75 пациентов (45 женщины и 30 мужчин) в возрасте от 22 до 83 лет. Всем пациентам перед операцией проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Стадия ВБ определялась по международной классификации CEAP (1994) с акцентом на клинический компонент (С-компонент). Пациенты со стадией C1 не включались в исследование, так как на этом этапе показано консервативное лечение (флеботоники, местные препараты, компрессионный трикотаж, ЛФК).

Методика РЧА. Через вену по методу Сельдингера вводился проводник, после чего под ультразвуковым контролем продвигался радиочастотный катетер Closure Fast (VNUS Medical Technologies, Сан-Хосе, Калифорния) до уровня сафено-фemorального соустья с отступом 10 - 20 мм. Для защиты окружающих тканей использовалась паравазальная тумесцентная анестезия и компрессия вены вокруг электрода. Рабочая температура аппарата составляла 120 °С.

После завершения 20 - секундного цикла аппарат подавал звуковой сигнал. Согласно протоколу, участок вены около сафено-фemorального соустья подвергался двукратному воздействию, остальные 7 - сантиметровые сегменты - одноразовому. Радиоволна обеспечивала деструкцию эндотелия, денатурацию коллагена и истончение стенки вены.

Пациенты наблюдались в раннем и позднем послеоперационном периоде. Контрольное УЗДГ проводилось на 1-й, 7-й день, через 6 месяцев и год после операции.

Результаты исследования. Основные осложнения РЧА включали аллергические реакции, ожоги кожи, парестезии, поверхностный тромбофлебит (ПФ) и гематомы. При ФЭ наиболее часто встречались парестезии, ПФ и гематомы.

РЧА показала преимущество перед ФЭ по частоте возникновения парестезий и гематом, а также умеренное превосходство по ПФ. Рецидив заболевания после РЧА составил 5 %, после ФЭ - 15 %. У 20 % пациентов с диаметром большой подкожной вены (БПВ) более 10 мм (n=15) было проведено три цикла лечения. Технически проведение РЧА затруднено при высокой извитости вены или диаметре стенки свыше 12 мм.

Выводы. РЧА обеспечивает лучшие результаты лечения по сравнению с ФЭ. Локальная анестезия является предпочтительным методом для больных с ВБ, обеспечивая раннюю послеоперационную активизацию. Интраоперационный УЗДГ-контроль повышает точность вмешательства и снижает риск осложнений. При наличии противопоказаний к РЧА или невозможности её выполнения показана ФЭ.

Исуфов С.А., Солиев О.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

ТГМУ имени. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) при первичном варикозном расширении подкожных вен и определить оптимальную методику и тактику вмешательства.

Материал и методы. В исследование включены 90 пациентов (52 женщины и 38 мужчин) в возрасте от 22 до 76 лет. Средний возраст составил 49,5 лет. Всем пациентам перед операцией проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование с определением протяжённости рефлюкса более 0,5 сек и измерением диаметра вены в стадиях C2–C6 по классификации CEAP (1994). Критериями включения являлись несостоятельность БПВ или МПВ диаметром 4–15 мм. Исключались пациенты с острым тромбозом, посттромботической болезнью и выраженной извитостью ствола.

Методика ЭВЛО. Выполнялась амбулаторно под ультразвуковым контролем с использованием диодного лазера длиной волны 1470 нм и радиального двухкольцевого световода (2ring radial fiber), обеспечивающего равномерное циркулярное распределение энергии. Пункция вены производилась по методике Сельдинге-ра с установкой интродьюсера 5–6 Fr. Световод позиционировался на расстоянии 15–20 мм от сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустья. Обязательным этапом являлась паравазальная тумесцентная анестезия (0,05–0,1% лидокаина с адреналином в физиологическом растворе) объемом 8–12 мл на 1 см вены, что обеспечивало компрессию сосуда, термозащиту окружающих тканей и снижение болевого синдрома. Лазерная абляция проводилась в непрерывном режиме мощностью 6–10 Вт. Линейная плотность энергии (LEED) составляла 60–80 Дж/см при диаметре ≤ 8 мм, 80–100 Дж/см при 8–12 мм и до 120 Дж/см при диаметре более 12 мм. Проксимальный сегмент вены подвергался усиленному энергетическому воздействию для профилактики реканализации. После процедуры накладывался компрессионный трикотаж II класса, активизация пациента проводилась через 1–2 часа.

Результаты исследования. Технический успех вмешательства достигнут в 99% случаев. По данным ультразвукового контроля, полная окклюзия вены через 1 месяц составила 98%, через 6 месяцев - 96%, через 12 месяцев - 94%. Основные осложнения носили лёгкий характер: экхимозы - 9%, парестезии - 3%, болевой синдром и чувство натяжения по ходу вены - 12%, поверхностный тромбофлебит - 2%, эндотермически индуцированный тромбоз (ЕНИТ I–II) - 1–2%. Рецидив заболевания в течение года отмечен у 5 % пациентов.

Выводы. Эндovenозная лазерная облитерация с использованием лазера 1470 нм и радиального световода является высокоэффективным, малоинвазивным и безопасным методом лечения первичного варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей. Индивидуальный расчёт линейной плотности энергии, обязательная тумесцентная анестезия и интраоперационный ультразвуковой контроль обеспечивают стойкую окклюзию магистральных вен более чем у 94% пациентов в течение года наблюдения. Метод рекомендуется как терапия первой линии при стволовой форме варикозной болезни.

Калжанов М.М.

СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИЖИЗНЕННОСТИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МЯГКИЕ ТКАНИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Кафедра судебной медицины и медицинского права
Ташкентского государственного медицинского университета. Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бахриев И.И.

Цель исследования. Изучить возможности применения спектрофотометрического метода по содержанию гемина для установления прижизненности кровоизлияний в мягкие ткани забрюшинного пространства.

Материал и методы. Исследование проводилось на образцах мягких тканей забрюшинного пространства, полученных при судебно-медицинских вскрытиях. Все образцы были разделены на две группы: 1. Прижизненные кровоизлияния – с клиническими и морфологическими признаками жизненной реакции. 2. Посмертные кровоизлияния – возникшие после смерти. Для количественного определения гемина применялся спектрофотометрический метод с использованием спектрофотометра UV-2600 (Shimadzu, Япония). Пробоподготовка включала обработку тканевых гомогенатов ацетоновой смесью и последующее центрифугирование. Оптическая плотность надосадочной жидкости измерялась при длине волны 385–406 нм, характерной для геминных комплексов. Концентрация гемина рассчитывалась по калибровочной кривой, построенной по стандартному раствору гематина (Sigma-Aldrich). Параллельно оценивались морфологические признаки кровоизлияний (эритродиapedез, фагоцитоз эритроцитов, наличие лейкоцитарной реакции).

Результаты исследования. Анализ показал достоверные различия в содержании гемина между прижизненными и посмертными кровоизлияниями. Среднее содержание гемина при прижизненных кровоизлияниях составило $6,8 \pm 0,7$ мкг/мг ткани, тогда как при посмертных – $3,1 \pm 0,5$ мкг/мг ($p < 0,01$). Повышенное содержание гемина в прижизненных образцах связано с активными ферментативными процессами окисления гемоглобина при участии каталазы и пероксидазы, а также с сохранением микроциркуляции в момент травмы. Спектрофотометрические кривые прижизненных кровоизлияний характеризовались выраженным максимумом поглощения при 400–405 нм (так называемая Soret-полоса), соответствующей высокому уровню геминных комплексов. В посмертных тканях максимум смещался в сторону 380–385 нм и имел меньшую интенсивность. Сравнительный морфологический анализ подтвердил, что ткани с высоким содержанием гемина имели признаки воспалительно-репаративных реакций (лейкоцитарная инфильтрация, пролиферация эндотелия, гемосидерофаги). Гемин, как стабильный продукт деградации гемоглобина, сохраняет оптические свойства, позволяющие количественно оценить его содержание даже спустя несколько суток после травмы. В живых тканях процессы окисления гемоглобина протекают активно, что сопровождается накоплением гемина и других железосодержащих комплексов. В посмертных тканях, напротив, вследствие прекращения ферментативных реакций содержание гемина значительно ниже.

Выводы. Применение спектрофотометрического метода по содержанию гемина позволяет достоверно дифференцировать прижизненные и посмертные кровоизлияния в мягких тканях забрюшинного пространства. Метод отличается высокой чувствительностью, воспроизводимостью и может использоваться в судебно-медицинской практике в качестве дополнительного биохимического критерия при оценке жизненности повреждений. Полученные результаты подтверждают, что уровень гемина отражает интенсивность жизненных процессов в зоне кровоизлияния и служит объективным индикатором прижизненности травмы.

Камолов Б. И., Шарифова Н.Б., Талабзода Х.М.
УКРЫТИЕ ДЕФЕКТА ПЯТОЧНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСПОЗИЦИОННЫМ ЛОСКУТОМ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академик Н.У. Усманова,
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Республиканский научный центр сердечно - сосудистой хирургии
Научный руководитель - к.м.н. Джононов Д.Д.

Цель исследования. Показать эффективность использования сурального кожно-фасциального лоскута при укрытии дефекта пяточной области.

Материал и методы. Клинический пример: больная М., 71 год, поступила в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии 10.11.2025 г. Диагноз при поступлении: долго незаживающая посттравматическая трофическая язва пяточной области слева. Из анамнеза: получила травму 50 лет назад во время автоаварии. В экстренном порядке произведено ПХО раны пяточной области и лечение в условиях ЦРБ по месту жительства. На фоне лечения рана пяточной области уменьшилась в размерах, но не зажила полностью. Пациентка сама в домашних условиях проводила ежедневные перевязки. При поступлении состояние удовлетворительное, со стороны внутренних органов без патологии. А/Д 160/90 мм.рт.ст. Пульс: 88 уд. в минуту. Местно: в пяточной области слева отмечается трофическая незаживающая язва, размерами 8 см x 10 см. Края раны неровные, имеется мацерация по всей окружности раны и гнилостно-зловонный запах. В центре раны видна измененная пяточная кость. При пальпации вокруг раны отмечается незначительная болезненность. Чувствительность и кровообращение пальцев стопы не нарушены, активные движения в голеностопном суставе ограничены, пассивные движения в пределах нормы. При проведении компьютерной томографии и рентгенографии имеются незначительные изменения в пяточной кости по типу остеопороза. Больной в условиях стационара проведена предоперационная подготовка, туалет раны стопы в течение 5 дней. В плановом порядке под спинальным обезболиванием произведено обширное иссечение кожи вокруг раны и подлежащих тканей до здоровой части. После иссечения дефект тканей составил 10 см x 11см. По задней поверхности левой голени от в/з до медиальной лодыжки начертана схема выкраивания сурального лоскута. Под оптическим увеличением и применением прецензионной техники произведена мобилизация кожно-фасциального лоскута с включением в состав лоскута сурального нерва и малой подкожной вены, которые являются основным источником кровообращения данного лоскута.

Результаты исследования. Таким образом, проведено выделение лоскута с последующей ротацией лоскута на 180 градусов, размер лоскута составляет 27 см x 10 см. Донорские раны голени ушиты первичным швом без натяжения. После перемещения лоскута дефект пяточной области полностью укрыт. Наложены кожные швы на рану. В послеоперационном периоде больная получила антибактериальную терапию, обезболивающие препараты, тромбо АС 100 мг один раз в сутки и ежедневные перевязки. Заживление с первичным натяжением.

Выводы. Выбор сурального лоскута и применение оптического увеличения, микрохирургической техники в специализированных учреждениях дает возможность укрытия дефекта пяточной области с получением хорошего результата.

Камолов Ф.С.
УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бобожонов М.Н.

Цель исследования. Улучшение хирургического лечения множественного эхинококкоза головного мозга.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 13 больных с множественным эхинококкозом головного мозга, возраст больных варьировался от 18 до 60 лет. Женщин было 6 (46,2%), мужчин - 7 (53,8%). Средний возраст пациентов составил $30,8 \pm 11,9$ лет. Больные находились на лечении на базе кафедры нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с 1988 по 2022 годы.

Проведено хирургическое лечение - 11 больным с множественным эхинококкозом головного мозга. В двух случаях больные, поступившие в стадии грубой декомпенсации, отказались от оперативного лечения и находились на амбулаторном лечении.

Учитывая, что эхинококковые кисты у 9 больных располагались в разных соседних долях одного полушария, оперативное вмешательство произведено в один этап. Двоим больным операция проведена в несколько этапов.

Больные распределены на контрольную и основную группы. В основную группу включены 5 больных, получивших стационарное лечение за период с 2018 по 2022 годы. Больным производились операции методом гидравлического выталкивания. Образовавшуюся остаточную полость заполняли глицерином 80%-ным при 18-20 С в экспозиции 2 минут.

Во вторую контрольную группу включено 6 больных, получивших стационарное лечение за период с 1988 по 2017 годы. Производили небольшую энцефалотомию, пункцию эхинококковой кисты, аспирации её содержимого и удаления хитиновой оболочки. Образовавшуюся остаточную полость заполняли 1% диоксидином в экспозиции 2 минут.

Контроль эффективности хирургического лечения в исследуемых группах анализируется путём изучения

ближайших и отдаленных результатов лечения. Проведёна каждые 6 месяцев в течение 7 лет динамическая компьютерная или магнитно резонансная томография головного мозга.

Результаты исследования. В основную группу из 5 больных, в 4 наблюдениях удалось удалить кисты методом гидравлического выталкивания. В одном случае при удалении отмечен разрыв кисты, где в последующем произведено дренирование внутричерепных пространств в течение трёх дней.

В ранние сроки послеоперационного периода число осложнений наблюдалось у 4 (36,4 %) больных, из них в основной группе - 1 (20,0%), а в контрольной группе - 3 (50,0 %). У 10 (90,9%) больных после операции отмечен регресс общемозговых и очаговых симптомов, они выписаны. Летальность отмечена у одного (9,1%) больного.

Сроки стационарного лечения у больных основной группы оказались в среднем 19,5 суток - значительно короче, чем в контрольной группе, в которой сроки в среднем составляют 27,3 суток.

Исследования показали, что отдалённые результаты лечения у 9 (81,8%) больных в течение от 2 до 7 лет диспансерного наблюдения рецидива болезни не выявили. Рецидивы выявлены у 2 больных, при этом имевшиеся рецидивы (18,2%) из 11 оперированных больных в сравнении с последними данными литературы (25-30,0%) являются положительными.

Выводы. Хирургическое лечение множественного эхинококкоза головного мозга без повреждения ее капсулы позволяет значительно снизить рецидивы заболевания и тем самым улучшить ближайшие и отдалённые результаты.

Кариева М.З.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ДИНАМИЧЕСКИМИ ШИНАМИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Раззоков А.А.

Цель исследования: улучшение результатов консервативного лечения врождённого вывиха бедра (ВВБ) у детей до одного года разработанными динамическими шинами (ДШ).

Материал и методы: анализированы результаты лечения ВВБ у 288 детей первого года жизни. Девочек было 199 (69,1%), мальчиков – 89 (30,9%). Возраст больных: до 3 месяцев – 18,2%, от 4 до 6 месяцев – 29,1%, от 7 до 9 месяцев – 38,4% и от 10 до 12 месяцев – 14,3%. У 187 (64,9%) ребёнка установлен односторонний и у 101 (35,1% пациентов) – двухсторонний вывих. В контрольной группе (n=101) использованы шины с жёсткой фиксацией конечности – у 67 (66,3%) больных шину ЦИТО и у 34 (33,7%) – шину Виленского. В основной группе, у 187 (64,9%) больных, применялись разработанные нами два типа ДШ.

Результаты исследования: результаты применения традиционно используемых шин в контрольной группе выявили недостатки, связанные с жёсткой фиксацией конечностей. Отсутствие подвижности приводило к контрактуре в тазобедренном суставе (ТБС) и асептическому некрозу головки бедра. Учитывая недостатки шин с жёсткой фиксацией, разработаны два типа отводящих ДШ. Первая шина, именуемая собственно ДШ предназначена для лечения неосложненных форм ВВБ (патент Республики Таджикистан за № ТЖ 984 от 18 февраля 2019 года, авторы: Кариева М.З., Раззоков А.А.). Применение данной шины позволяет осуществить активные и пассивные движения в тазобедренных суставах на всем протяжении лечения. Это стало возможным благодаря соединению корпуса шины с конечностями с помощью упругого фиксатора. Вторая шина именуется ДШ с дистрактором (ДШД) и применялась при лечении ВВБ с асептическим некрозом или при наличии угрозы такого осложнения (патент Республики Таджикистан за № ТЖ 1194 от 27 апреля 2021 года, авторы: Кариева М.З., Раззоков А.А.). В отличие от первой шины в ней между двумя держателями ноги фиксируется дистрактор, который обеспечивает разгрузку головки бедер за счет управляемой дистракции. Реализация предложенных подходов способствовала статистически значимому снижению частоты асептического некроза с 15,8% до 1,9% ($p<0,05$), контрактуры ТБС – с 18,8% до 3,8% ($p<0,05$), остаточных явлений – с 14,9% до 4,7% ($p<0,05$) и снижению частоты неудовлетворительных результатов по сравнению с традиционными подходами (7,6% против 22,8%, $p<0,05$).

Выводы: 1) применение ДШ позволяет достичь максимальной подвижности в ТБС без ущерба нарушения режима отведения и сохранения функционирования конструкции в реальном режиме лечения в различные возрастные периоды и, тем самым, способствует улучшению результатов лечения обсуждаемой патологии. 2) дифференцированное применение предложенных шин способствовало статистически значимому снижению частоты неудовлетворительных результатов по сравнению с традиционными подходами (7,6% против 22,8%, $p<0,05$).

Каримов А.А.

ИНТЕРЛАМИНАРНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСКЭКТОМИЯ КАК МЕТОД МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ СПИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ

Кафедра. Нейрохирургия “Термезский филиал ТГМУ”. Узбекистан.

Научный руководитель - Саидов К. Ж.

Цель исследования. Оценка клинических и технических преимуществ интерламинарной эндоскопической дискэктомии при лечении грыж межпозвоночных дисков пояснично-крестцового отдела, а также возможностей выполнения контралатеральной декомпрессии через односторонний доступ.

Материал и методы. Оценивались интенсивность боли (VAS), функциональное восстановление (ODI), качество жизни, частота осложнений и особенности послеоперационного периода.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде у большинства пациентов отмечалось значительное снижение интенсивности болевого синдрома по шкале VAS и улучшение функционального состояния по индексу ODI. Наблюдалось быстрое восстановление двигательной активности и повышение качества жизни. Большинство пациентов были выписаны в день операции или на следующие сутки. Послеоперационные осложнения практически не наблюдались. Клинические преимущества:

1. Минимальная травматизация тканей — благодаря сохранению паравerteбральных мышц и связочного аппарата.
2. Выраженное снижение послеоперационной боли за счёт отсутствия широкой диссекции.
3. Быстрая реабилитация — выписка в день операции или на следующий.
4. Снижение риска эпидурального фиброза — минимум вмешательства в эпидуральное пространство.
5. Отличный косметический эффект — кожный разрез до 8 мм.
6. Низкий риск инфекции и кровопотери — особенно актуально для пожилых пациентов.
7. Возможность выполнения в условиях амбулатории или дневного стационара.

Технические преимущества:

1. Прямой доступ через естественное междужковое окно, особенно на уровнях L4-5-S1, где трансформинальный доступ затруднён.
2. Высокая визуализация под эндоскопическим контролем — точное удаление грыжевого материала и надёжный гемостаз.
3. Минимальный риск повреждения нервных структур благодаря точечному доступу.
4. Возможность радиочастотной абляции края диска и фиброзного кольца для снижения риска рецидива.

Выводы. Интерламинарная эндоскопическая дискэктомия демонстрирует высокую клиническую эффективность, низкую травматичность и короткий послеоперационный период. Методика особенно оправдана при грыжах на уровнях L4-S1 и билатеральной симптоматике благодаря возможности выполнения контралатеральной декомпрессии. Полученные результаты подтверждают целесообразность более широкого внедрения данного подхода в спинальной хирургии.

Ключевые слова: интерламинарная эндоскопическая дискэктомия, контралатеральная декомпрессия, поясничная грыжа диска, минимально инвазивная нейрохирургия, эндоскопическая хирургия позвоночника.

Каримов А.Б.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Кафедра Судебной медицины СамГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – PhD Якубов М.З.

Цель исследования. Выявить характер и особенности формирования повреждений структур крупных суставов у лиц, пострадавших в условиях дорожно-транспортных происшествий.

Материал и методы. Исследование проведено в двух группах наблюдений. Первая группа включала 85 пешеходов, пострадавших в результате столкновения с движущимися транспортными средствами. Вторая группа состояла из 76 велосипедистов, получивших травмы при наезде транспортных средств на движущийся велосипед. Обстоятельства травматизации уточнялись на основании постановлений о назначении судебно-медицинской экспертизы, данных анамнеза, а также материалов предварительного расследования.

Результаты исследования. Установлено, что у пострадавших обеих групп повреждения суставных структур имеют разнообразный характер и зависят от механизма травматического воздействия. Наиболее часто выявлялись ушибы суставов (13,7%), при этом в большинстве случаев (61,5%) они не сопровождались выраженным поражением внутрисуставных структур.

Переломо-вывихи суставов составили 10,5% наблюдений и отличались сочетанием костных повреждений с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей, что указывает на воздействие значительной механической силы и сложный механизм травмы, включающий элементы компрессии, сгибания и ротации.

Повреждения связочного аппарата встречались относительно редко (5,6%) и преимущественно проявлялись в виде растяжений и частичных разрывов. Внутрисуставные переломы были зарегистрированы в 7,4% случаев и носили как оскольчатый характер, так и сопровождались нарушением анатомической целостности суставных поверхностей, что в дальнейшем может приводить к развитию деформирующих артрозов.

Установлено, что характер и тяжесть повреждений суставных структур во многом определяются направлением, силой и точкой приложения травмирующего воздействия, а также положением тела, пострадавшего в момент дорожно-транспортного происшествия. При этом важную роль играет фазность травматического процесса, включающая первичный контакт с транспортным средством и последующее падение на твёрдое покрытие.

Выводы. При механической травме, обусловленной воздействием тупых предметов в условиях дорожно-транспортных происшествий, наряду с переломами костей конечностей часто повреждаются и структуры суставов. В структуре повреждений преобладают ушибы и переломо-вывихи суставов. Характер повреждений определяется механизмом травмы и условиями её возникновения. Изучение особенностей поражения суставных структур имеет важное значение для ранней диагностики, судебно-медицинской оценки и разработки эффективных профилактических мероприятий.

Каримова М.К., Далери С., Холниёзов Ш.Ф.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Улучшение методов диагностики и лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей.

Материал и методы. По распространенности нейрогенная дисфункция мочевого пузыря составляет от 10 до 30%. За последние 10 лет (с 2015г по 2025г) было ретроспективно анализировано 99 (100%) историй болезней детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря. Возраст детей колебался от 1 года до 16 лет. В возрасте от 1 года до 3 лет было 7 (7,07%); от 4 до 7 лет - 19(19,1%); от 8 до 11 лет - 36 (36,3%); от 11 до 13 лет - 30 (30,3%); от 14 до 16 лет - 16 (16,1%) детей. Мальчиков было 31 (31,3%), девочек 68 (68,6%). Чаще наблюдались больные в возрасте от 8 до 11 лет.

Согласно классификации Н.Е. Савченко (1984) и В.М. Державина (1989г), с гиперрефлекторным типом нейрогенной дисфункции мочевого пузыря были обследованы 64 (64,6%) больных. С гипорефлекторным типом нейрогенной дисфункции мочевого пузыря 35 (35,3%) пациентов.

Все больные были разделены на две группы: основная - 70 (70,7%) детей, которые были на обследовании и лечении с 2020 по 2025г. Контрольная - 29(29,2%) больных, которые получили лечение с 2015 по 2019г.

Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш».

Результаты исследования. Выбор тактики лечения больного с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря зависит от типа, выраженности дисфункции мочевого пузыря, эффективности лечения и осложнений со стороны других органов. У всех групп больных было проведено медикаментозное и немедикаментозное лечение. У 93 (93,9%) пациентов было проведено консервативное лечение с помощью антихолинергических препаратов (оксибутинин-дриптан, спазмекс) и В-адреноблокаторов (тамсулозин). У 6 больных при отсутствии эффективности консервативной терапии был проведен хирургический метод лечения в виде (деревации мочевого пузыря, расширяющая цистопластика).

Выводы. Основной целью коррекции нейрогенного мочевого пузыря является снижение высокого внутрипузырного давления, что предотвращает развитие ПМР и рефлюкс-нефропатии, что снижает риск развития инфекции мочевой системы. При эффективности лечения восстанавливаются детрузорно-сфинктерные соотношения, резервуарные функции мочевого пузыря и управляемого мочеиспускания.

Каримова М.Н.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

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

Научный руководитель – чл.-корр. АН РТ, д.м.н., профессор Гаибзода А.Ч.

Цель исследования. Изучить эффективность стентирования сонных артерий у больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью.

Материал и методы. За период с февраля 2020 по сентябрь 2025 г. в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) были прооперированы 30 пациентов с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью. У 22 больных она была обусловлена поражением экстракраниальных ветвей дуги аорты. Из них у 19 пациентов со стенозом бифуркации сонной артерии, у 3 - стеноз позвоночных артерий. У 8 больных имело место стенотическое поражение интракраниальных ветвей внутренней сонной артерии. Для верификации диагноза выполнялись: ультразвуковое дуплексное сканирование, эхокардиография и МР-ангиография. Контрастная ангиография выполнена всем больным. Все пациенты нуждались в коррекции нарушенного кровотока. Показаниями к эндоваскулярному лечению являлись: наличие ограниченных стенозов, поражение интракраниальных сегментов и желание самого больного устранить патологию без разрезов на теле. Противопоказаниями являлись: протяженные атеросклеротические бляшки, рыхлые нестабильные бляшки с риском фрагментации, а также стенозы воспалительного генеза (например, артериит, неспецифический аортоартериит).

Результаты исследования. У 19 пациентов было выполнено стентирование бифуркации общей сонной артерии, у 3 - позвоночных артерий. Также у 8 пациентов выполнено стентирование интракраниальных сегментов внутренней сонной артерии. В 3 случаях одномоментно выполнено стентирование как интракраниальных ветвей, так и бифуркации общей сонной артерии. Использовались стенты фирмы Medtronic, а в интракраниальных сегментах применяли стенты с лекарственным покрытием. Операция проводилась на фоне ранее назначенной антиагрегантной терапии, которая продолжалась и в послеоперационном периоде. Основной точкой доступа для стентирования брахиоцефальных сосудов являлась бедренная артерия. Регресс клинических симптомов после реваскуляризации отмечался на третьи сутки после операции.

Выводы. Реваскуляризирующие операции с применением рентгеноэндоваскулярных методов для профилактики и лечения хронической ишемии головного мозга являются безопасным, малотравматичным и эффективным методом, результаты которого не уступают открытой эндартерэктомии. Применение инновационных технологий позволяет восстановить мозговой кровоток у лиц старшей возрастной группы с множественными поражениями экстра- и интракраниальных сегментов брахиоцефальных артерий.

Каримова Ш.С., Бокиев Ф.Б.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЖИВОТА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. ГОУ

“ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

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

ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения грыж живота ненатяжными способами герниопластики.

Материал и методы. Ненатяжные способы герниопластики в основном были планированы при коррекции гигантских грыж живота. За период с 2010 по 2025 годы для устранения гигантских грыж живота размещение сетчатого протеза по способу in lay была осуществлена 22 пациентам. Больные были оперированы в условиях хирургических отделений РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”.

При изучении анамнеза заболевания и ознакомления с медицинскими документами было установлено, что имелись ряд факторов, которые способствовали развитию гигантского размера грыж передней и переднебоковых стенок живота. Среди общего числа пациентов 12 больных были оперированы по поводу общего перитонита, которым в последующем была предпринята стимуляционная управляемая лапаростомия. В 3 наблюдениях причинами развития гигантских грыж живота явилось тотальное нагноение раны с эвентрацией петель кишечника, что привело к развитию грыжи. В 5 остальных наблюдениях течение после операции было гладкое, но в последующем развилась грыжа в области послеоперационного рубца. При обследовании больных было выявлено, что средние размеры грыжи составили $15,8 \pm 1,1$ и $16,2 \pm 1,2$ см. При вычислении средних размеров грыжевых ворот в учет брали длину и ширину грыжевого дефекта. Разность внутрибрюшного давления измеряли путем вставления катетера в мочевом пузыре.

Среди дополнительных методов диагностики информативным явились рентгенография живота, УЗИ, КТ и МРТ. Вне зависимости от клинического проявления всем больным в предоперационном периоде определяли функцию внешнего дыхания.

Операции выполнялись под эпидуральным и общим обезболиванием. При осуществлении операции сращение стенки желудка к мешку имелось в 2, петли тонкого кишечника – в 11 и толстого кишечника (при локализации грыжи ниже пупка) - в 4 наблюдениях. В остальных наблюдениях содержимое мешка оказалась прядь большого сальника. Внутрибрюшное давление измеряли путем вставления катетера Фолея в просвет мочевого пузыря.

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

У другого пациента на 4 сутки после операции при УЗИ было выявлено скопление жидкости (5,8%) над протезом, однократным пункционным способом была удалена жидкость с удачным исходом. Рецидив грыжи не был отмечен, хронический болевой синдром имел место у двух больных. Смену профессиональной деятельности до проведения операции в условиях РНЦССХ подвергались 4 пациентов.

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

Каримова Ш.С, Махмадкулова Н.А, Бокиев Ф.Б.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЖИВОТА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова. ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”.

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.Х. Маликов

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения грыж живота ненатяжными способами герниопластики.

Материал и методы. Ненатяжные способы герниопластики в основном были планированы при коррекции гигантских грыж живота. За период с 2010 по 2025 годы для устранения гигантских грыж живота размещение сетчатого протеза по способу in lay была осуществлена 22 пациентам. Больные были оперированы в условиях хирургических отделений РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”.

При изучении анамнеза заболевания и ознакомления с медицинскими документами было установлено, что имелись ряд факторов, которые способствовали развитию гигантского размера грыж передней и переднебоковых стенок живота. Среди общего числа пациентов 12 больных были оперированы по поводу общего перитонита, которым в последующем была предпринята стимуляционная управляемая лапаростомия. В 3 наблюдениях причинами развития гигантских грыж живота явилось тотальное нагноение раны с эвентрацией петель кишечника, что привело к развитию грыжи. В 5 остальных наблюдениях течение после операции было гладкое, но в последующем развилась грыжа в области послеоперационного рубца. При обследовании больных было выявлено, что средние размеры грыжи составили $15,8 \pm 1,1$ и $16,2 \pm 1,2$ см. При вычислении средних

размеров грыжевых ворот в учет брали длину и ширину грыжевого дефекта. Разность внутрибрюшного давления измеряли путем вставления катетера в мочевой пузырь.

Среди дополнительных методов диагностики информативным явились рентгенография живота, УЗИ, КТ и МРТ. Вне зависимости от клинического проявления всем больным в предоперационном периоде определяли функцию внешнего дыхания.

Операции выполнены под эпидуральным и общим обезболиванием. При осуществлении операции сращение стенки желудка к мешку имелось в 2, петли тонкого кишечника – в 11 и толстого кишечника (при локализации грыжи ниже пупка) - в 4 наблюдениях. В остальных наблюдениях содержимое мешка оказалась прядь большого сальника. Внутрибрюшное давление измеряли путем вставления катетера Фолея в просвет мочевого пузыря.

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

У другого пациента на 4 сутки после операции при УЗИ было выявлено скопление жидкости (5,8%) над протезом, однократным пункционным способом была удалена жидкость с удачным исходом. Рецидив грыжи не был отмечен, хронический болевой синдром имел место у двух больных. Смену профессиональной деятельности до проведения операции в условиях РНЦССХ подвергались 4 пациентов.

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

Касирзода М.Х., Абдуллозода С.К., Мухиддинов У.О.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНОВИАЛЬНОЙ КИСТОЙ ПОДКОЛЕННОЙ ОБЛАСТИ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Мухамедова И.Г.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения кист подколенной области.

Материал и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения в ортопедическом отделении НМЦ-РТ «Шифобахш» 23 больных (16 (69,6%) женщин, 7 (30,4%) мужчин) с кистами подколенной области. Возраст больных колебался от 23 до 64 лет. У 18 (78,3%) больных киста определялась в нижнемедиальном углу подколенной области в положении максимального разгибания коленного сустава. У 6 (26,1%) больных возникновение кист подколенной области было связано с травмой коленного сустава и сопровождалось разрывом мениска, у 14 (60,8%) - образовались на почве механических перегрузок коленного сустава, у 3 (13,1%) являлись исходом бурсита. В 17 (73,9%) случаях в подколенной области определялось безболезненное, не спаянное с кожей, упруго эластичное, опухолевидное образование, отчётливо выраженное в положении полного разгибания голени и её дряблости при максимальном сгибании голени. Больные отмечали чувство инородного тела в подколенной ямке, ограничение функции сустава после нагрузки или в покое. У 3 (13,1%) больных отмечалось ощущение боли по задней поверхности коленного сустава при физических нагрузках, дискомфорт. При надавливании на плотно эластичное «яйцевидное» образование, размер не менялся, и оно не исчезало при сгибании колена. В 4 (17,4%) случаях до операции больные получали консервативное лечение, заключавшееся в разгрузке суставов, приёме рассасывающего и противовоспалительного действия препаратов. Одному из них было выполнено не менее 3 процедур аспирации содержимого икроножно-полуперепончатой сумки и введение в полость раствора кортикостероидов.

Для определения контуров, границ и величины кист производилось ультразвуковое или МРТ - исследование в области патологического образования. В 18 (78,3%) случаях кистозный мешок располагался между медиальной головкой икроножной мышцы и сухожилием полуперепончатой мышцы. Для исключения новообразования костей составляющих сустав, и другой патологии, проводилась рентгенография в двух проекциях.

Результаты исследования. Оперативное удаление кист производилось путём иссечения или вылущивания из окружающих тканей, стараясь не повреждать стенки до конца операции. В 3 (13,1%) случаях была выявлена гигрома и отсечена от ложа прилегания. У 13 (56,5%) больных при удалении кисты Бейкера небольших размеров (6-7 см), проводилось выделение и отсечение кистозного мешка по соустью от полости коленного сустава, с ушиванием кистозных ворот. В 7 (30,4%) случаях, при кисте Бейкера значительных размеров (8-9 см), проводилась экстирпация кисты с герметичным ушиванием «зоны сообщения» с полостью сустава и пластика местными тканями по типу «дубликатуры». При этом содержимым кист была желеобразная или обычная суставная жидкость, характерная для реактивных синовитов. В послеоперационном периоде, в течение 3 дней, проводилась иммобилизация конечности гипсовой лангетной повязкой, которая в последующем заменялась на ортезную. Осложнений со стороны мягких тканей не наблюдалось. Болевой синдром регрессировал уже в течение первых суток, и полное активное разгибание в суставе было достигнуто у всех больных в первые 24 часа после операции. В отдаленные сроки (до 1 года) у всех больных рецидива заболевания не наблюдалось.

Выводы. Полученные результаты хирургического лечения синовиальных кист подколенной области позволили прийти к выводу, что удаление кист подколенной ямки позволяет купировать болевой синдром, восстановить амплитуду активных движений в коленном суставе и в 95,6% случаях даёт стойкий положительный эффект.

Каттаходжаева Н. Д.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КЕРАТОКОНУСА: АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТОМОГРАФИИ РОГОВИЦЫ

Кафедра Офтальмологии, Ташкентский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мирбабаева Ф.А.

Цель исследования. Проанализировать диагностические возможности современных томографических индексов и алгоритмов машинного обучения для раннего выявления кератоконуса.

Материал и методы. Проведён анализ публикаций и клинических исследований 2015–2025 гг. (совокупная выборка около 5000 пациентов). Оценивались показатели чувствительности и специфичности следующих индексов: BAD-D (Belin–Ambrosio Enhanced Ectasia Display), ARTmax (Ambrosio Relational Thickness max), D-final, Final D, а также алгоритмы искусственного интеллекта (Deep Learning PIRSS, CAD-ML). Сравнение проводилось по данным оригинальных исследований и метаанализов.

Результаты исследования. Классические томографические индексы (BAD-D, ARTmax, D-final) продемонстрировали чувствительность 80–98% и специфичность 74–100%.

ИИ-методы (Deep Learning PIRSS, CAD-ML) показали более высокие показатели: чувствительность 92–97,8% и специфичность 95,6–99,1%. Индекс D-final характеризуется высокой выявляемостью, однако его стабильность в различных популяциях ограничена. BAD-D и ABCD остаются универсальными инструментами скрининга благодаря доказанной воспроизводимости.

Заключение. Современные томографические методы позволяют выявлять кератоконус на ранних стадиях с высокой диагностической эффективностью. Интеграция алгоритмов искусственного интеллекта повышает точность диагностики субклинических форм заболевания. Внедрение ИИ-технологий в офтальмологический скрининг является перспективным направлением развития клинической практики.

Каюмов У.М., Отаев Ш.З., Ганиев А.Э.
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ: ТРАДИЦИОННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ИЛИ eTER ГЕРНИОПЛАСТИКА?

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбанова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Джонов Б.Н.

Цель исследования. Комплексная оценка и сравнительный анализ эффективности двух методов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки - традиционной герниопластики с натяжением тканей и современной малоинвазивной eTER (эндоскопической тотальной экстраперитонеальной) герниопластики, а также оценка влияния различных типов сетчатых имплантатов на послеоперационный период и качество жизни пациентов.

Материал и методы. В исследовании включены 60 пациентов с вентральными грыжами, прооперированных лапароскопическим методом с использованием различных видов сеток, госпитализированных в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи, из которых 38 (63,3%) составляли мужчины и 22 (36,7%) - женщины. Перед операцией всем пациентам проводилось комплексное обследование как: сбор анамнеза, физикальный осмотр с оценкой состояния грыжи, лабораторные исследования (общий и биохимический анализ крови, коагулограмма), ультразвуковое исследование (УЗИ) передней брюшной стенки для определения размеров грыжевых ворот и локализации грыжи, доплерография и дуплексное ангиосканирование сосудов передней брюшной стенки. В хирургические методы включались: традиционная герниопластика с натяжением тканей при которой осуществлялась пластика передней брюшной стенки с натяжением собственных тканей и использования синтетической сетки для усиления и eTER герниопластика выполнялась через 3 минидоступа с использованием эндоскопического оборудования. Сетчатый имплантат размещался в экстраперитонеальном пространстве без натяжения собственных тканей и без повреждения брюшины.

Результаты исследования. В настоящем исследовании убедительно доказана высокая эффективность и безопасность eTER герниопластики по сравнению с традиционной методикой лечения грыж передней брюшной стенки у пожилых пациентов. У пациентов, оперированных методом eTER, отмечено значительное улучшение микроциркуляции: скорость кровотока через 6 месяцев увеличилась до $16,2 \pm 4,0$ см/с (против $11,2 \pm 3,1$ см/с в группе традиционной герниопластики). Болевой синдром в группе eTER был значительно ниже: по шкале ВАШ на 7-е сутки боль оценивалась в среднем $1,5 \pm 0,6$ баллов, тогда как при традиционной герниопластике - $3,4 \pm 0,9$ ($p < 0,01$). Частота послеоперационных осложнений была в 4 раза ниже - 6,7% против 26,7% ($p < 0,05$), а рецидив грыжи за 6 месяцев наблюдения зарегистрирован у 3,3% пациентов после eTER и у 16,7% после традиционной операции ($p < 0,05$). Средняя продолжительность госпитализации у пациентов группы eTER составила $3,9 \pm 0,9$ суток против $6,8 \pm 1,3$ суток в контрольной группе ($p < 0,01$), а время возвращения к трудовой деятельности сократилось с $18,2 \pm 4,1$ до $11,4 \pm 2,6$ дней ($p < 0,01$). Более 93% пациентов, прошедших eTER герниопластику, отметили высокий уровень удовлетворённости лечением, что значительно превышает показатели традиционной группы (70%).

Выводы. Проведённое исследование показало что метод eTER герниопластики демонстрирует превосходство по ряду ключевых клинических показателей, обеспечивая более мягкое течение послеоперационного периода, низкий риск осложнений и рецидивов, а также ускоренное восстановление пациентов. Это подтверждает обоснованность применения eTER герниопластики как предпочтительного подхода при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки, особенно у лиц с высоким операционным риском.

Киличева Г.Ж., Зухуржонова Р.В., Киличев Н.Ж.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЗАКРЫТИЯ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН В
ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Институт педиатрии при Ташкентском государственном медицинском университете. Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Эргашев Н.Ш.

Цель исследования. Оценить клинико-экономическую эффективность и косметические исходы использования кожных степлеров в сравнении с атравматическим ручным швом у детей.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 детей, перенесших плановые абдоминальные операции. Пациенты разделены на 2 группы: I группа (n=30) — внутрикожный шов (полигликонид 3-0); II группа (n=30) — закрытие раны кожным степлером (35 стальных скоб). Оценивались: время закрытия раны (сек), интегральная стоимость этапа и качество рубца по Ванкуверской шкале (VSS) через 3 месяца.

Результаты исследования. Применение степлера сократило время закрытия раны в 5,2 раза: 105 ± 15 сек (II группа) против 550 ± 40 сек (I группа), $p < 0,001$. Несмотря на стоимость расходного материала, общие затраты во II группе были ниже на 10–12% за счет экономии времени работы операционной бригады и анестезиолога. Косметический результат по шкале VSS в группах был сопоставим ($2,1 \pm 0,3$ против $2,3 \pm 0,4$ балла). П-образная геометрия скобок исключала ишемию тканей, что способствовало неосложненному заживлению. Важным аспектом в педиатрии стало полное исключение риска микротравматизации персонала иглами.

Выводы. Использование кожных степлеров в детской абдоминальной хирургии является клинически оправданным. Метод обеспечивает высокий эстетический результат, сопоставимый с прецизионным швом, при существенном сокращении времени наркоза и оптимизации ресурсов клиники. Своевременное удаление скоб на 7–9 сутки гарантирует отсутствие «следов-отпечатков» и высокую удовлетворенность родителей результатом лечения.

Киматов М.Р., Вохидова Ш.Ф., Курбонова И.Ш.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРВЕТИНА ПРИ ОСТРЫХ ФАРИНГИТАХ
Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., дотцент Гуломов З.С

Цель исследования. Изучить клинический эффект аэрозольной формы «Герветин» при лечении фарингитов в монорежиме.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 больных с острыми фарингитами в возрасте от 14 до 60 лет, из них 19 мужчин и 11 женщин, которые получали препарат Герветин-аэрозоль (основная группа) и 12 пациентов, которым проводили общепринятое лечение (контрольная группа). Все пациенты дали добровольное согласие на участие в клинических испытаниях. Обследование пациентов включало общий осмотр, ЛОР-осмотр и рентгенологическое обследование околоносовых пазух.

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью программы статистической обработки STATISTICA 6.0, электронных таблиц Microsoft Excel. Для обработки данных использовали непараметрические методы статистики.

Способ применения и дозы: при лечении препарат применяют путём ингаляции, в каждый носовой ход через каждые 3 часа, но не менее 6 раз в сутки в течение 3-5 дней без каких-либо негативных последствий.

Результаты исследования. У больных основной группы, получавших герветин к 3-му дню лечения наблюдалось улучшение, а к 5 (пятому) дню выздоровление. Проведённые клинические исследования показали, что у всех больных нивелировалась заложенность носа, прекратились выделения из носа, гиперемия, а также восстановилась проходимость носовых ходов. Клинические наблюдения показали, что в группе больных, где применялся препарат «Герветин», показатели стали существенно лучше - повысилось число Т-клеток, нормализовалась бактерицидная функция нейтрофилов, уменьшилась выраженность симптомов интоксикации и клинических симптомов.

В группе контроля отмечены более медленные темпы выздоровления: к 5 дню наблюдалось улучшение, а лишь к 7-8 дню выздоровление. Для профилактики и лечения острыми фарингитами следует начинать использование препарата при непосредственной угрозе заражения и продолжать до тех пор, пока сохраняется опасность заражения. Необходимо подчеркнуть, что использование такого рода препаратов является наиболее безопасным видом лечения а также обеспечивает достижение в очаге патологического процесса терапевтической концентрации действующей субстанции препаратов при минимальном количестве нежелательных системных проявлений.

Вывод. Благодаря хорошей эффективности препарата Герветин, быстрого проникновения в воспалительные ткани и эффективного устранения воспалительного процесса в месте внедрения препарата, его хорошей переносимости и доступностью в использовании, позволяет рекомендовать в качестве обязательной терапии в лечении острых фарингитов, назначение которого способствует быстрому эффективному выздоровлению.

Киргизбоева С.Г., Сафизода С.З., Юсупов Н.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, ВЛИЯНИЕ СЕПТОПЛАСТИКИ НА НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ И ОБОНЯНИЕ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Оценить влияние септопластики на носовое дыхание и обоняние у детей на основе анализа более 212 операций, выполненных в ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш» (Караболо).

Материал и методы. Проанализированы результаты септопластики более у 212 пациентов детского возраста от 5 до 15 лет. Распределение по полу: 140 мальчиков (66%) и 72 девочки (34%). Таким образом, искривление носовой перегородки, потребовавшее хирургической коррекции, у мальчиков встречалось почти в два раза чаще, чем у девочек. Всем пациентам до операции и через 3–6 месяцев после нее проводились: субъективная оценка дыхания по шкале ВАШ, передняя активная риноманометрия и ольфактометрия.

Результаты исследования. Подтверждена высокая эффективность септопластики: у 92% детей отмечено улучшение носового дыхания (рост показателей ВАШ с 3,2 до 8,1 балла). У 18–22% пациентов после стандартной операции выявлена резидуальная респираторная гипосмия, что указывает на необходимость коррекции деформаций в области обонятельной щели. Применение соответствующих методик позволило добиться улучшения обоняния у 84% детей с исходной гипосмией. Внедрение малоинвазивных технологий и бес тампонного ведения снизило частоту осложнений с 8% до 3%.

Вывод. Септопластика у детей 5–15 лет высокоэффективна: на 212 операциях доказано улучшение носового дыхания у 92% пациентов. Мальчики (66%) оперируются чаще девочек (34%). У 18–22% детей даже при хорошем дыхании сохраняется нарушение обоняния, что требует обязательной предоперационной диагностики и коррекции зоны обонятельной щели. Применение малоинвазивных методик позволило снизить частоту осложнений до 3%.

Кодиров З.А., Кодиров А.Р., Раджабов Д.Р.

ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩИХ ФОРМ СЛОНОВОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ПРИВЫЧНУЮ ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

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

Кафедра хирургии №1 ГОУ Таджикский национальный университет
Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Определить влияние резекционно-пластических оперативных вмешательств на изменение двигательной активности и качества жизни пациентов со слоновостью нижних конечностей.

Материал и методы. Проведена клиническая оценка двигательной активности и качества жизни 38 пациентов с деформирующими формами лимфедемы нижних конечностей до и в разные периоды после резекционно-пластических оперативных вмешательств. Среди пациентов всего трое явились лицами мужского пола, а остальные явились женщинами молодого или среднего возраста, что кроме медицинской составляющей также подтверждает социальную значимость этой проблемы. Самому молодому пациенту было 17 лет, взрослому – 65 лет.

У более две трети пациентов (n=30; 78,9%) патология имела локализованный односторонний характер, в частности, справа – 17, слева – 13 случаев. У 8 больных имелась слоновость не только обеих нижних конечностей, но и промежности, с развитием грубых деформаций этой зоны и нарушением мочеиспускания.

Во всех случаях пациентам проведена операция Караванова – дермолипофасциэктомия бедра и голени в изолированном или сочетанном варианте. Уровень двигательной активности пациентов определили с помощью International questionnaire on physical activity (IPAQ).

Результаты исследования. Опрос пациентов показал, что на почве увеличения объёма поражённых конечностей и их деформации отмечалось прогрессирующее снижение уровня их привычной двигательной активности, как по времени, так и по локомоции. В частности, ни один пациент не смог выполнить интенсивную физическую нагрузку по типу полевых работ, бега, быстрой ходьбы, работы на придворных земельных участках и т.д. Более того, из-за болевого синдрома, увеличенного бедра и/или голени, а также деформированной конечности пациенты зачастую не могли удобно сидеть на корточках или же со скрещёнными ногами, ни один из мужчин со слоновостью не мог ездить на велосипеде. Средняя сумма баллов, полученных при опросе, составила $14,2 \pm 3,4$ баллов.

Таким образом, до проведения корригирующих форму и объём нижних конечностей оперативных вмешательств, все пациенты со слоновостью имеют низкую физическую активность, хотя абсолютное большинство из них имеет желание повысить уровень своей физической активности. После проведённых операций у 33 человек отмечалось поэтапное повышение уровня физической активности и значительно облегчились локомоторные движения нижних конечностей. Однако у 5 пациентов с двухсторонними поражениями такого не было отмечено, так как они перенесли не только операцию на одну конечность, но и по возрасту относились к лицам более старшей возрастной группы.

Качество жизни пациентов изменилось столь, что абсолютное большинство из них не нуждались в ручных вспомогательных средствах передвижения, а также могли совершать наклон и сидеть со скрещёнными ногами или на корточках. Показатели средней суммы баллов через 6 месяцев операции увеличились почти в три раза составив $41,5 \pm 5,3$ баллов.

Выводы. Слоновость нижних конечностей приводит к существенному снижению и ограничению физиче-

ской активности пациентов. Резекционно-пластические операции с удалением большого объема измененной кожи и подкожной клетчатки приводят к устранению грубой деформации и улучшению локомоторных движений в нижних конечностях, позволив тем самым ежедневно заниматься обычными или чрезмерными физическими упражнениями.

Кодиров З.А., Кодиров А.Р., Рахмонов Ч.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИМФООТТОКА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ЛИМФЕДЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Кафедра хирургии №1 ГОУ Таджикский национальный университет

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты и эффективность микрохирургического лечения лимфедемы нижних конечностей.

Материал и методы. По дизайну работа имела проспективный рандомизированный характер и преследовала цель оценки микрохирургического восстановления проходимости лимфатических сосудов паховой области как радикальный метод лечения вторичной лимфедемы нижних конечностей. Объектами исследования явились 13 пациентов, преимущественно мужского пола (10 пациентов) молодого и среднего возрастов, женщин было трое. Возраст пациентов варьировал от 17 до 65 лет, составив в среднем $40,6 \pm 5,8$ лет. Все пациенты при поступлении имели декомпенсированную лимфатическую недостаточность и не менее десяти раз получали консервативное лечение. Для диагностики венозного генеза пациентам было выполнено дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей. Изучение дренажной способности лимфатической системы нижних конечностей проводили с использованием пробы Мак-Клюра и Олдрича. Всем пациентам под местным обезболиванием выполнили ревизию паховой области и после идентификации адекватных проходимых анастомозов выполнили лимфа-венозный анастомоз.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции составила $95,5 \pm 10,5$ минут, средняя продолжительность госпитализации пациентов – $9,2 \pm 1,4$ суток. В раннем послеоперационном периоде только у одного пациента наблюдалась лимфорея из паховой раны, которая была скорректирована консервативным путем. Остальные пациенты в течение одной недели получали курс комплексного стационарного консервативного лечения лимфедемы.

Главным критерием эффективности проведенных операций явилось уменьшение или исчезновение периферического отека, в частности стопы и голени. В первые сутки после вмешательства отмечалось незначительное уменьшение отека, тогда как спустя две недели от проведенных операций, у всех пациентов отмечалось уменьшение отеков на 80%. Поддерживающая компрессионная и консервативная терапия позволила в дальнейшем сохранить эффект от проведенного вмешательства.

Выводы. Одним из эффективных методов лечения вторичной лимфедемы нижних конечностей является микрохирургическое формирование новых путей лимфооттока. С целью подкрепления эффективности проведенных реконструктивных операций необходима поддерживающая компрессионная и консервативная терапия.

Коробов А.А.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ, И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИСХОДЫ

ФГБУ «ФНКЦ КМиБ» ФМБА России

Научный руководитель – д.м.н., профессор Кызласов Павел Сергеевич

Цель исследования. Оценить предикторы выполнения адгезиолизиса при лапароскопической радикальной цистэктомии (ЛРЦ) и его влияние на интра- и послеоперационные параметры.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 87 пациентов (медиана возраста 64 года), перенесших ЛРЦ с различными вариантами деривации мочи в период 2022–2025 гг. Критерии включения: гистологически верифицированный мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (pT2–pT4aN0M0). Критерии исключения: неoadъювантная терапия, экстренные операции. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я (n=32) – потребовался адгезиолизис (рассечение спаек), 2-я (n=55) – без адгезиолизиса. Анализировались: индекс массы тела (ИМТ), предшествующие операции на органах брюшной полости и малого таза, количество баллов по шкале ASA, время операции, объем кровопотери, частота интраоперационных осложнений, сроки восстановления функции ЖКТ и длительность госпитализации. Статистическая обработка выполнена с использованием критерия χ^2 и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. В группе адгезиолизиса достоверно чаще встречались пациенты с ИМТ >30 кг/м² (43,8% vs. 21,8%; $p=0,03$) и наличием в анамнезе операций на органах малого таза (68,8% vs. 29,1%; $p<0,001$), в том числе аппендэктомии (40,6% vs. 16,4%; $p=0,02$). Среднее время операции в 1-й группе было значимо выше (385 ± 64 мин. vs. 312 ± 52 мин.; $p<0,01$), также отмечена тенденция к большей интраоперационной кровопотере (480 ± 120 мл vs. 350 ± 90 мл; $p=0,06$). Частота интраоперационных осложнений (ранение кишки, мочеточника) в группе адгезиолизиса составила 12,5% против 3,6% во 2-й группе ($p=0,09$). Время первого отхождения газов ($4,2 \pm 1,1$ сут. vs. $3,4 \pm 0,8$ сут.; $p<0,05$) и длительность послеоперационного койко-дня ($16,5 \pm 3,2$ сут. vs. $13,8 \pm 2,5$ сут.; $p<0,05$) были больше в группе с адгезиолизисом. Летальных исходов не зафиксировано.

Выводы. Предикторами выполнения адгезиолизиса при ЛРЦ являются наличие в анамнезе операций на органах малого таза и ожирение (ИМТ>30). Адгезиолизис ассоциирован с увеличением времени операции, тенденцией к росту интраоперационных осложнений и достоверным удлинением сроков послеоперационной реабилитации и госпитализации. Выявление этих факторов на дооперационном этапе позволяет оптимизировать хирургическую тактику.

Косимов И.О., Муллоев И.Дж., Усмонов И.М.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ИМПЛАНТАЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ ТАЗОВОГО ДНА

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность усовершенствованных хирургических подходов к имплантации почечного трансплантата у пациентов с выраженным атеросклеротическим поражением подвздошных сосудов.

Материал и методы. Проведен анализ результатов трансплантации почки у 84 пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, у которых по данным предоперационной КТ-ангиографии выявлены признаки атеросклеротического поражения подвздошных сосудов.

Пациенты были разделены на две группы. В основную группу вошли 42 пациента, у которых применялись модифицированные методы сосудистой имплантации трансплантата, включающие предварительную оценку степени стеноза сосудов, использование альтернативных участков сосудистого анастомоза, а также применение сосудистой пластики при выраженных атеросклеротических изменениях. Контрольную группу составили 42 пациента, у которых использовались стандартные методы сосудистой имплантации почечного трансплантата.

Оценивались продолжительность сосудистого этапа операции, частота сосудистых осложнений (тромбоз, стеноз анастомоза), а также ранняя функция трансплантата по уровню креатинина крови и суточному диурезу. Статистический анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -критерия Пирсона ($p<0,05$).

Результаты исследования. Средняя продолжительность сосудистого этапа операции составила $34,6\pm 7,8$ минуты в основной группе и $39,2\pm 8,5$ минуты в контрольной группе ($p=0,04$). Сосудистые осложнения наблюдались у 4,8% пациентов основной группы и у 14,3% пациентов контрольной группы ($p=0,03$).

У пациентов основной группы отмечалась более быстрая нормализация функции трансплантата: уровень креатинина на 7-е сутки после операции составил 148 ± 39 мкмоль/л против 176 ± 44 мкмоль/л в контрольной группе ($p=0,02$).

Также установлено, что предварительная ангиографическая оценка подвздошных сосудов и использование модифицированных методов сосудистой реконструкции позволяют значительно снизить риск тромбоза сосудов трансплантата у пациентов с выраженным атеросклерозом.

Выводы. Атеросклеротическое поражение подвздошных сосудов существенно усложняет имплантацию почечного трансплантата и повышает риск сосудистых осложнений. Применение усовершенствованных методов хирургической реконструкции сосудов позволяет повысить безопасность операции и улучшить ранние функциональные результаты трансплантации почки.

Косимов И.О., Хамидов Ф.М., Усмонов И.М.

ВЛИЯНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДВЗДОШНЫХ СОСУДОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние атеросклеротического поражения подвздошных сосудов на технические особенности операции и ранние результаты трансплантации почки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов трансплантации почки у 96 пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью. По данным предоперационной мультиспиральной КТ-ангиографии пациенты были разделены на две группы: с признаками атеросклеротического поражения подвздошных сосудов ($n=44$) и без выраженных сосудистых изменений ($n=52$).

В ходе операции анализировались особенности выполнения сосудистых анастомозов, продолжительность сосудистого этапа операции, а также время тёплой ишемии трансплантата. В послеоперационном периоде проводилась оценка функции трансплантата по уровню креатинина крови, суточному диурезу и данным ультразвуковой доплерографии сосудов трансплантата. Статистический анализ выполнялся с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -критерия Пирсона ($p<0,05$).

Результаты исследования. Атеросклеротическое поражение подвздошных сосудов выявлено у 45,8% пациентов. Наличие выраженного атеросклероза сопровождалось увеличением продолжительности сосудистого этапа операции ($38,4\pm 8,1$ мин против $30,6\pm 7,4$ мин; $p=0,01$) и времени тёплой ишемии трансплантата ($31,7\pm 6,3$ мин против $26,9\pm 5,5$ мин; $p=0,02$).

Сосудистые осложнения наблюдались у 11,4% пациентов с атеросклерозом и у 3,8% пациентов без выраженных сосудистых изменений ($p=0,04$).

Средний уровень креатинина крови на 7-е сутки после трансплантации составил 168 ± 42 мкмоль/л у пациентов с атеросклерозом и 142 ± 35 мкмоль/л у пациентов без сосудистых изменений ($p=0,03$).

Выводы. Атеросклеротическое поражение подвздошных сосудов является значимым фактором риска сосудистых осложнений при трансплантации почки. Предоперационная ангиографическая оценка сосудов и выбор оптимальной хирургической тактики позволяют снизить риск осложнений и улучшить функциональные результаты трансплантации почки.

Косимова Г.С., Шодмонхджаева Х.Н., Кодирова М.А.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ГИГИЕНЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
ГУ ГЦЗ №1, ГУ ГРД №2

Научный руководитель к.м.н., доцент Мавлонова С.Н.

Цель исследования Оценить влияние факторов полового воспитания и особенностей менструальной функции на формирование позитивного отношения к менструации у девочек-подростков.

Материал и методы. Исследование проводилось с февраля по декабрь на базе ГЦЗ №1 г. Душанбе. В исследование были включены 224 пациентки в возрасте от 11 до 17 лет; средний возраст составил $15,0 \pm 1,7$ года. В зависимости от отношения к менструации участницы были разделены на две группы: группа 1 — с позитивным отношением, группа 2 — с негативным отношением.

Проводился сравнительный анализ следующих показателей: возраст, возраст менархе, возраст и источник получения первичной информации о менструации (мать или другие источники — бабушка, сестра, школа, подруга), наличие факторов, способных формировать негативное отношение (нерегулярность и непредсказуемость цикла, обильность и болезненность менструаций), а также особенности организации менструальной гигиены (МГ) дома и в школе. Под этапами МГ понимались последовательность действий и способы утилизации средств менструальной.

Результаты. Из 224 опрошенных девочек 173 (77,2%) относились к менструации положительно, а 51 (22,8%) — отрицательно. Возраст менархе был статистически значимо выше у девочек с позитивным отношением ($12,3 \pm 1,3$ года против $11,8 \pm 1,1$ года; $p=0,023$). При этом возраст получения первичной информации о менструации в группах не отличался (около 10 лет; $p=0,076$). Установлено, что в группе с позитивным отношением достоверно чаще основным источником информации выступала мать (83,2% против 68,6%), тогда как в группе с негативным отношением чаще упоминались другие источники (27,5% против 13,9% $p=0,021$). Трудности при заполнении анкеты отмечались у 17,9% девочек из группы 1 и у 7,8% из группы 2 ($p=0,082$). Девочки с негативным отношением вдвое чаще не вели менструальный календарь (35,3% против 16,8%; $p=0,004$). При этом матери контролировали ведение календаря с сопоставимой частотой в обеих группах. Почти половина участниц в каждой группе считали свои менструации нерегулярными (46,8% и 52,9% соответственно; $p=0,417$). Большинство девочек затруднялись определить критерии регулярного цикла (89,6% и 92,2%; $p=0,875$).

Закключение. Показывают, что позитивное восприятие вопросов репродуктивного здоровья у девочек-подростков формируется при условии раннего, поэтапного и полноценного информирования о менструальном здоровье и правилах гигиены ещё до начала полового созревания. Одним из приоритетных направлений профилактической и просветительской деятельности детского и подросткового гинеколога является работа с матерями, поскольку именно они чаще всего становятся главным источником первичной информации о пубертатных изменениях у дочерей. Кроме того, существенную роль играет обеспечение доступных и комфортных условий для соблюдения менструальной гигиены в общественных местах, особенно в образовательных организациях. Следовательно, проведённый сравнительный анализ групп девочек с разным отношением к менструации позволил определить основные направления совершенствования системы полового воспитания, включая необходимость активного вовлечения матерей в процесс информирования подростков.

Косубаева А.Б., Амангелди А.Е.

БИОПРОТЕЗЫ И ТКАНЕВАЯ ИНЖЕНЕРИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Кафедра хирургических болезней НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан
Научный руководитель: к.м.н., PhD, асс. профессор Жанасова Марал Маратовна,

Цель исследования. Целью работы является систематическое изучение современных достижений в области биопротезных материалов и технологий тканевой инженерии для реконструктивной хирургии клапанов сердца с оценкой их структурных, функциональных и регенеративных свойств.

Материал и методы. Экспериментальное исследование проводилось на четырёх взрослых крысах линии Wistar массой 250–300 г, содержащихся в стандартных лабораторных условиях. Основной целью эксперимента была оценка биосовместимости и ранней тканевой интеграции тканеинженерных клапанных конструкций *in vivo*. Каркасы клапанов из децеллюляризованных матриц, заселённых аутологичными эндотелиальными клетками, имплантировали в позицию лёгочного клапана с использованием микрохирургических методик.

Результаты исследования. Оценивались биосовместимость (гистологически), клеточная интеграция и пролиферация (иммуногистохимически), структурная целостность (макро- и микроскопически), а также проходимость имплантатов как косвенный показатель гемодинамической эффективности. Использование крыс обусловлено их изученной сердечно-сосудистой физиологией и пригодностью для предварительной оценки тканеинженерных конструкций с соблюдением принципов 3R.

Выводы. Тканеинженерные каркасы клапанов сердца продемонстрировали биосовместимость, сохранение структурной целостности и раннюю клеточную интеграцию в экспериментальной модели. Отмечены начальная эндотелизация, репопуляция гладкомышечными клетками и минимальный воспалительный ответ, что указывает на потенциал тканевого ремоделирования и функциональной адаптации. Успешная имплантация и сохранение проходимости конструкций свидетельствуют о возможности применения тканеинженерных клапанов как альтернативы традиционным протезам, особенно в случаях, где важны рост, ремоделирование и долговременная биосовместимость. Полученные данные создают основу для дальнейших доклинических исследований и разработки регенеративных методов в реконструктивной хирургии клапанов сердца.

Куганов Б.С1., Куганов Ш.Б2.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

¹Областной центр хирургии Хатлонской области, Таджикистан

² Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н. Ашуров Р.Г.

Цель исследования. Улучшить результаты дифференцированной тактики хирургического лечения острых эпидуральных гематом, оценивая клинические исходы.

Материал и методы. В период с 2020 по 2025 годы в Государственном учреждении "Комплекс здоровья Истиклол" проходило лечение 29 пациентов с травматическими эпидуральными гематомами (ЭДГ), среди которых 5 женщин (17,24%) и 24 мужчины (82,75%). Средний возраст пациентов составил 30,4 года. У 16 пациентов (55,17%) наблюдалась локализация гематомы справа стороне, в то время как у 13 пациентов (44,82%) – слева. На дооперационном этапе всем пациентам было проведено компьютерное томографическое (КТ) исследование, которое в 99% случаев выявило эпидуральную гематому. Диагноз основывался на оценке общего состояния больного, клинических и неврологических симптомов, а также данных КТ головного мозга. Для оценки динамики сознания до и после хирургического вмешательства, использовалась Шкала комы Глазго (ШКГ, Glasgow Coma Scale) и проводился КТ-контроль головного мозга.

Результаты исследования. У 21 (72,41%) пациента сразу после операции наблюдалось улучшение сознания по шкале Глазго с 7–8 баллов до 11–14. При поступлении 28 (96,55%) пациентов находились в коме. С оценкой по шкале Глазго 7–8 баллов. У 2 (6,89%) пациентов улучшение наблюдалось в течение $\pm$ 4 дней после операции. В анализируемой серии ранних послеоперационных осложнений, включая повторные скопления крови, не зафиксировано. Средняя продолжительность госпитализации прооперированных пациентов не превышала 5-7 дней, что свидетельствует о надежности и эффективности применяемой методики. Эти результаты подчеркивают положительное воздействие хирургического вмешательства на клиническое состояние пациентов, обеспечивая качественное улучшение самочувствия в краткие сроки.

Выводы. Согласно современным нейрохирургическим руководствам (Youmans 2022, Greenberg 2023, Schmidek & Sweet 2012), при хирургическом лечении эпидуральных гематом вскрытие твердой мозговой оболочки (ТМО) обычно не требуется при отсутствии подозрения на субдуральные или внутримозговые гематомы. Однако практический опыт 2026 года, показывает, что промывание субдурального пространства способствует устранению субарахноидального кровоизлияния, улучшает ликвороциркуляцию, снижает неврологическую симптоматику и ускоряет послеоперационную реабилитацию пациентов.

Кудратов Ф.И., Тоирзода М.Р., Шарипов Ф.

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШЕЙСЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

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

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Ризоев В.С.

Цель исследования. Улучшение результата лечения больных с нагноившейся остаточной полостью после эхинококкэктомии из печени.

Материал и методы. В ГУ ГЦ СМП города Душанбе за период с 2022 по февраль 2026 гг. за медицинской помощью обратился 31 больной с нагноившейся остаточной полостью (НОП) после эхинококкэктомии из печени в возрасте от 24 до 57 лет. Женщин было 25 (73,5%), мужчин – 9 (26,5%). Размеры остаточной полости колебались от 5,5 до 13,0 см. В правой доле локализовалась у 26 (76,5%), в левой доле – у 8 (23,5%). Из анамнеза открытая эхинококкэктомия была выполнена у 19 (55,9%), закрытая эхинококкэктомия – у 7 (20,1%) больных и различные варианты перичистэктомии – у 8 (23,5%) больных. При этом 18 (52,9%) операций были проведены традиционным лапаротомным доступом и 16 (47,1%) лапароскопическим методом.

Больные были распределены на 2 группы: основную – 19 (55,9%) больных, которым проведено пункционное лечение нейрогидротического процесса (НОП) под контролем УЗИ, и контрольную – 15 (44,1%), которым проведено традиционное хирургическое лечение. Показанием для выбора больных для проведения пункционного метода лечения (ПМЛ) являлся размер кист не более 8 см. При проведении операции пункционным методом (у больных основной группы, n=19) путём проведения общепринятой методики PAIR (пункция – аспирация содержимого – инъекция – реаспирация) использовались сколексоцидные (с целью достоверного убеждения в ликвидации эхинококковых элементов) и антибактериальные растворы декасана. Больным контрольной группы (n=15) операции были проведены по общеизвестным методикам, при которых доступ выби-

рался в зависимости от расположения кист в печени. С целью диагностики были использованы общелабораторные и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки и лапароскопия.

Результаты исследования. У больных основной группы процедуры были выполнены в амбулаторных условиях, в то время как пациенты контрольной группы были госпитализированы в течение 6–9 дней. В раннем послеоперационном периоде у больных контрольной группы (n=15) в 1 (6,7%) случае отмечалось развитие реактивного экссудативного плеврита справа и в 1 (6,7%) случае – нагноение послеоперационной раны, в то время как среди больных основной группы (n=19) только в 1 (5,2%) случае наблюдался неэффективный результат лечения, который потребовал госпитализации и проведения традиционного метода операции.

Вывод. Таким образом, тщательное проведение диагностики и правильный выбор тактики лечения является основным фактором достижения положительного результата операции у больных с нагноившейся остаточной полостью печени. Применение УЗ-пункционного дренирования в лечении таких пациентов способствует минимализации травматизма операции и раннему восстановлению трудоспособности больных, что позволяет снизить частоту ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и уменьшить сроки их госпитализации.

Куллиев А.С., Мардонзода И.С., Авлоева Ф.Н.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ
кафедра оториноларингология ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель- к.м.н., доцент Махамадиев А.А.

Цель исследования. Оценить эффективность шунтирования барабанной перепонки в сочетании с одномоментной аденотомией при лечении экссудативного среднего отита у детей.

Материал и методы. В ЛОР-клинике ГУ НМЦ РТ под нашим наблюдением находились 16 детей с диагнозом экссудативный средний отит (ЭСО). Среди них было 7 мальчиков и 9 девочек в возрасте от 5 до 12 лет. Большинство пациентов обращались повторно после неоднократных курсов консервативного лечения по месту жительства, не приведших к положительному результату. Всем больным проведено комплекс аудиологических методов исследования.

Результаты исследования. Основными жалобами пациентов были снижение слуха, шум в ушах, ощущение переливания жидкости в ухе и аутофония. При проведении отомикроскопии отмечались тусклая окраска барабанной перепонки, её втянутость, а также формирование ретракционных карманов в расслабленной и натянутой частях. Кроме того, выявлялось наличие жидкости в барабанной полости.

Оценка проходимости слуховой трубы проводилась с использованием проб Тойнби и Вальсальвы, продувания ушей по Политцеру, а также катетеризации слуховой трубы. По данным импедансометрии были выявлены: тимпанометрия тип «В», а рефлексометрии «+» рефлекс, что означает застойные процессы полости среднего уха. По данным тональной пороговой аудиометрии у всех пациентов отмечалось снижение слуха преимущественно на низких и средних частотах при относительном сохранении восприятия высоких частот, что соответствовало кондуктивной тугоухости II–III степени.

Всем пациентам с ЭСО под общей анестезией выполнялась миринготомия в задненижнем квадранте барабанной перепонки с последующей установкой вентиляционного шунта диаметром 1,14 мм (Medtronic Xomed Inc., США) в сформированное перфорационное отверстие. Через установленный шунт обеспечивалось дренирование барабанной полости.

Восстановление проходимости слуховой трубы происходило в различные сроки и составляло от 3 до 5 месяцев. После нормализации функции слуховой трубы шунт удаляли, при этом дефект барабанной перепонки закрывался самостоятельно. Контроль проходимости слуховой трубы проводился с помощью проб Тойнби, Вальсальвы и продувания по Политцеру. К концу периода наблюдения восстановление проходимости слуховой трубы было отмечено у всех пациентов (100%).

Выводы. Таким образом, шунтирование барабанной перепонки при экссудативном среднем отите показало высокую клиническую эффективность по сравнению с ранее применяемыми консервативными методами лечения. Данный метод может быть рекомендован как один из основных и наиболее результативных способов лечения пациентов с экссудативным средним отитом.

Курашов Д.В.
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Зурнаджянц В.А.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с фибропластической индурацией полового члена, путём разработки малоинвазивных способов лечения.

Материал и методы. Малоинвазивный способ хирургического лечения искривления полового члена технический достигается тем, что операцию по устранению искривления полового члена выполняют под местной анестезией на выпуклой стороне искривления полового члена. Через каждые 2 см над кавернозным телом вкалывают атравматичную иглу с не рассасывающейся нитью, подхватывая белочную оболочку на глубину 3–5 мм и выкалывают через 1 см, далее эту иглу разворачивают на 360°, вновь вкалывают в точку выкола, проводят подкожно в обратном направлении и выводят наружу через точку вкола, после чего стягивают концы нити

между собой, устраняя деформацию полового члена, и после устранения деформации полового члена связывают концы нити между собой в подкожный узел. (Приоритет №2024110286)

Результаты исследования. Предложенный нами способ внедрен в работу в урологическом отделении НУЗ Отделенческая больница на станции Астрахань-1 ОАО «РЖД» и ГБУЗ Астраханской области «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова».

В исследовательской работе участвовало 42 пациента БП, которым выполнялись оперативные вмешательства по данной методики. Возраст больных составил от 22 до 64 лет, размер бляшки был более 1,5 см и угол искривления полового члена превышал 45°. Средние сроки заболевания составляли 3-4 месяца. У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений, на 1–3-е сутки после операции у больных появлялись спонтанные эрекции. Средний койко-день составлял 3-5 суток. В течении 1,5 -2 месяцев пациентам рекомендовано воздержание от половой жизни. На момент выписки болевой синдром отсутствовал, все пациенты отмечали удовлетворенность результатом оперативного лечения.

Выводы. Представленная разработка заключается в создании малоинвазивного способа лечения фибропластической индурации полового члена, при котором достигаются следующие результаты: минимальная травматизация тканей в зоне оперативного вмешательства, отсутствие рубцовых процессов в зоне пластики и сохранение мобильности кожи полового члена, отсутствие выраженного послеоперационного отека тканей, отсутствие необходимости дренировать рану, сокращение длительности операции и минимальная кровопотеря, короткий послеоперационный и реабилитационный период.

Курбанова Г.Н., Исупова Ш.Ф., Рахматуллоева Ф.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРЕЗОМ И ПАРАЛИЧОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ СТРУМЭКТОМИИ

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

Научный руководитель - н.и.т. доцент Исмоилова М.А.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексной реабилитации пациентов с послеоперационными парезами и параличами гортани после струмэктомии на основании анализа клинических симптомов и данных инструментального обследования.

Материал и методы. В исследование были включены 23 пациента с клиническими и эндоскопическими признаками пареза (паралича) гортани, после струмэктомии. Программа реабилитации включала медикаментозную терапию (нейротропные препараты, витамины группы В, аскорбиновая кислота, кортикостероиды), физиотерапевтические процедуры (электрофорез, ингаляции), иглорефлексотерапия, фонопедические занятия, внутригортанные вливания.

Оценка эффективности проводилась на основании субъективных жалоб пациентов (качество голоса, дыхания, наличие хрипов) и объективных данных ларингоскопии (визуальная оценка ширины голосовой щели и подвижности голосовых складок) до начала лечения и после завершения курса.

Результаты исследования. В результате проведенного комплексного лечения у 17 (73.9%) пациентов отмечена положительная динамика, а у 6 (26.1%) пациентов с частичным улучшением. Пациенты отмечали облегчение дыхания, увеличение силы и звучности голоса, уменьшение количества хрипов и шумов при фонации.

При эндоскопии гортани зафиксировано расширение голосовой щели и улучшение подвижности голосовых складок. Наиболее выраженный и стойкий эффект наблюдался у 8 (34,7%) пациентов, прошедших несколько курсов реабилитации. Достижение стабильных положительных результатов требовало не только проведения процедур, но и активного участия пациента (выполнение упражнений, соблюдение диеты).

Анализ данных показал, что устойчивое восстановление функции гортани (как при травме возвратного гортанного нерва, так и без явного его повреждения) происходит в течение длительного периода — от 6 месяцев до 2 лет терапии, что согласуется с данными других авторов.

Выводы. Комплексная реабилитация является эффективным методом восстановления голосовой и дыхательной функции при парезах и параличах гортани после струмэктомии. Для достижения значимого и устойчивого результата необходимо проведение нескольких последовательных курсов реабилитации, что способствует поэтапному восстановлению иннервации и функции мышц гортани. Процесс восстановления является длительным, что требует терпения и активного участия пациента в продолжении терапии.

Курбанова Г. Х.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ У ПАЦИЕНТОК С РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ

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

Научный руководитель - академик НАНТ,

д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение структуры и частоты репродуктивных потерь у пациенток, страдающих от рвоты при беременности различной степени тяжести.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении невынашивания Городского родильного дома №1 г. Душанбе. Проанализированы истории 273 пациенток, поступивших в отделение по поводу рвоты беременных, в том числе 240 составили основную группу и 33 – группу сравнения. Основная группа состояла из 111 беременных с лёгкой степенью осложнения, 79 – со средней тяжестью и 50 – с тяжёлой формой. Были изучены течение и исход предыдущих беременностей и особенности течения настоящей беременности с учётом

степени тяжести рвоты беременных. Перенесённые и сопутствующие заболевания в группе с репродуктивными потерями и без неё были идентичны.

Результаты исследований. Изучение репродуктивного анамнеза показало, что структуру причин репродуктивных потерь у исследованного контингента составили следующее: самопроизвольный выкидыш – 41,3% (99), неразвивающаяся беременность – 11,7% (27) преждевременные роды – 6,3% (15), мёртворождение – 6,3% (15), искусственный аборт – 20,4% (49), у одной внематочная беременность, частота которых не зависела от степени тяжести рвоты беременных ($p > 0,05$ ($df = 2$; $\chi^2 = 2,42$)). Анализ результатов течения настоящей беременности показал, что в первом триместре угроза прерывания беременности была диагностирована у 199 (82,9%) ($p > 0,05$ ($df = 2$; $\chi^2 = 2,42$)), во втором триместре – у 4,2% (10), в третьем триместре – угроза преждевременных родов была установлена у 1,7% (4), в группе сравнения во втором и третьем триместрах не были пациентки с угрозой прерывания беременности. Исследование показало, что закономерной зависимости частоты угрозы прерывания беременности от степени тяжести рвоты беременных не было установлено. Например, при лёгкой степени осложнения в первом триместре частота угрозы прерывания беременности составила 82,9% (92), при средней степени тяжести – 83,5% (66) и тяжёлой – 82,0% (41) ($p > 0,05$ ($df = 2$; $\chi^2 = 2,42$)). Во втором триместре – 5,4%, 3,8 и 2,0% соответственно ($p > 0,05$ ($df = 2$; $\chi^2 = 2,42$)). В третьем триместре 1,8%, 1,3% и 2,0% соответственно ($p > 0,05$ ($df = 2$; $\chi^2 = 0,12$)). Исход беременности самопроизвольным выкидышем закончился в 29 случаях. (12,1%), т.е. каждая 10-я беременная с рвотой беременных, во втором триместре – в 2-х случаях. Преждевременные роды с живым плодом произошли у 2-х пациенток (0,9%). Частота самопроизвольного выкидыша не зависела от степени тяжести рвоты беременных – 11,7%, 11,3% и 14,0% соответственно тяжести осложнения ($p > 0,05$). Антенатальная смертность была установлена в 1 сл. При проведении исследований факторов, которые помимо рвоты беременных могли повлиять на исход беременности репродуктивными потерями, не было.

Вывод. Таким образом, проведённые исследования показали, что в репродуктивном анамнезе пациенток, беременность у которых осложнилась рвотой беременных, была высокая частота репродуктивных потерь из-за самопроизвольного выкидыша – 41,3%, неразвивающейся беременности – 11,7%, преждевременных родов – 6,3%, искусственного аборта – 20,4%. При настоящей беременности у них также была высокая угроза невынашивания, которая была особенно выражена в первом триместре беременности и которая в 12,1% случаев завершилась самопроизвольным выкидышем. При этом не была установлена закономерность между частотой репродуктивных потерь от степени тяжести течения рвоты беременных. Следовательно, необходимо проводить исследования, изучающие патогенетическую взаимосвязь причин между рвотой беременных и невынашиванием беременности, которые приводят к высокой частоте репродуктивных потерь. С целью профилактики этих осложнений необходимо усилить прегравидарную подготовку пациенток.

**Курбонзода Д.Р., Хусейнова Ш.С., Курбонбекова Ш.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Шокири У.Г.

Цель исследования. Изучить эффективность лапароскопических вмешательств при внематочной беременности.

Материал и методы. В 2025 году в гинекологическом отделении ГУ «Республиканская клиническая больница Дангаринского района» было выполнено 26 оперативных вмешательств по поводу внематочной беременности. Возраст пациенток варьировал от 24 до 36 лет. Всем больным проведено лапароскопическое оперативное вмешательство.

Результаты исследования. В 24 случаях выполнена односторонняя тубоовариэктомия. В 2 случаях отмечалась двусторонняя локализация внематочной беременности. В ходе исследования оценивались особенности клинического течения заболевания, объём оперативного вмешательства, а также результаты послеоперационного периода.

Установлено, что применение лапароскопии при внематочной беременности позволяет своевременно верифицировать диагноз и выполнить малотравматичное хирургическое вмешательство. Послеоперационный период у всех пациенток протекал гладко, без осложнений. Больные получали антибиотикотерапию в течение 3 дней. Отмечено сокращение сроков госпитализации: с 7 дней при традиционных операциях до 3 дней после лапароскопических вмешательств. Также наблюдались быстрое восстановление трудоспособности и благоприятные клинические результаты лечения.

Выводы. Лапароскопические вмешательства при внематочной беременности являются эффективным и малоинвазивным методом хирургического лечения, обеспечивающим высокую клиническую эффективность и благоприятное течение послеоперационного периода.

**Курбониён Ф.Ш., Сафарова З.Р., Курбониён Ф.Р.
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИНДРОМА «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
PRP-ТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИЯ**

ООО «Медицинский центр Насл». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Курбанов Ш.М.

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированного применения PRP-терапии у женщин с «тонким эндометрием» в циклах ЭКО.

Материал и методы. Проспективное исследование проведено на базе клиники ООО «МЦ НАСЛ» в

2023–2025 гг. с участием 87 пациенток 26–35 лет с первичным и вторичным бесплодием и «тонким эндометрием» (М-эхо $\leq 7,0$ мм по УЗИ на 10–14-й день цикла). После анализа клинико-анамнестических данных пациентки были распределены на две группы: контрольную (n=43), где применялась заместительная гормонотерапия (эстрадиол валерат 4 мг/сут с 3-го по 28-й день цикла в сочетании с микронизированным прогестероном 900 мг/сут вагинально с 14-го по 25-й день в течение 3 месяцев), и группу сравнения (n=44), где дополнительно проводилась PRP-терапия (3 процедуры на 10-й день цикла ЗГТ в программе переноса размороженных эмбрионов). У пациенток с синдромом Ашермана ЗГТ начинали после гистероскопического адгезиолиза. Эффективность лечения оценивали через 4 месяца от начала исследования (через 1 месяц после завершения PRP-терапии); PRP готовили методом двойного центрифугирования.

Результаты исследования. Группы были сопоставимы по возрасту ($30 \pm 1,6$ и $31 \pm 2,2$ года). В структуре причин «тонкого» эндометрия преобладали преждевременная недостаточность яичников (32,1%), синдром Ашермана лёгкой степени (31,0%) и перенесённые ИППП (28,7%); в 8,0% случаев этиология не установлена. У пациенток с ПНЯ часто отмечались операции на яичниках (60,7%) и тубэктомия (39,2%), при синдроме Ашермана — внутриматочные выскабливания (66,6%). ПЦР выявляла преимущественно сочетанные инфекции (хламидии, уреа- и микоплазмы, трихомонады). Прирост толщины эндометрия составил 1,4 мм в контрольной группе и 2,09 мм в группе PRP; средняя толщина увеличилась с 6,3 до 8,3 мм, при этом ≥ 8 мм достигнуто у 95,4% пациенток в группе PRP против 83,7% в контроле ($p < 0,05$). Имплантация произошла у 38,6% пациенток группы PRP, тогда как в контрольной группе у 39,5% перенос был отменён из-за недостаточного роста эндометрия; частота клинической беременности составила 23,2% ($p < 0,05$).

Выводы. Синдром «тонкого» эндометрия имеет многофакторную природу и ассоциирован с гормональными нарушениями, внутриматочными вмешательствами и инфекциями репродуктивного тракта. Комбинированное применение PRP-терапии на фоне ЗГТ способствует улучшению морфофункционального состояния эндометрия, увеличению его толщины и повышению вероятности имплантации в программах ВРТ, однако требует дальнейшей стандартизации и подтверждения эффективности в крупных рандомизированных исследованиях.

**Курбонов А.У., Иброхимзода С.Дж., Игамова М.Ф.,
ДИАГНОСТИКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПЕЧЕНИ**

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайфиддинзода М.Б.

Цель исследования. Изучить основные причины развития, методы диагностики и современные подходы к лечению гепатоцеллюлярного рака печени.

Материал и методы. Проведён анализ отечественной и зарубежной научной литературы, клинических рекомендаций и учебных пособий, посвящённых проблеме гепатоцеллюлярного рака печени. Использовались методы теоретического анализа, систематизации и обобщения научных данных.

Результаты и обсуждение. Установлено, что гепатоцеллюлярный рак печени чаще развивается на фоне цирроза и хронических заболеваний печени. На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет своевременную диагностику. Основными методами выявления ГЦР являются ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также определение уровня альфа-фетопротеина. Современное лечение включает хирургическое вмешательство, трансплантацию печени, loco-регионарные методы и системную терапию.

Выводы.

1. Гепатоцеллюлярный рак печени является одной из ведущих причин онкологической смертности.
2. Ранняя диагностика играет ключевую роль в улучшении прогноза заболевания.
3. Комплексный подход к лечению позволяет повысить выживаемость пациентов.

**Кутин Е.С., Попова А.О., Моисеенко А.А.
ИНФРАКРАСНАЯ ТЕРМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ВАЗОМОТОРНОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ
ИНЪЕКЦИИ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А.**

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Научный руководитель – д.м.н., профессор Васильев Ю.Л., к.м.н., доцент Кытько О.В.

Цель исследования. Оценить динамику температуры кожи лица в точках введения ботулинического токсина типа А в области лба с использованием инфракрасной термографии для характеристики вазомоторного ответа тканей и процессов восстановления кровотока после процедуры в зависимости от функциональной принадлежности мимических мышц.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и клиники «Ю Клиник». В исследование были включены 126 пациенток в возрасте 19–59 лет, средний возраст которых составил $34,4 \pm 1,2$ года. Всем участницам выполнялись инъекции ботулинического токсина типа А (Миотокс, Ксеомин, Диспорт, Релатокс) в стандартные точки области лба и межбровья. Измерение температуры кожи проводилось с использованием медицинского инфракрасного тепловизора в девяти контрольных точках (T1–T9), соответствующих верхнему (T1–T4) и нижнему (T5–T6) мышечному пучку m. frontalis, а также m. corrugator supercilii и m. procerus (T7–T9). Термографические измерения выполнялись до процедуры, сразу после инъекции, через 30 минут, а также через 14 и 30 дней после вмешательства. Для оценки изменений использовались абсолютные значения температуры и их процентное отклонение от исходного уровня. Статистиче-

ская обработка данных проводилась с применением дисперсионного анализа с повторными измерениями (ANOVA) и апостериорных тестов при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В ходе исследования была выявлена характерная трехфазная динамика изменения температуры кожи после введения ботулинического токсина. Непосредственно после процедуры отмечалось статистически значимое снижение температуры в контрольных точках на 1,7-4,8%, что, вероятно, связано с кратковременным спазмом микрососудов вследствие травмы тканей и воздействия препарата. Через 30 минут наблюдалось повышение температуры, превышающее исходные показатели на 2,35-5,8%, что отражает развитие реактивной гиперемии и восстановление локального кровотока. На этапах наблюдения через 14 и 30 дней показатели температуры постепенно возвращались к исходному уровню, что свидетельствует о стабилизации микроциркуляции и формировании устойчивого терапевтического эффекта. Наиболее выраженные и устойчивые изменения температуры были зафиксированы в точках T7-T9, соответствующих *m. corrugator supercilii* и *m. procerus*, что может быть связано с более глубоким расположением мышц и высокой плотностью сосудистой сети в данной зоне. Дополнительно было отмечено статистически значимое уменьшение толщины кожной складки в области лба: через 14 дней снижение составило 24,2%, а через 30 дней — 39% по сравнению с исходными значениями.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что инфракрасная термография является информативным и неинвазивным методом объективной оценки локального сосудистого ответа тканей на инъекции ботулинического токсина типа А. Наблюдаемая последовательность изменений температуры, включающая фазу вазоспазма, последующую реактивную гиперемию и дальнейшую нормализацию показателей, отражает физиологические этапы микроциркуляторной реакции тканей на инъекционное воздействие. Наиболее выраженные термографические изменения регистрируются в проекции мышц-депрессоров межбровной области, что позволяет рассматривать данные зоны как наиболее информативные для мониторинга эффективности ботулинотерапии. Выявленные паттерны вазомоторного ответа открывают перспективы для использования термографии в качестве инструмента объективного контроля точности доставки препарата в целевые мышечные группы и персонализации его дозирования в эстетической медицине, а также в диагностике нежелательных явлений и скрытых хронических воспалительных процессов.

Лоикзода Р., Абдуллоева М.Н.

ВЫЯВЛЕНИЕ АДЕНОМИОЗА НА ФОНЕ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ

Кафедра акушерства и гинекологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана

Научный руководитель — Умарзода Т.С.

Цель исследования. Изучить появления аденомиоза после осложненных родов.

Материал и методы. В ходе исследования были сформированы две группы: 1 группа ($n = 51$) - первородящие женщины с установленным аденомиозом 1 и 2 степени, и 2 группа (контрольная группа, $n = 50$) - здоровые первородящие женщины без ультразвуковых, клинических и гистероскопических признаков аденомиоза.

Результаты исследования. У 6,9% пациенток с аденомиозом (1 группа) случился самопроизвольный выкидыш, в сравнении с 0,6% в контрольной группе (2 группа), $p < 0,001$. Замершая беременность в сроке от 7 до 10 недель наблюдалась у 3,3% пациенток в первой группе и у 0,6% во 2 группе. Преждевременные роды в период 28-30 недель и роды в период до 28 недель составили 2,2% и 3,1% соответственно в 1 группе, $p < 0,001$. Во 2 группе не было очень ранних преждевременных родов, но было выявлено 0,7% случаев ранних преждевременных родов (29 недель). Роды в срок от 30 до 37 недель наблюдались в 17,9% случаев в группе пациенток с аденомиозом и в 1,8% случаев в группе без установленного аденомиоза. Из пациенток 1 группы 1,1% были экстренно прооперированы по причине преждевременной отслойки плаценты, 0,7% из-за тяжелой преэклампсии, и 1,5% из-за критического состояния плода на фоне задержки внутриутробного развития. Частота осложнений в родах так же была выше среди больных аденомиозом. Так, 28,2% беременных в 1 группе начали родовую деятельность после патологического прелиминарного периода. У 16,1% случился преждевременный разрыв плодных оболочек. Во 2 группе эти осложнения наблюдались в 6,9% и 4,6% случаев соответственно. Среди пациенток 1 группы первичная слабость родовой деятельности отмечалась в 21,2% случаев. Вторичная слабость родовой деятельности в этой группе была выявлена у 8% женщин. У 20,3% пациенток 1 группы диагностирована интранатальная гипоксия плода. В контрольной группе это состояние обнаруживалось с значительно меньшей частотой, составив 5% всех случаев. Из-за большей частоты осложнений беременности и родов, количество осуществленных экстренных кесаревых сечений в группе женщин, страдающих аденомиозом существенно превышало этот показатель во 2 группе, составив 35,1% против 7,2%, $p < 0,001$. Число же плановых кесаревых сечений не имело существенных отличий между двумя группами (11,5% и 10% соответственно), ($p > 0,05$). Полученные данные говорят о существенном повышении числа осложнений родов, позволяя рассматривать аденомиоз как фактор риска развития этих осложнений. Среди ранних послеродовых осложнений у пациенток 1 группы зафиксирована высокая частота гипотонических кровотечений — 8,3%, в сравнении с группой контроля, где эта частота составляла 1,9%. Субинволюция матки как осложнение послеродового периода была установлена у 4% родивших в группе женщин, больных аденомиозом. Этот показатель в группе контроля составил 1,7%, лохиометра в 1 группе встречалась у 8,1%, в сравнении с 0,5% во 2 группе, ($p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, понимание особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с аденомиозом играет важную роль в оптимизации репродуктивного здоровья и снижении риска осложнений в данной категории пациенток.

Лоикшозода М., Иматов К.К., Абдуллозода Х.Т.
СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УЩЕМЛЕНИЯХ ВЕН-
ТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Назаров Х.Ш.

Цель исследования. Улучшение послеоперационных результатов лечения больных с ущемлёнными вентральными грыжами.

Материал и методы. Материал включает в себя результаты лечения 47 больных с ущемлёнными вентральными грыжами, которые были госпитализированы в Государственное учреждение Городского центра скорой медицинской помощи города Душанбе с 2025 по февраль 2026 года. Женщин было 32 (68,1%), мужчин - 15 (31,9%). Возраст больных колебался от 21 до 63 лет. Срок госпитализации с момента ущемления до госпитализации составлял от 1 до 36 часов. Среди всех пациентов ущемлённые паховые грыжи выявлены в 18 (38,4%) случаях, среди которых у 2 (4,2%) больных имел место рецидив заболевания, послеоперационные вентральные грыжи наблюдались в 16 (34%) случаях и пупочные грыжи в 13 (27,6%) остальных случаях.

В 31 (66%) случаях грыжесечение было выполнено под спинальной анестезией, в 12 (25,5%) случаях - под местной анестезией и у 4 (8,5%) больных - под общим обезболиванием. В зависимости от применяемого метода лечения, с целью оценки результатов эффективности проведенных лечебных мероприятий все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 29 (61,3%) больных, которым для ликвидации грыжевого ворота был использован шовный материал - нейлона, и в послеоперационном периоде в обязательном порядке этим пациентам были назначены НПВС и антигистаминные препараты. В контрольную группу входили 18 (38,3%) больных, которым для ликвидации грыжевых ворот был использован различный шовный материал, и в послеоперационном периоде им была назначена обычная послеоперационная терапия.

Всем больным были проведены общеклинические, лабораторные (общеклинические и биохимические) и инструментальные (ЭКГ, обзорная рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ грыжевого выпячивания и органов брюшной полости) методы диагностики.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде у больных основной группы (n=29) только в 2 (6,9%) случаях наблюдался инфильтрат послеоперационной раны, при котором была назначена соответствующая консервативная терапия с положительным эффектом.

Среди больных контрольной группы (n=18) в 2 (11,1%) случаях наблюдалось нагноение послеоперационной раны и в 1 (2,1%) случае - образование серомы в послеоперационной ране.

Вывод. Применение синтетического шовного материала нейлона в сочетании с проведением противовоспалительной и антигистаминной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных с ущемлёнными вентральными грыжами снижает риск развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и тем самым способствует раннему восстановлению трудоспособности данной категории больных.

Лутфуллаев Х.З.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Кафедра общей хирургии. Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – PhD, доцент Дусяров М.М.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с ущемленными вентральными грыжами за счет разработки и внедрения методов герниопластики без натяжения.

Материал и методы. Исследование было основано на данных 242 пациентов, которые проходили хирургическое лечение в многопрофильной клинике СамГМУ с 2020 по 2025 годы из-за ущемленных грыж передней брюшной стенки с осложнением в виде кишечной непроходимости. Основная группа пациентов состояла из 136 человек, которым было проведено оперативное лечение с использованием синтетических имплантатов, также известных как «ненатяжная» герниопластика. В этой группе были пациенты с различными типами ущемленных грыж, включая паховую грыжу 46 (33,8%), пупочную грыжу 38 (27,9%) и послеоперационную вентральную грыжу 52 (38,2%).

Результаты исследования. Было проведено исследование у 60 человек, которые прошли операцию по ущемленной послеоперационной вентральной грыже с осложнением кишечной непроходимостью, чтобы изучить изменения уровня внутрибрюшного давления. 32 пациента составляли основную группу, которая прошла «ненатяжную» герниопластику, а 28 человек составляли контрольную группу, которая прошла «натяжную» герниопластику. У 86,7% пациентов диагностировали внутрибрюшную гипертензию II и III степени.

Лечение ущемленных паховых грыж было проведено с помощью метода Лихтенштейна, который включал в себя установку синтетического имплантата на задней стенке пахового канала у 46 пациентов. У девяносто пациентов были ущемленные пупочные грыжи и послеоперационные вентральные грыжи; сорок использовал метод накладки, тридцать два использовали метод накладки с установкой синтетического имплантата с П-образными швами, и восемнадцать использовали комбинированный метод накладки и накладки без ушивания дефекта.

Выводы. Во-первых, использование новых методов ненатяжной герниоаллопластики, таких как "onlay" с П-образными фиксирующими швами для меньших размеров грыжевых ворот (W1-W2) и комбинированный подход "onlay+sublay" для более крупных (W3-W4), существенно снижает вероятность осложнений, таких как компартмент-синдром, и снижает риск рецидива грыжи с 19,1% до 5,4%.

Во-вторых, предложенная стратегия лечения для пациентов с ущемленными грыжами, осложненными

кишечной непроходимостью, учитывает различные факторы, такие как степень энтеральной недостаточности, уровень внутрибрюшного давления и характер грыжи. Это позволяет существенно снизить частоту абдоминальных осложнений с 20,7% до 4,4%, общих послеоперационных осложнений с 28,3% до 11,3%, летальность с 5,2% до 1,5%, а также раневых осложнений с 28,3% до 8,8%.

Лямзин А.В.

БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ И КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЮНОШЕЙ АСТЕНИЧЕСКОГО СОМАТОТИПА

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Россия.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Волошин В.Н.

Цель исследования. Установить пределы билатеральной изменчивости и корреляционные связи между антропометрическими параметрами плеча и голени юношей астенического соматотипа.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 48 юношей. В работе использовалась возрастная периодизация, принятая на VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии (1965 г.). Все юноши дали письменное информированное согласие на проведение исследования. Материал для представленной работы собран с соблюдением правил биоэтики и, согласно закону о защите личных данных, при дальнейшей обработке был деперсонифицирован. Длину и массу тела, окружность грудной клетки юношей определяли с использованием стандартного набора инструментов. С помощью сантиметровой ленты с точностью до 1 мм проводили измерение правого (ПП) и левого плеча (ПЛ) в напряженном состоянии, правой (ГП) и левой голени (ГЛ) в местах их наибольшего диаметра. Соответствие распределения значений указанных выше параметров закону нормального распределения проверяли с использованием критерия Шапиро-Уилка. Тест на однородность дисперсий осуществляли с использованием критерия Брауна-Форсайта. Так как нулевая гипотеза по данным критериям была отвергнута, дальнейшую обработку полученных данных проводили с применением непараметрических статистических методов. Сравнение изучаемых параметров на контрлатеральных конечностях проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Корреляционный анализ проведен с применением метода Спирмена (rs). Для коэффициента корреляции рассчитывали его 95% доверительные интервалы (CI, confidence interval). Критический уровень значимости указанных выше статистических критериев определен на уровне 0,05. Статистическая обработка полученных данных и визуализация результатов исследования реализованы в среде программирования R.

Результаты исследования. Медиана ПЛ юношей составила 28,55 [27,05; 31,20] см при минимальном и максимальном значениях 20,70 и 37,50 см соответственно. Медианы ПП и ГЛ определены на уровне 28,65 [27,43; 31,25] и 33,75 [33,00; 35,17] см. Описательные статистики ГП составили: медиана 33,90 мм, нижний и верхний квартили – 33,00 и 35,35 мм, минимальное и максимальное значения – 28,80 и 40,90 мм.

Сравнение между собой показателей ПП и ПЛ позволило подтвердить нулевую гипотезу об отсутствии статистически значимых различий между ними ($W=371,00$; $p=0,737$). Подобные результаты были получены и при сравнении ГП и ГЛ ($W=398,00$; $p=0,928$).

Между изучаемыми морфометрическими параметрами контрлатеральных конечностей юношей установлены сильные положительная корреляционные связи. Максимальные значения коэффициента корреляции Спирмена определены между ПЛ и ПП ($rs=0,97$ (95% CI [0,93; 0,99]), $p<0,001$), ГЛ и ГП ($rs=0,95$ (95% CI [0,90; 0,98]), $p<0,001$). Несколько менее выраженные, но при этом сильные корреляционные связи установлены между ПЛ и ГП ($rs=0,78$ (95% CI [0,57; 0,89]), $p<0,001$), ПЛ и ГЛ ($rs=0,80$ (95% CI [0,61; 0,91]), $p<0,001$).

Выводы. Определены пределы билатеральной изменчивости морфометрических параметров плеча и голени юношей астенического соматотипа. Установлено, что билатеральная асимметрия обхватных размеров плеча и голени юношей отсутствует. Корреляционный анализ между изучаемыми параметрами позволил установить сильные положительные корреляционные связи между параметрами антропометрии контрлатеральных конечностей.

Мавлонов М.А., Курбонова И.Ш., Шехалиев И.А.

МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ЕЁ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Кафедра судебной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – Розиков Н.Ш.

Цель исследования. Изучить видовой состав микрофлоры полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов и определить чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Материал и методы. Чувствительность микроорганизмов к антибиотикам определяли диффузионным методом с использованием стандартных антибиотических дисков. Суточную культуру выделенных штаммов наносили на поверхность агар Мюллера-Хинтона, после чего размещали диски с антибактериальными препаратами и инкубировали при температуре 37 °С в течение 24 часов. Оценка результатов проводили по диаметру зоны задержки роста вокруг диска: S – чувствительные штаммы, I – промежуточная чувствительность, R – резистентные.

Результаты и их обсуждение. Анализ микрофлоры полости рта показал, что стафилококки и стрептококки в монокультуре выявлялись в 23,8% случаев, в ассоциации с грибами рода *Candida* – в 38,1%. Выделенные штаммы *Staphylococcus aureus* продемонстрировали высокую чувствительность к эритромицину, цефтазидиму, имипенему, меропенему, цефтриаксону, моксифлоксацину и хлорамфениколу; промежуточную чувстви-

тельность – к ципрофлоксацину, линезолиду, левофлоксацину, цефотаксиму и гентамицину. Наибольшая устойчивость отмечена к налидиксовой кислоте, бензилпенициллину, ампициллину и азитромицину. Стрептококки характеризовались высокой чувствительностью к цефазолину, цефтриаксону, амоксициллину, амоксициллину/клавулановой кислоте, имипенему и цефотаксиму. Устойчивость выявлена к ципрофлоксацину, азитромицину, налидиксовой кислоте, моксифлоксацину, ампициллину, левофлоксацину, ванкомицину и бензилпенициллину. Штаммы *Pseudomonas aeruginosa* проявили высокую чувствительность к амикацину, меропенему и ципрофлоксацину; к другим исследованным препаратам отмечена выраженная устойчивость, что может быть обусловлено природной (генетически детерминированной) резистентностью данного микроорганизма. Изоляты рода *Klebsiella* продемонстрировали высокую чувствительность к цефтазидиму, имипенему, меропенему, гентамицину, цефтриаксону, ципрофлоксацину и колистину. *Enterococcus faecalis* был высокочувствителен к амоксициллину и азитромицину; промежуточная чувствительность отмечена к ванкомицину, линезолиду и цефтриаксону. Грибы рода *Candida* проявили высокую чувствительность к флуконазолу, умеренную – к нистатину и устойчивость к имипенему.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных пациентов микрофлора полости рта характеризуется высокой частотой выявления стафилококков и стрептококков как в монокультуре (23,8%), так и в ассоциации с грибами рода *Candida* (38,1%). Выделенные штаммы *S. aureus* и стрептококков сохраняют чувствительность к ряду β -лактамов антибиотиков и карбапенемов, тогда как отмечается выраженная резистентность к пенициллинам и некоторым фторхинолонам. Грибы рода *Candida* демонстрируют наибольшую чувствительность к флуконазолу. Полученные данные имеют практическое значение для рационального выбора антимикробной терапии у данной категории пациентов.

Мавлонов М.А., Нарзуллаева Н.Дж., Мирзалиева Н.Х.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

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

Центр судебно медицинской экспертизы Хатлонская область. Таджикистан

Научный руководитель – ст. преподаватель Имомов Б.Д.

Цель исследования. Дать судебно-медицинскую оценку случаев смерти от острой алкогольной интоксикации в условиях жаркого климата и определить диагностические критерии, имеющие значение для экспертной практики.

Материал и методы. Проанализированы материалы 13 судебно-медицинских аутопсий лиц, умерших от острой алкогольной интоксикации в весенне-летний период 2015-2025 гг. в г. Душанбе при среднесуточной температуре воздуха выше 30 °С. Среди умерших – 10 мужчин (76,9%) и 3 женщины (23,1%) в возрасте от 41 до 65 лет. Из них 8 человек были обнаружены на улице, 3 – на рабочем месте и 2 – по месту жительства. Судебно-медицинские вскрытия проводились в морге Республиканского центра бюро судебно-медицинской экспертизы по методу Шора. Для химико-токсикологического исследования отбирали кровь, мочу, содержимое желудка, желчь, спинномозговую жидкость и фрагменты внутренних органов. Концентрацию этилового спирта в крови и моче определяли методом газожидкостной хроматографии. Гистологические препараты из внутренних органов изготавливали после фиксации в 10% нейтральном формалине; толщина срезов составляла 5-7 мкм. Окраску проводили гематоксилином и эозином. Микроскопическое исследование осуществляли с использованием микроскопа Olympus (Япония) при увеличении $\times 40$, $\times 100$ и $\times 400$.

Результаты исследования. При наружном исследовании трупов признаков насильственной смерти не выявлено. Во всех наблюдениях концентрация этилового спирта в крови и моче превышала 3,5‰. В 7 случаях уровень этанола составил 3,5-4,0‰; в 4 случаях – 4,0-4,3‰; в 2 случаях – 4,8‰. Указанные показатели соответствуют тяжёлой степени острой алкогольной интоксикации, потенциально совместимой с летальным исходом.

Макроскопическое исследование внутренних органов выявило признаки, характерные как для острого алкогольного отравления, так и для общего перегревания организма.

Для алкогольной интоксикации были типичны:

- выраженные дистрофические изменения миокарда;
- очаговый миолиз кардиомиоцитов;
- венозное полнокровие внутренних органов;
- отёк головного мозга и лёгких.

В ряде случаев дополнительно выявлены морфологические признаки, характерные для теплового воздействия:

- сгущение крови;
- периваскулярные геморагии;
- резкое полнокровие внутренних органов;
- отёк вещества головного мозга;
- пустой и плотный левый желудочек сердца;
- скопление слизи в дыхательных путях.

Микроскопически отмечались нарушения микроциркуляции в паренхиматозных органах и головном мозге, очаги некробиотических изменений в печени и почках, признаки острого повреждения кардиомиоцитов. Выявленные изменения свидетельствуют о сочетанном воздействии этанола и высокой температуры окружающей среды, что приводит к декомпенсации жизненно важных функций. Судебно-медицинская оценка подобных случаев требует дифференциации между изолированным алкогольным отравлением, тепловым ударом и их сочетанием, поскольку морфологические проявления частично перекрываются.

Выводы.

1. В условиях жаркого климата высокая концентрация этилового спирта (более 3,5‰) в крови и моче является объективным химико-токсикологическим критерием острой алкогольной интоксикации.

2. Морфологические изменения у погибших носят сочетанный характер и включают признаки, как алкогольного отравления, так и общего перегревания организма.

3. Для судебно-медицинской диагностики смерти от алкогольной интоксикации в условиях жаркого климата необходимо комплексное сопоставление концентрации этанола в биологических средах с макро- и микроскопическими изменениями внутренних органов, а также с обстоятельствами обнаружения трупа и температурными условиями внешней среды, что обеспечивает объективность и обоснованность экспертного заключения.

4. Жаркий климат выступает фактором, потенцирующим токсическое действие этанола и способствующим более быстрому наступлению летального исхода.

Мавлонов М.А., Назриев С.Б., Бобоназаров М.И.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

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

Центр судебно медицинской экспертизы Хатлонская область

Научный руководитель – доктор (PhD) Назиров С.Н.

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с риском сердечно-сосудистой смертности у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Проведён анализ данных крупных международных проспективных исследований: Framingham Heart Study, Fels Longitudinal Study, Bogalusa Heart Study, Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study, Muscatine Study, Cardiovascular Risk in Young Finns Study, CARDIA Study, Amsterdam Growth and Health Study, Avon Longitudinal Study of Parents and Children, European Youth Heart Study и Childhood Determinants of Adult Health Study, а также национальных и региональных исследований, проведённых в странах Европы.

Результаты исследования. Данные Atherosclerosis Risk in Young Adults Study свидетельствуют о том, что помимо пола, возраста и индекса массы тела, значимыми факторами, ассоциированными с заболеваемостью ССЗ, являются уровень пульсового давления и концентрация липопротеидов высокой плотности (ЛВП). В рамках Muscatine Study установлена выраженная корреляция между наличием кальцификации коронарных артерий и динамикой антропометрических показателей, повышением артериального давления и снижением уровня ЛВП. Исследование Amsterdam Growth and Health Study продемонстрировало, что жировая масса тела в раннем подростковом возрасте обладает наибольшей прогностической значимостью в отношении риска развития сердечно-сосудистой патологии во взрослом состоянии. Кроме того, получены данные о связи злоупотребления алкоголем с удлинением интервала QT у мужчин, что рассматривается как потенциальный механизм повышения риска внезапной сердечной смерти.

Выводы. Высокая распространённость факторов риска ССЗ среди лиц молодого возраста и их доказанная связь с последующей сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью в ближайшие десятилетия определяют необходимость раннего выявления и коррекции модифицируемых факторов риска. Профилактические мероприятия целесообразно начинать уже в раннем подростковом периоде с целью снижения долгосрочного риска сердечно-сосудистой смерти.

Мавлонов М.А., Назриева М.В., Бобоназаров М.И.
ДИАГНОСТИКА И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ
Кафедра судебной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель – доктор (PhD) Назиров С.Н

Цель исследования. Определить морфологические и судебно-медицинские критерии внезапной сердечной смерти и дать их комплексную экспертную оценку.

Материал и методы. Проанализированы материалы 18 судебно-медицинских экспертиз случаев внезапной смерти, зарегистрированных в 2015–2025 гг., при подозрении на заболевания сердечно-сосудистой системы. Возраст умерших составил 45–65 лет. Согласно медицинской документации, у 6 лиц в анамнезе имелся перенесённый инфаркт миокарда. При наружном исследовании трупов признаков насильственной смерти не выявлено. Аутопсии проводились в морге Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы по методу Шора. Для гистологического исследования изымались фрагменты сердца, головного мозга, печени, почек и лёгких. Производился забор крови и мочи для судебно-химического анализа. Определение концентрации этилового спирта в крови и моче выполняли методом газожидкостной хроматографии. Гистологические исследования проводились в патогистологической лаборатории медицинского комплекса «Истиклол». Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, изготавливали срезы толщиной 5–7 мкм с последующей окраской гематоксилином и эозином. Микроскопическое исследование осуществляли с использованием микроскопа Olympus при увеличении $\times 40$, $\times 100$ и $\times 400$.

Результаты исследования. Установлено, что 9 умерших были доставлены бригадой скорой медицинской помощи с улицы, 4 – из дома, 3 – с места работы и 2 – из стационара. Внезапность наступления смерти во всех случаях обуславливала необходимость исключения её насильственного характера, что определяло объём экспертных исследований. Концентрация этилового спирта в крови варьировала от 0,4‰ до 3,0‰. Макроскопическое исследование показало, что в 4 случаях отмечалось выраженное увеличение размеров сердца («бычье сердце»), масса органа составляла от 400 до 700 г. Жировая дистрофия миокарда выявлена у 5 умерших. В 4 наблюдениях масса сердца соответствовала среднестатистической норме. У 5 лиц макроскопически определялись выраженные очаги некроза миокарда и тромбоз венечных артерий; в одном случае выявлены разрыв миокарда и гемотампонада сердца. В 6 случаях отсутствовали выраженные атеросклеротические изменения магистральных коронарных артерий; миокард характеризовался дряблостью, тусклостью и пестротой. Микроскопически выявлялись полнокровие капилляров, стазы форменных элементов крови, очаговый отёк стромы, чередование гипертрофированных и атрофированных мышечных волокон, жировая дистрофия кардиомиоцитов. В 3 случаях при концентрации этанола 3,0‰ отмечались выраженное сосудистое полнокровие, агрегация эритроцитов, набухание эндотелия сосудов микроциркуляторного русла, неравномерность их просвета (локальные сужения и расширения), а также явления миолиза кардиомиоцитов. Среди умерших от ишемической болезни сердца ($n=5$) признаков миолиза не выявлено, однако определялся выраженный внутриклеточный отёк кардиомиоцитов, что отражает гипоксическое повреждение миокарда.

Выводы.

1. При внезапной смерти вследствие ишемической болезни сердца характерными являются очаговые некротические изменения миокарда, тромбозы коронарных артерий, внутриклеточный отёк кардиомиоцитов и нарушения микроциркуляции.

2. При высокой концентрации этилового спирта в крови морфологическая картина характеризуется выраженными расстройствами микроциркуляции (агрегация эритроцитов, стазы, сладж-феномен), набуханием эндотелия, миолизом и жировой дистрофией кардиомиоцитов.

3. Комплексная оценка макро- и микроморфологических изменений с учётом результатов судебно-химического анализа имеет решающее значение при судебно-медицинской диагностике внезапной сердечной смерти и дифференциации её генеза.

Мадазимов Э.С., Абдусаматов К.А., Ньматзода О.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ТРОМБОАСПИРАЦИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИЯХ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

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

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гоибзода А.Дж.

Цель исследования. Изучить ближайшие результаты первого опыта локальной тромбоаспирации с тромболитической терапией у пациентов с тромбоэмболиями лёгочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. Настоящая работа основана на изучении результатов ургентной эндоваскулярной тромбоаспирации и тромболиза ветвей лёгочного ствола. Все пациенты были лицами женского пола, возраст варьировал от 46 до 61 года. Пациенты оперировались в отделении рентгеноэндоваскулярной хирургии ГУ РНЦССХ. Во всех случаях источниками ТЭЛА являлись скрытые или перенесённые тромботические поражения глубокой венозной системы нижних конечностей. Диагностический алгоритм ТЭЛА включил в себя ургентную ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенографию грудной клетки. Однако основным методом распознавания заболевания является КТ-лёгких. Сопоставляя данные КТ и ЭхоКГ (перегрузка правых отделов сердца) в более 90% случаев поставлен правильный диагноз ТЭЛА ещё до ангиографического её подтверждения. Во всех случаях диагностировалось ТЭ обеих лёгких. и компьютерной томографии грудной клетки. Они позволили во всех случаях выявить те или иные характерные лучевые признаки острой субмассивной тромботической обструк-

ции одного или двух главных ветвей лёгочной артерии. Объём вмешательства включал в себя катетеризации периферических вен, ангиографии ветвей лёгочной артерии, механическую дефрагментацию тромбов, эндоваскулярную их аспирацию и селективный локальный тромболизис. В качестве тромболитика во всех случаях был использован раствор Урокиназы, который вводили селективно в толщу тромботических масс.

Результаты исследования. Технический успех выполненных операций составил 100%, т.е. во всех случаях удалось выполнить полное удаление тромбов из лёгочных артерий. Ни у одного пациента в последующем не были отмечены какие-нибудь участки эмболической обструкции. Средняя продолжительность операции составила $105,5 \pm 10,5$ мин.

В раннем послеоперационном периоде сразу же после восстановления кровотока в лёгочной артерии наблюдалось повышение насыщения крови кислородом и значительное снижение парциального давления углекислого газа. Также было отмечено постепенное нивелирование симптомов ТЭ, которое подтвердилось по данным ЭКГ - и ЭхоКГ. Средняя пребываемость пациента в стационаре составила $4,5 \pm 0,5$ суток. В ранние сроки после операции пациенты получали антикоагулянтную, антиагрегантную и антитромботическую терапию, направленные на профилактику тромбообразования.

Выводы. Эндоваскулярная тромбаспирация является одним из эффективных методов лечения тромбозов лёгочной артерии. Регресс всех клинико-инструментальных признаков острой дыхательной недостаточности отмечается уже в ранние сутки после тромбаспирации.

Мамаджонов И., Исакова Х.О., Абдурасулов Р.Н.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель-к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить влияние метаболических и иммунологических факторов на течение ожоговых ран при сахарном диабете.

Материал и методы. В исследование включено 260 пациентов с ожоговыми ранами, находившихся на лечении в специализированных хирургических отделениях. Основную группу составили 130 пациентов с ожоговой травмой на фоне сахарного диабета, контрольную — 130 пациентов без нарушений углеводного обмена. Проводилась оценка клинических параметров раневого процесса, лабораторных показателей (глюкоза крови, HbA1c, C-реактивный белок, уровень альбумина), а также иммунологических и бактериологических характеристик раневого отделяемого. Анализировались длительность заживления ран, частота гнойно-воспалительных осложнений, необходимость повторных хирургических вмешательств и сроки госпитализации. Статистическая обработка данных проводилась с использованием χ^2 -критерия Пирсона, t-критерия Стьюдента и многофакторной логистической регрессии для выявления независимых факторов риска ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с сахарным диабетом течение ожогового раневого процесса характеризуется более выраженными воспалительными и метаболическими нарушениями. Средний уровень HbA1c в основной группе составил $8,2 \pm 1,3\%$, тогда как в контрольной группе — $5,4 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$). Гнойно-воспалительные осложнения развились у 48 пациентов основной группы (36,9%) против 21 пациента контрольной группы (16,2%) ($p = 0,002$). Длительность очищения раневой поверхности у пациентов с сахарным диабетом составила $12,4 \pm 3,6$ суток, тогда как в контрольной группе — $8,1 \pm 2,7$ суток ($p < 0,001$). Средняя длительность госпитализации также была выше у пациентов основной группы ($21,6 \pm 6,4$ суток против $14,3 \pm 4,9$ суток; $p < 0,001$). Многофакторный регрессионный анализ выявил независимые предикторы неблагоприятного течения ожоговых ран: уровень HbA1c $> 7,5\%$ (OR=3,4; 95% ДИ 1,7–6,9; $p = 0,001$), гипоальбуминемия < 35 г/л (OR=2,8; 95% ДИ 1,3–5,9; $p = 0,006$) и наличие микробной контаминации раны более 10^5 КОЕ/мл (OR=3,1; 95% ДИ 1,5–6,4; $p = 0,003$).

Выводы. Ожоговые раны у больных с сахарным диабетом характеризуются более длительным течением и высокой частотой инфекционных осложнений. Наиболее значимыми прогностическими факторами неблагоприятного заживления являются декомпенсация сахарного диабета, нарушения белкового обмена и высокая микробная контаминация раны. Выявление данных факторов позволяет своевременно проводить коррекцию метаболических нарушений и оптимизировать хирургическую тактику лечения.

Мамаджонов И.А., Холов Д.Д., Холикова Н.Э.

ВЛИЯНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ НА РИСК ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить влияние уровня гликемического контроля на риск развития гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций у пациентов с сахарным диабетом II типа.

Материал и методы. В исследование включено 120 пациентов с сахарным диабетом II типа, перенесших лапароскопические операции по поводу заболеваний органов брюшной полости. Пациенты были разделены на две группы: основную группу ($n=60$), у которых в послеоперационном периоде развились гнойно-воспалительные осложнения, и контрольную группу ($n=60$) без признаков инфекционных осложнений. У всех пациентов проводилась оценка уровня гликемического контроля, включающая определение уровня глюкозы крови, гликированного гемоглобина (HbA1c) и вариабельности гликемии. Дополнительно анализировались клинические показатели, индекс массы тела, наличие сопутствующих заболеваний, длительность оперативного

вмешательства и особенности антибиотикопрофилактики. Статистический анализ включал методы описательной статистики, χ^2 -критерий Пирсона, t-критерий Стьюдента и логистическую регрессию для выявления независимых факторов риска ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Анализ показал, что развитие гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций достоверно связано с уровнем компенсации сахарного диабета. У пациентов с уровнем HbA1c выше 7,5% частота инфекционных осложнений была значительно выше по сравнению с пациентами с удовлетворительным гликемическим контролем. Кроме того, у пациентов основной группы отмечались более выраженные колебания уровня гликемии в периоперационном периоде и более высокая частота сопутствующих метаболических нарушений. Многофакторный регрессионный анализ подтвердил, что высокий уровень HbA1c является одним из независимых предикторов развития послеоперационных гнойных осложнений. Также установлено, что декомпенсация сахарного диабета ассоциируется с увеличением длительности госпитализации и повышением частоты повторных хирургических вмешательств.

Выводы. Недостаточный контроль гликемии является важным фактором риска развития гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций у больных с сахарным диабетом. Предоперационная коррекция уровня HbA1c и тщательный мониторинг гликемии в периоперационном периоде позволяют снизить риск инфекционных осложнений и улучшить результаты хирургического лечения.

Мамаджонов И.А., Абдурасулов Р.Н., Исакова Х.О.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Определить прогностические факторы риска гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. В исследование включено 120 пациентов с сахарным диабетом II типа, перенесших лапароскопические операции по поводу заболеваний органов брюшной полости. Пациенты были разделены на две группы: основная группа — 60 пациентов, у которых в послеоперационном периоде развились гнойно-воспалительные осложнения, и контрольная группа — 60 пациентов без признаков инфекционных осложнений. Анализировались клинические, метаболические и хирургические факторы риска, включая уровень гликемического контроля (глюкоза крови, HbA1c), индекс массы тела, показатели нутритивного статуса (альбумин, общий белок), длительность операции, объём кровопотери, наличие конверсии лапароскопии в открытую операцию и особенности антибиотикопрофилактики. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики, χ^2 -критерия Пирсона, t-критерия Стьюдента и многофакторного логистического регрессионного анализа для выявления независимых предикторов развития гнойных осложнений ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Установлено, что частота гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций у пациентов с сахарным диабетом достоверно возрастает при недостаточном контроле гликемии. Наиболее значимыми факторами риска являлись повышение уровня HbA1c более 7,5%, длительность операции более 90 минут, ожирение, гипоальбуминемия и наличие сопутствующих заболеваний. У пациентов основной группы достоверно чаще отмечались признаки декомпенсации сахарного диабета, нарушения белкового обмена и более продолжительное оперативное вмешательство. Многофакторный регрессионный анализ позволил определить независимые предикторы развития гнойных осложнений, среди которых наибольшее значение имели высокий уровень HbA1c, длительность операции и гипоальбуминемия. У данной категории пациентов также наблюдалось увеличение длительности госпитализации и более высокая частота повторных вмешательств.

Выводы. Развитие гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций у больных с сахарным диабетом тесно связано с уровнем гликемического контроля, нутритивным статусом и особенностями хирургического вмешательства. Выявление ключевых факторов риска позволяет проводить их своевременную коррекцию и оптимизировать профилактику инфекционных осложнений, что способствует улучшению результатов хирургического лечения у данной категории пациентов.

Мамаджонов И.А., Холикова Н.Э., Барфиев А.А.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить влияние интраоперационных факторов на риск развития гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведен анализ 120 пациентов с сахарным диабетом II типа, перенесших лапароскопические операции по поводу заболеваний органов брюшной полости. Пациенты были разделены на две группы: основную группу ($n=60$), у которых в послеоперационном периоде развились гнойно-воспалительные осложнения, и контрольную группу ($n=60$), у которых послеоперационный период протекал без инфекционных осложнений. В ходе исследования анализировались интраоперационные факторы, включая длительность операции, объём кровопотери, необходимость конверсии лапароскопического доступа в открытую лапаротомию, тип хирургического вмешательства и особенности антибиотикопрофилактики. Дополнительно учитыва-

лись клинические характеристики пациентов и степень компенсации сахарного диабета. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики, χ^2 -критерия Пирсона и многофакторного логистического регрессионного анализа для выявления независимых факторов риска ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Установлено, что развитие гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопических операций у пациентов с сахарным диабетом тесно связано с рядом хирургических факторов. Наиболее значимыми предикторами осложнений являлись увеличение длительности операции более 90 минут, значительная интраоперационная кровопотеря и необходимость конверсии лапароскопии в открытую операцию. У пациентов основной группы указанные факторы встречались достоверно чаще по сравнению с контрольной группой. Кроме того, выявлено, что увеличение длительности оперативного вмешательства сопровождается ростом частоты инфекций области хирургического вмешательства. Многофакторный регрессионный анализ подтвердил, что длительность операции и объём кровопотери являются независимыми факторами риска развития гнойных осложнений.

Выводы. Хирургические факторы, включая длительность операции, кровопотерю и конверсию лапароскопии, оказывают значительное влияние на риск развития гнойно-воспалительных осложнений у больных с сахарным диабетом. Учет данных факторов позволяет оптимизировать хирургическую тактику и снизить вероятность послеоперационных инфекционных осложнений.

Мамадиев Р.А., Отамуродова Д.У., Аббосова М.Р.

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТУБАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ

Кафедра клинических дисциплин. Ташкентский международный университет Кимё. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Камалов Ш.Б.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургических методов лечения путем интубации тонкой кишки при наложении межкишечных анастомозов у новорожденных и детей грудного возраста с врожденной атрезией тонкой толстой кишки.

Материал и методы. Прооперированы 113 (57 (50,4%) девочек и 56 (49,6%) мальчиков) младенцев и детей дошкольного возраста с врожденной атрезией тонкой и толстой кишки. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от метода хирургического вмешательства: первая группа (наложением адаптированного анастомоза) состояла из 78 (69%) детей, а вторая группа (с формированием стомы) — из 35 (31%) младенцев и детей грудного вскармливания. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики, достоверность разности рассчитывали по критерию Стьюдента, $p < 0,05$.

Результаты исследования. Кишечные анастомозы были выполнены у 78 пациентов (69%), а стомы — у 35 (31%), из которых 16 (10,6%) перенесли еюностомию, 12 (7,8%) — илеостомию и 7 (4,6%) — колостомию. Случаи, когда нам пришлось выполнить верхнюю еюностомию, были связаны с очень высоким соотношением двух отделов кишечника, т.е. 6:1, и удаление такой верхней еюностомии проводилось максимум через 21 день.

Выводы. Данное исследование предполагает целесообразность применения предложенного метода адаптации кишечного анастомоза и интубации тонкой кишки при лечении младенцев и детей, находящихся на грудном вскармливании и родившихся с атрезией тонкой и толстой кишки, а также широкое внедрение разработанных алгоритмов.

Маматов У.У.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ РЕВИЗИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ПУЧКОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Файзуллоева М.Ф.

Цель исследования. Выявить повреждение анатомических структур интраоперационной ревизией сосудисто-нервных пучков верхних конечностей.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2015 по 2026 гг. обратились в экстренном порядке 285 больных с повреждениями сосудисто-нервных пучков верхних конечностей. Возраст больных варьировал от 1 до 82 лет. Чаще всего травмировались мужчины - (184 %), чем женщины – (101%). Травмы верхних конечностей были получены острыми и режущими предметами, поэтому носили колото-резаный характер. Причинами травматического агента служили отломки стекла 4 (14,3 %) и разбитая посуда 4 (14,3 %), в результате чего пересекались анатомические структуры.

Учитывая экстренное обращение пациентов, а также колото-резаный характер ранения, который не позволял определять глубину раны, и соответственно вопрос о повреждении анатомических структур, наряду с клиническими и дополнительными методами исследования оставался открытым. Поэтому основным методом диагностики рекомендуется с помощью расширения раны Z-образно в дистальном и проксимальном направлении, в последующем под оптическим увеличением провести интраоперационную ревизию сосудисто-нервных пучков.

Результаты исследования. Вышеописанная тактика позволила во всех случаях одновременно диагностировать и восстановить своевременно целостность повреждения сосудисто-нервных пучков. Следовательно, микрохирургическое восстановление непрерывности сосудисто-нервных пучков в первые часы после повреждения помогло в экстренном порядке избежать осложнения и улучшить ближайшие и отдалённые результа-

ты.

Выводы. Таким образом, при травмах верхних конечностей в экстренном порядке, когда раны носят колото-резаный характер и указывают о возможном повреждении сосудисто-нервных пучков, интраоперационная ревизия позволяет выявить и одновременно восстановить поврежденные анатомические структуры.

Мардонзода И.С., Холикзода М.Ф., Мухибова Ё.Ш.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ЭПИТИМПАНИТА

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель- к.м.н., доцент Махамадиев А.А.

Цель исследования. Оценить результаты различных методов хирургического лечения хронического гнойного среднего отита.

Материал и методы. В сурдологическом отделении ЛОР-клиники ГУ НМЦ РТ в период с 2024 по 2025 гг. нами было обследовано и прооперировано 25 пациентов в возрасте от 18 до 42 лет, страдающих хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) с различной степенью кондуктивной тугоухости. Среди них было 8 женщин и 17 мужчин. Всем пациентам в предоперационном и послеоперационном периодах проводились ото-микроскопия, исследование проходимости слуховых труб, аудиологическое обследование, компьютерная томография (КТ) височных костей, а также лабораторные исследования.

Результаты исследования. Выбор объема хирургического вмешательства определялся на основании данных отомикроскопии, результатов КТ височных костей, характера интраоперационных находок (в первую очередь распространенности холестеатомы), состояния цепи слуховых косточек и данных аудиологического исследования. Были выполнены следующие виды операций: у 16 пациентов (64%) проведена общеполостная saniрующая операция — антромастоидотомия, у 9 пациентов (36%) — антромастоидотомия с одновременной тимпанопластикой. В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат был получен у 18 пациентов (72 %). В отдаленном послеоперационном периоде положительный анатомический результат наблюдался у 24 пациентов (94,3 %). Анализ функциональных результатов хирургического лечения показал статистически значимое снижение порогов воздушной проводимости и костно-воздушного интервала (КВИ) в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с дооперационными показателями.

Выводы. Выбор метода хирургического лечения ХГСО должен быть индивидуализированным. Открытая антромастоидотомия является эффективной при выраженных деструктивных изменениях височной кости. Антромастоидотомия с одномоментной тимпанопластикой показывает высокую эффективность при ХГСО без холестеатомы. Применение дифференцированного подхода к хирургическому лечению позволяет сохранить слуховую функцию на стабильном уровне, а в большинстве случаев — добиться её улучшения.

Маткурбонов Н.О.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ CECS (CYSTIC ECHINOCOCCOSIS COMPLICATION SCORE) ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра общей хирургии Ургенчского государственного медицинского института. Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., доцент Сапаев Д.Ш.

Цель исследования. Разработать и валидировать шкалу Cystic Echinococcosis Complication Score (CECS) для прогнозирования осложнений после эхинококкэктомии печени и оценить её клиническую эффективность.

Материал и методы. В исследование включены 746 пациентов, перенесших эхинококкэктомию (2020–2025). В 2024–2025 гг. у 110 пациентов применялась шкала CECS, сравнение проведено с исторической группой из 106 пациентов. Оценивались частота осложнений (Clavien-Dindo), тактика вмешательства и длительность госпитализации.

Результаты исследования. Применение CECS снизило общую частоту осложнений с 31,1% до 12,7% ($p=0,001$), тяжелых осложнений - с 5,7% до 0,9% ($p=0,0031$). В районных и городских учреждениях снижение осложнений составило 26–23% ($p<0,05$). Сократились длительность госпитализации (с 7,5 до 6,2 суток, $p=0,0002$) и частота конверсий. Улучшена тактика операций и маршрутизация пациентов.

Выводы. Шкала CECS - эффективный инструмент стратификации риска и индивидуализации тактики лечения при эхинококкозе печени, снижающий частоту и тяжесть осложнений и рекомендованный к внедрению на всех уровнях хирургической помощи.

Матякубов М.Н²., Бабаханова Д.М¹.

ИМПЛАНТАЦИОННО-АССИСТИРОВАННАЯ РЕАНИМАЦИЯ ВЕК ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ЛАГОФТАЛЬМЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра офтальмология, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан ¹

Республиканская клиническая офтальмологическая больница²

Научный руководитель — д.м.н., доцент Максудова Л.М.

Цель исследования. Провести оценку клинической эффективности применения импланта при паралитическом лагофталме на основе клинического случая.

Материал и методы. В Республиканскую клиническую офтальмологическую больницу обратился пациент (О.Д.) 1982 года рождения с жалобами на снижение зрения, покраснение, болевые ощущения и опущение

верхнего века левого глаза. Из анамнеза известно, что пациент перенёс инсульт (ОНМК) 8 лет назад, после чего появились жалобы со стороны левого глаза.

Диагноз: OS- ксероз конъюнктивы, лагофтальм.

Несмотря на регулярное проведение противовоспалительной и регенеративной терапии по месту жительства, значительного улучшения не отмечалось, в связи с чем пациент был направлен в специализированное учреждение. После обследования пациент был госпитализирован в отделение офтальмопластики.

Результаты исследования. При поступлении:

OD — без патологии, OS — сужение глазной щели, смешанная инъеция склеры, на роговице имеется инфильтрат размером 3×4 мм в оптической и параоптической зоне. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Хрусталик прозрачный.

Острота зрения: OD = 1,0; OS = 0,02 с коррекцией.

Внутриглазное давление:

OU = 18 мм рт. ст.

Хирургическое лечение. Операционное поле обработано стандартным способом. Проведена местная анестезия и акинезия: 4,0 мл 2% раствора новокаина, ретробульбарно 4,0 мл 2% раствора лидокаина. Выполнен разрез кожи верхнего века с рассечением мышечного слоя до тарзальной пластинки. Имплант массой 1,8 г из золота (99,99%) фиксирован к мышечному слою верхнего века с использованием шовного материала Vicryl 8.0 узловыми швами. На кожу наложен непрерывный шов. В конъюнктивальный мешок инстиллирован 0,3% раствор ципрофлоксацина, нанесена 1% эритромициновая глазная мазь. Наложена асептическая монокулярная повязка.

Отмечено:

- уменьшение степени лагофтальма с $5,44 \pm 2,62$ мм до $0,24 \pm 0,71$ мм ($p < 0,05$)
- увеличение подвижности верхнего века с $7,78 \pm 13,82$ мм до $20,13 \pm 9,55$ мм ($p < 0,05$)

Положение верхнего века после операции было на 1,6 мм ниже по сравнению с контралатеральной стороной.

Выводы.

1. Имплантация золотого утяжелителя демонстрирует высокую клиническую эффективность в коррекции лагофтальма, обеспечивая восстановление функциональной биомеханики век.

2. В представленном клиническом наблюдении после хирургического вмешательства зафиксировано достоверное уменьшение степени лагофтальма, сопровождающееся улучшением подвижности верхнего века.

Махмамова Ш.Б., Ахмедова Н.А., Бозорова З.М.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ДО- РОВОДОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ

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

Научный руководитель – ассистент кафедры, к.м.н. Каримзода У.А.

Цель исследования. Выявить прогностические критерии неблагоприятных перинатальных исходов при дородовом разрыве плодных оболочек в доношенном сроке.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 164 историй родов женщин с доношенной беременностью (37–41 неделя гестации), родоразрешённых в ГУ Городском родильном доме №1 г. Душанбе. В основную группу вошли 85 женщин с дородовым разрывом плодных оболочек (ДРПО), а группу сравнения составили 79 женщин со своевременным излитием околоплодных вод (СИОВ). Обе группы были сопоставимы по возрасту, паритету и сроку беременности, что позволяло корректно сравнивать перинатальные исходы.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что неблагоприятные перинатальные исходы достоверно чаще встречались у женщин с ДРПО. В основной группе осложнения зарегистрированы у 24 из 85 пациенток (28,2%), тогда как в группе своевременного излития околоплодных вод – у 9 из 79 (11,4%). Длительность безводного промежутка более 18 часов отмечалась у 41,2% женщин основной группы и лишь у 8,9% в группе сравнения, что сопровождалось значительным увеличением частоты осложнений в родах. Лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$ выявлен у 38,8% пациенток с ДРПО и у 17,7% при СИОВ, а повышение уровня С-реактивного белка регистрировалось у 34,1% и 13,9% соответственно, что отражает более выраженную воспалительную реакцию у женщин с преждевременным излитием вод. Клинические признаки хориоамнионита встречались у 21,2% пациенток с ДРПО, что сопровождалось повышенной частотой неблагоприятных исходов у новорождённых, включая гипоксию (14,4%), энцефалопатию (6,9%), неонатальный сепсис (6,7%) и ранние адаптационные нарушения (6,0%). Кроме того, у женщин в послеродовом периоде в 2-х случаях отмечался **послеродовой эндометрит**, что подтверждает связь инфекции с осложнениями в послеродовом периоде. Все эти показатели были статистически достоверно выше, чем в группе СИОВ. Частота оперативного родоразрешения при ДРПО составила 31,5%, при этом основными показаниями к кесареву сечению были дистресс плода, наличие хориоамнионита с угрозой инфекционных осложнений, а также отсутствие эффекта от родовозбуждения при длительном безводном промежутке и родостимуляции при аномалиях родовой деятельности. В группе сравнения кесарево сечение проводилось реже – 10,3%, преимущественно по акушерским показаниям, не связанным с инфекцией или нарушением состояния плода.

Вывод. Таким образом, результаты исследования показывают, что к прогностическим критериям неблагоприятных перинатальных исходов при дородовом разрыве плодных оболочек в доношенном сроке относятся длительность безводного промежутка более 18 часов, наличие хориоамнионита, выраженные лабора-

торные признаки, что позволяет своевременно определять тактику ведения родов и снижать риск осложнений у новорождённых.

Махмадалиев С.Ш., Зокиров И.А., Джаборов С.Н.
НАША ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕНИКА

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

Научный руководитель - старший преподаватель Назаров И.Р.

Цель исследования – оценить эффективность остеосинтеза при лечении переломов надколенника.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента с переломами надколенника со смещением костных отломков (более 3 мм). Мужчин было 28 (87,5%), женщин – 4 (12,5%). Возраст пациентов составил от 19 до 61 года. Все пострадавшие обследовались рентгенологически в прямой, боковой и, при необходимости, в тангенциальной проекциях. Распределение пациентов согласно классификации АО было следующим: тип А – 21,9% (7 пациентов), тип В – 12,5% (4 пациента), тип С – 65,6% (21 пациент). Всем пациентам было выполнено оперативное лечение. При переломах типа А были применены стягивающие винты или чрескостная фиксация поврежденного сухожилия с обязательным укреплением стягивающей проволоочной петлей. Переломы типа В фиксировали стягивающими винтами. При переломах типа С выполнялся остеосинтез двумя спицами Киршнера со стягивающей петлей. При проведении спиц нами использовалась техника «изнутри-наружу». Для защиты спиц от вырывающих сил проводили восьмиобразный проволоочный серкляж. В послеоперационном периоде иммобилизации не требовалось, больные приступали к восстановлению движений в коленном суставе после купирования болевого синдрома на 5-8 сутки. Данная методика позволяет трансформировать дистракционные силы, возникающие при сгибании коленного сустава в силы межотломковой компрессии. В послеоперационном периоде для профилактики развития дегенеративно-дистрофических процессов в коленный сустав вводили препараты гиалуроновой кислоты с кратностью 1 раз в неделю.

Результаты исследования. Оценку результатов лечения провели у всех 32 пациентов. Общий срок наблюдения составил 7–36 месяцев. Продолжительность стационарного лечения составила 10-12 сут., продолжительность общего лечения – 6–8 недель. Металлоконструкции удалялись в среднем через 7-9 месяцев. Учитывая, что надколенник функционально значим не только для коленного сустава, но и для всей нижней конечности в целом, для оценки динамики восстановительного лечения нами использовалась «Функциональная шкала для нижней конечности» (Lower Extremity Functional Scale, LEFS), согласно которой функция здоровой нижней конечности равна 80 баллам. Функция нижней конечности на 15-е сутки после операции составила 23 балла. На 30-сутки после операции функция нижней конечности увеличилась до 51 балла. На 60-е сутки после операции функция нижней конечности достигла 75 баллов. Дефицит объема движений в коленном суставе определялся по усредненному показателю объема сгибания и разгибания в суставе в процентах от нормальных величин. На 15-сутки после операции дефицит объема движений в коленном суставе составил 52%, на 30 суток – 31%, к 60-м суткам – 15%, к 90-м суткам после операции дефицита объема движений не было. Осложнения со стороны послеоперационной раны в виде поверхностного воспаления имели место у 2 пациентов, которые были купированы консервативной противовоспалительной терапией, и на продолжительность и исход лечения не повлияли. Нарушений консолидации переломов надколенника при использовании данной тактики лечения не было. Появление деформирующего остеоартроза коленного сустава (или усугубление стадии уже имеющегося) зафиксировано у 3 пациентов.

Выводы. Остеосинтез является эффективным методом лечения переломов надколенника, позволяющим выполнить анатомическую репозицию и обеспечить надежную фиксацию костных отломков, и совместить периоды консолидации перелома и восстановления утраченной функции коленного сустава.

Махмадалиева Т.А., Марупова О.Х., Файзуллоев М.А.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ОРДИНАТОРОВ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

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

Научный руководитель к.м.н., доцент Мавлонова С.Н.

Цель исследования. Систематизировать данные современной научной литературы, посвященные проблеме дисменореи у подростков, и определить её значение для клинической практики врача-ординатора акушера-гинеколога.

Материал и методы. Анализ научной литературы проводился с использованием международных и отечественных электронных баз данных: PubMed, eLIBRARY, Medline, Scopus и Medlinks. В обзор включались публикации последних лет, посвященные вопросам распространённости, патогенеза, диагностики и лечения дисменореи у подростков.

Результаты исследования. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространённость дисменореи среди подростков составляет от 50 до 90 %, что делает её одной из наиболее частых причин обращения девочек подросткового возраста к врачу-гинекологу. У части пациенток болевой синдром сопровождается повышенной тревожностью, эмоциональной нестабильностью и признаками депрессивных состояний. Интенсивность болевых ощущений может варьировать от умеренного дискомфорта до выраженного болевого синдрома, существенно нарушающего привычный образ жизни. Поэтому объективная оценка степени боли является важным этапом диагностики и выбора тактики ведения пациенток. Современные исследования также указывают, что часть менструальных циклов у подростков, ранее рассматриваемых как ановуляторные, фак-

тически являются овуляторными, однако сопровождаются недостаточностью лютеиновой фазы, что может играть роль в формировании дисменореи. Для стандартизации оценки выраженности заболевания была предложена шкала **WaLIDD**, включающая такие параметры, как трудоспособность, локализация и интенсивность боли, а также продолжительность болевого синдрома. Применение данного инструмента позволяет более объективно оценивать состояние пациенток и может использоваться в профилактических опросниках при осмотрах подростков. Важной проблемой остаётся низкий уровень информированности подростков о менструальной боли. Нередко выраженные болевые ощущения воспринимаются как нормальное проявление менструации, что приводит к позднему обращению за медицинской помощью и увеличению числа недиагностированных случаев. Особого внимания требует вторичная дисменорея, одной из наиболее частых причин которой у подростков является эндометриоз. Диагностика данной патологии часто затруднена из-за неспецифичности клинических симптомов и ограниченной информативности существующих методов обследования. В случаях выраженной дисменореи и отсутствия эффекта от стандартной терапии необходимо проводить дифференциальную диагностику для исключения вторичных причин, прежде всего эндометриоза.

Выводы. Проблема дисменореи у девочек-подростков остаётся актуальной для современной гинекологии. Для ординаторов акушеров-гинекологов важно понимать, что правильная оценка менструальной боли и своевременная диагностика являются ключевыми факторами профилактики возможных нарушений репродуктивного здоровья в будущем.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на более глубокое изучение патогенеза первичной и вторичной дисменореи, а также на разработку новых неинвазивных методов диагностики эндометриоза, позволяющих сократить время до постановки диагноза и повысить эффективность медицинской помощи подросткам.

Махмадсаидзода Ф. М., Давлатова О. А., Кабирова С. Ф.

МИОМА МАТКИ: ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра Акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Козидавтлатзода Б.

Цель исследования. Определить влияние миомы матки на репродуктивную функцию женщин.

Материал и методы. Проведён анализ современных научных публикаций, клинических рекомендаций и данных практической гинекологии по вопросам диагностики и лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Результаты и обсуждение. Миома матки является одним из наиболее распространённых доброкачественных заболеваний женской репродуктивной системы. По данным литературы, миома выявляется у 20–40% женщин репродуктивного возраста, а к 50 годам частота достигает до 70%. У пациенток с бесплодием миома матки диагностируется в 10–30% случаев, при этом субмукозные узлы повышают риск нарушения имплантации и самопроизвольных выкидышей. Риск невынашивания беременности при наличии субмукозных узлов возрастает до 25–40%. Консервативная терапия (включая агонисты ГнРГ и селективные модуляторы прогестероновых рецепторов) позволяет уменьшить объём узлов в среднем на 30–50%, однако эффект носит временный характер. Органосохраняющая миомэктомия повышает частоту наступления беременности до 40–60% в течение первого года после операции. Лапароскопический доступ сопровождается меньшей кровопотерей и более быстрым восстановлением по сравнению с лапаротомией. Индивидуальный подход к выбору тактики лечения значительно улучшает репродуктивные исходы и снижает частоту осложнений беременности. Анализ факторов риска показал значительную роль гормонального дисбаланса, особенно повышенного уровня эстрогенов. Кроме того, к предрасполагающим факторам относятся наследственная предрасположенность, поздняя первая беременность, отсутствие родов, ожирение и хронические воспалительные заболевания органов малого таза. Обсуждение результатов свидетельствует о том, что ранняя диагностика играет ключевую роль в выборе оптимальной тактики лечения. Современные методы диагностики включают ультразвуковое исследование, магнитно-резонансную томографию и гистероскопию. Выбор метода лечения зависит от возраста пациентки, размеров и локализации узлов, выраженности симптомов и репродуктивных планов. Таким образом, полученные данные подтверждают, что своевременная диагностика и индивидуальный подход к выбору метода лечения позволяют значительно снизить риск осложнений и улучшить качество жизни пациенток.

Выводы. Миома матки оказывает значительное влияние на репродуктивную функцию женщины. Высокая распространённость заболевания и его вклад в структуру бесплодия требуют ранней диагностики. Современные органосохраняющие методы лечения позволяют сохранить фертильность и повысить вероятность благоприятного исхода беременности.

Махмудов М., Нарбабаев У.Х., Бустонова С.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СРЕДНЕГО ОТИТА

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ “ХГМУ”, Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бустонов М.О.

Цель исследования. Оценить распространённость среднего отита в Дангаринском районе и выявить особенности его клинического течения.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 208 пациентов, обратившихся в Республиканскую клиническую больницу с диагнозом среднего отита в течение 2025 года. Проведён анализ клинических наблюдений пациентов. Использованы клинические методы исследования, отоскопия, аудиометрия и

статистический анализ частоты выявления заболевания.

Результаты исследования. Из общего числа пациентов у всех (100%) был подтверждён диагноз среднего отита. Среди больных было 103 мужчин и 105 женщин. Возрастной диапазон больных составил от одного года до 86 лет. Установлено, что более 45% (95 пациентов) случаев среднего отита приходится на детей до 14 лет. Распространённость заболевания среди детей до 5 лет достигает 18% (37). Во время исследования было выявлено 13 случаев хронического гнойного среднего отита (6%) и 7 случаев двустороннего хронического гнойного среднего отита (3%). При отсутствии своевременного лечения, острый процесс переходит в хроническую форму у значительной части пациентов и может сопровождаться снижением слуха. Комплексная терапия, включающая антибактериальные препараты, антигистаминные препараты и иммуномодулирующие препараты. Местное лечение: промывания полости среднего уха растворами, местные ушные капли, сосудосуживающие препараты, позволяет уменьшить выраженность симптомов и снизить риск осложнений.

Выводы. На основании проведённых исследований можно констатировать, что хронический средний отит характеризуется высокими показателями распространенности в Дангаринском районе и значительно влияет на слуховую функцию населения, особенно в детском возрасте. Ранняя диагностика и рациональная антибактериальная терапия являются ключевыми факторами профилактики осложнений и хронизации процесса.

Махмудов М.М., Қаландаров У.Ш., Нарбабаев У.Х.

КАЧШАВИИ МИЁНАДЕВОРИ БИНИ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2, МДТ “ДДТХ”, Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Бустонов М.О.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши паҳншавии бемории качшавии миёнадевори бинӣ дар шароити беморхонаи бисёрсоҳавии клиникии вилоятии ш. Кӯлоб ба номи А.Ҳақназаров.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои гузаронидани тадқиқоти мазкур дафтарӣ қайди беморони ҳуҷраи духтури оториноларингологӣ дармонгоҳи беморхонаи бисёрсоҳавии клиникии вилоятии ш. Кӯлоб ба номи А.Ҳақназаров аз моҳи сентябри соли 2025 то моҳи февралӣ 2026 мавриди омӯзиш қарор гирифт.

Натиҷаҳои тадқиқот. Тибқи маълумотҳои дастрасшуда дар ин мӯҳлат ба духтур- оториноларинголог ҳамагӣ 1930 нафар беморони синну соли аз 1 то 18 сола ва 18 то 75 сола бо ташхисиҳои гуногун мурочиат намудаанд. Аз шумораи умумии беморони мурочиатнамуда, 385 нафар бо ташхиси бемории качшавии миёнадевори бинии ба қайд гирифта шудааст. Аз шумори умумии беморони гирифтори качшавии миёнадевори бинӣ 250 нафарро (64,9%) мардҳо ва 135 нафар (35,1%) занҳо ташкил медоданд. Бо мақсади гузоштани ташхиси дақиқ 159 нафар (41,2%) беморон аз ташхиси ренгенӣ, 46 нафар (11,9) бо ташхиси томографияи компютерӣ, 180 нафар (46,9%) аз ташхиси эндоскопия гузаронида шуд. Ҳамаи беморон мавриди табобати консервативӣ ва ҷарроҳӣ қарор гирифтаанд. Табобати консервативии камхункунӣ, поксозии ковоки бинӣ ва ҷавфҳои назди бинигӣ, маводҳои таквиятдиҳанда (витаминоҳо, антибиотикҳо, антигистаминҳо) гузаронида мешавад. Табобати ҷарроҳӣ – качшавии миёнадевори бинӣ – гирифтани қисматҳои қачелагии миёнадевори бинӣ. Табобати ҷарроҳӣ ҳамагӣ дар 185 нафар (48%) беморон гузаронида шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки бемории качшавии миёнадевори бинӣ нисбат ба дигар бемориҳои гӯш, гӯлу ва бинӣ дар шароити беморхонаи бисёрсоҳавии клиникии вилоятии ш. Кӯлоб ба номи А.Ҳақназаров 19,94%-ро ташкил медиҳад.

Махмадалиев Р.Г., Рашидзода З.С., Раджабов О.Дж.

МЕТОДЫ ОСТЕОСИНТЕЗА И СРОКИ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Кафедра хирургических дисциплин №3, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан

Научный руководитель –к.м.н., Айнизода Б.С.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с сочетанной травмой путём систематизации требований к срокам и различным методам остеосинтеза.

Материал и методы. Работа основана на анализе данных 170 больных в возрасте от 17 до 58 лет с сочетанными травмами, находившихся на лечении с 2020 по 2024гг. в отделении хирургии РКБ Дангары и МОКБ г. Куляб им. А. Хакназарова. Все больные в зависимости от тактики лечения распределялись в основную группу - 95 (55,8%) больных, которым остеосинтез выполнен с соблюдением сформулированных подходов и контрольную группу - 75 (44,2%) больных, которым остеосинтез выполнен с соблюдением общепринятых подходов. Среди сочетанных травм опорно-двигательного аппарата наиболее часто встречались переломы бедренной кости - у 53 (31,17%) больных, переломы костей голени - у 61 (35,88%) больных, переломы костей таза – у 11 (6,47%) больных, стабильные переломы позвоночника – у 22 (12,94%) больных, переломы плечевой кости - у 12 (7,06%) больных, переломы костей предплечья- у 8(4,71%) больных и кисти -у 3 (1,77%) больных. Использованы клинические, рентгенологические и КТ методы исследования. Тяжесть повреждений оценили по шкале Назаренко, а для оценки тяжести состояния больных использовали шкалу Гуманенко.

Результаты исследования. Ранний остеосинтез (до 3 дней) при сочетанной травме при тяжести повреждений до 12 баллов и тяжести состояния больных до 21 баллов у больных основной группы выполнили у 78 (82,10%) больных. В зависимости от ситуации, отсроченный остеосинтез (от 3 до 30 дней) был выполнен у 7 (7,37%) больных, поздний (более 30 дней) остеосинтез у 4 (4,21%) больных. В период нестабильной гемодинамики у 6 (6,32%) больных с тяжестью повреждений более 13 баллов по шкале Назаренко и более 21 баллов по шкале Гуманенко мы воздержались от выполнения травматичных методов остеосинтеза и ограничились

наложением гипсовой повязки или скелетным вытяжением. Травматичные методы остеосинтеза выполняли у пациентов с тяжестью повреждений по шкале Назаренко до 21 балла за исключением бедренного и тазового сегмента. Вынужденный остеосинтез из-за угрозы перфорации кожи выполнили у 22 (24,72%) больных (переломы костей голени, предплечья, ключицы), комбинированный остеосинтез выполнили у 21 (23,50%) больных (аппарат Илизарова, стержневые аппараты, спицы), на фоне нестабильных повреждений поддерживающих патологическую болевую импульсацию у 29 (32,58%) больных выполнили необходимый остеосинтез. Минимальный и профилактический остеосинтез выполнили у 15 (16,85%) больных, симультанный односторонний остеосинтез в малоинвазивном варианте в двух сегментах - у 2 (2,25%) больных (перелом плечевой и бедренной кости-1 и перелом бедренной кости и костей голени-1). В результате реализации вышеописанных подходов в основной группе наблюдается статистически значимое увеличение удельного веса выполнения раннего и современного методов остеосинтеза по сравнению с контрольной группой (соответственно 52,3% и 21,3%). В результате своевременного устранения периферической болевой импульсации и минимизации синдрома «взаимного отягощения» в основной группе наблюдается снижение частоты летальных исходов, снижение неудовлетворительных результатов лечения сочетанной травмы по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Таким образом, выполнение операции остеосинтеза с применением сформулированных требований при сочетанной травме позволяет снизить риск развития осложнений и относится к эффективным путям снижения летальных исходов и улучшения результатов лечения.

Маърифати З., Исмаилов М.Б., Маруфзода Н.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ЖЕНЩИН С ИЗБЫТКОМ АНДРОГЕНОВ

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

ГУМЦИАПРТ, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Юлдошева М.У.

Цель исследования. Изучить бактериальный состав цервикального канала у женщин с избытком андрогенов.

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование 30 женщин. Основную группу составили 47 женщин с нарушениями менструального цикла по типу олигоменореи, клиническими и биохимическими проявлениями избытка андрогенов, группу сравнения составили 32 женщины с нормальным циклом, без проявлений гиперандрогении. В работе использовались клинические, биохимические, гормональные, инструментальные методы обследования. Исследование состояния влагалищного микробиоценоза проводили при помощи комплексной количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты исследования. Возрастная структура обеих исследованных групп особо не отличалась и составляла $32 \pm 2,9$ и $31 \pm 2,2$ лет. При изучении менструальной функции в основной группе у 32,3% женщин менархе наступило в возрасте 12–15 лет, в группе сравнения имело место в 83,8% случаев. Позднее менархе отмечалось у основной группы в 67,7% случаев, в группе сравнения отмечалось у 16,25 женщин. В основной группе менархе установилось в 11 лет у 4,6% женщин, в группе сравнения установилось в 15,6% случаев.

В ходе исследования выявлено, что у женщин основной группы основной жалобой являлось нарушение менструального цикла по типу олиго-аменореи – 86,6%. При осмотре у 73,3% женщин установлены разные степени гирсутизма и у 46,6% женщин на лице акне вульгарис. При гинекологическом осмотре у 66,6% исследуемых женщин имелись жалобы на выделения с неприятным запахом из половых путей. При проведении дополнительного обследования, выявлены изменения в микроскопии влагалищных мазков.

При исследовании микробиоты полового тракта у женщин основной группы методом ПЦР установлено отсутствие у трети женщин лактобактерий во влагалищном биотопе, увеличение количества условно-патогенной флоры у 93,3% женщин. При проведении ПЦР в реальном времени у 13,2% женщин контрольной группы выявлен недостаток лактобактерий. Абсолютный нормоценоз был выявлен у 23,2% женщин основной группы, а у женщин контрольной группы составил 46,6% случаев. Во влагалищном биотопе женщин основной группы отмечалось повышение количества условно патогенной флоры в клинически значимом количестве. При изучении состава микроорганизмов, формирующий общую бактериальную массу микробиоты полового тракта у исследованных женщин основной группы, необходимо отметить, что лидерами являются анаэробы *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*, *Porphyromonas* spp., *Eubacterium* spp., *Leptotrichia* spp., *Fusobacterium* spp., *Megasphaera* spp., *Veillonella* spp., *Lachnobacterium* spp., *Clostridium* spp., *Mobiluncus* spp., *Corinebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Atopobium vaginae*. Для микробиоценоза влагалища женщин контрольной группы лидирующими микроорганизмами в формировании общей микробной массы являются *Lactobacillus* spp. и анаэробы, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotellabivia*, *Porphyromonas* spp., *Eubacterium* spp., *Megasphaera* spp., *Veillonella* spp., *Dialister* spp., *Lachnobacterium* spp., *Clostridium* spp., *Mobiluncus* spp., *Corinebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Atopobium vaginae*.

Выводы. Полученные результаты в данном исследовании служат убедительным обоснованием проведения обследования биотопа влагалища методом ПЦР у женщин с нарушениями менструального цикла и гиперандрогенией, которые имеют повышение количества условно патогенной флоры.

Медведева С.О.

ПЕРЕХОД К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ АППАРАТНОЙ МПМР/УЗ-ФЬЮЖН БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СТРАТИФИЦИРОВАННЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 322 ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРОЕНИЕМ МОДЕЛИ SNAID

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека,

Цель исследования. Определить факторы, при которых выполнение только аппаратной мпМР/УЗ фьюжн биопсии не снижает выявляемость клинически значимого рака предстательной железы (кзРПЖ), и разработать модель стратификации пациентов.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 322 пациентов, которым в 2018–2024 гг. выполнена трансперинеальная аппаратная мпМР/УЗ фьюжн биопсия в сочетании с сатурационной. Критерии включения: ПСА ≥ 2 нг/мл и/или подозрительный очаг при ПРИ/ТРУЗИ и PI-RADS v2.1 ≥ 3 . КзРПЖ считали ISUP ≥ 2 . Выполнен стратифицированный анализ факторов (характер биопсии, PI-RADS, ПСА, плотность ПСА, размер очага). Построен алгоритм дерева решений методом CHAID.

Результаты исследования. Медиана возраста составила 63 года, уровень ПСА – 6,7 нг/мл, объём простаты – 48 см³. Выявляемость кзРПЖ при сравнении аппаратной мпМР/УЗ фьюжн и комбинированной биопсии статистически не различалась (23,6% и 30,4%; $p=0,051$). Добавочная ценность сатурационной биопсии отсутствовала у пациентов с PI-RADS 5, а также при PI-RADS 3–4 в сочетании с неблагоприятными факторами (ПСА >10 нг/мл, плотность ПСА >0,2 нг/мл/см³, размер очага >20 мм или очаг, выявленный при ТРУЗИ). CHAID-модель продемонстрировала точность 80,2% и чувствительность 100%, позволяя сократить количество сатурационных биопсий на 60,5% при риске пропуска кзРПЖ $\leq 3,3\%$.

Выводы. Добавочная ценность сатурационной биопсии определяется клинико-радиологическим профилем пациента и в ряде подгрупп отсутствует. Полученные данные обосновывают возможность перехода от комбинированной тактики к выполнению исключительно МР-прицельной биопсии у тщательно стратифицированной группы пациентов без существенного риска пропуска кзРПЖ.

Мельникова К.Ю., Кчибекова М.Э.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ОЖОГОВЫХ РАНАХ

Кафедра хирургии педиатрического факультета ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава РФ. Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор Кчибеков Э.А.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь изменений биохимических показателей общего белка крови в раневом отделяемом и результатов бактериальной обсемененности ран в зависимости от фаз раневого процесса при ожоговой травме.

Материал и методы. Исследование проводилось в период с 2022 по 2024 года на базе ожогового отделения центра травматологии и ортопедии ГБУЗ АО АМОКБ г. Астрахань. Изучены результаты микробиологического исследования (степень обсемененности) и показателей общего белка раневого отделяемого с поверхности ожоговых ран с глубиной поражения II–III степени, возникших в результате воздействия пламени, горячих жидкостей и соприкосновения с горячими предметами у 89 пациентов. Исследования раневого отделяемого проводились в 1–3, 5–7, 10–12, 15–17 сутки с момента получения ожоговой травмы.

Результаты исследования. При исследовании изменений степени бактериальной обсемененности в динамике были выявлены статистически значимые различия. У пациентов, поступивших в первые трое суток с момента получения травмы, высевалось наименьшее количество КОЕ микроорганизмов (медиана показателя обсемененности – $10^2 [0-10^{4,5}]$ КОЕ/мл). Далее тенденция к росту колоний нарастала к 5–7 суткам с момента травматизации с максимальным их количеством 10^9 КОЕ/мл (медиана – $10^4 [10^1-10^6]$ КОЕ/мл) и к 10–12 суткам с максимальными значениями обсемененности 10^7 КОЕ/мл (медиана – $10^4 [10^1-10^6]$ КОЕ/мл). В дальнейшем на фоне проводимого лечения показатели степени бактериальной обсемененности постепенно достоверно снижались к 15–17 суткам ($p=0,02$; $p<0,05$) в 55,6 % случаев (медиана – $10^3 [10^1-10^4]$ КОЕ/мл).

В первые трое суток отмечались наименьшие показатели общего белка раневого отделяемого – 42,6 [32,2–47,6] г/л. К 15–17 суткам сохранялась тенденция к нарастанию показателей до 58,5 [51,4–86,5] г/л. К концу исследования (20–22 суткам) показатели общего белка раневого отделяемого достигали максимальных значений 71,8 [46,8–96,2] г/л ($p<0,001$).

Таким образом, выявлена закономерность повышения показателей уровня общего белка раневого отделяемого при концентрации микроорганизмов $\leq 10^3$ КОЕ/г, а при более высоком уровне контаминации ($> 10^3$ КОЕ/г) – снижение концентрации общего белка раневого отделяемого.

Выводы. В нашем исследовании показано, что в течении раневого процесса на поверхности ожоговой раны общий белок играет особую роль. Отмечено, что данные показатели имеют тенденцию к активному повышению в продолжительности всего раневого процесса. Формирование грануляционной ткани характеризуется активацией фибробластов и синтезом биоактивных веществ в высоких концентрациях, участвующих в формировании коллагенового матрикса. Основой формирующейся ткани являются протеогликаны. Все вышеперечисленное обосновывает динамическое повышение уровня общего белка на поверхности ожоговой раны.

Менгпулодзода Ф.Р., Сафарова М.М.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ГЕМОРРОЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА.

Кафедры общей хирургии №1 имени профессора А.Н. Каххарова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов малоинвазивного лечения хронического сочетанного геморроя с применением лазерной технологии.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 82 больных, перенёвших оперативные вмешательства с применением лазерной техники по поводу различных стадий сочетанного геморроя, проходивших лечение в отделение колопроктологии ООО «Мадади Акбар» в 2025 г. Среди оперированных были 60 мужчин и 22 женщины в возрасте от 18 до 73 года. Всем пациентам выполнена лазерная вапоризация геморроидальных узлов с применением W-лазера с длиной волны 1940 нм, с использованием конусообразного световода. Методика основана на воздействии лазерной энергии на кавернозную ткань внутреннего геморроидального узла и на конечные ветви верхней прямокишечной артерии. Первым этапом выполнялось подслизистое введение под геморроидальный узел тумесцентного раствора в виде лидокаина 0,05% или 1% с адреналином для местной анестезии. Вторым этапом конусообразный световод в активном режиме вводился в подслизистый слой под геморроидальным узлом. После этого выполнялась субмукозная вапоризация геморроидальной ткани до появления очагов «белой» денатурации. Эффективность деструкции геморроидальных узлов оценивали с помощью аноскопии и пальцевого исследования.

Проведены анализ интенсивности послеоперационного болевого синдрома, сроки госпитализации и частота развития рецидивов. Анализ интенсивности послеоперационного болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде осуществляли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 баллов. Всем пациентам до операции и через 1 и 3 месяцев после операции выполнена аноскопия и ретроманоскопия с целью визуализации и измерения внутренних геморроидальных узлов и сопутствующих патологий.

Результаты исследования. Анализ полученных данных в ближайшем послеоперационном периоде показал преимущества лазерной вапоризации геморроидальных узлов по сравнению с закрытой геморроидэктомией. Техническая особенность выполнения данной операции заключалась в том, что лазерная вапоризация не требовала использования дополнительного гемостаза. К положительным сторонам и преимуществам этого метода следует отнести отсутствие кожно-слизистых ран в области анального канала, при котором заживление ткани происходит без осложнения. Позволило значительно уменьшить время оперативного вмешательства, сроки госпитализации сократились от 1 часа до 2 дней в зависимости от степени геморроя и сопутствующих патологий, сроки послеоперационного наблюдения варьировали от 1 недели до 3 месяцев (средний срок наблюдения в группе составил $1,5 \pm 2,0$ мес.). Болевой синдром в первые сутки после операции составил от 2,0 до 4,1 баллов ($2,9 \pm 1,3$), а далее лишь снижался. Период нетрудоспособности составил от 1 до 3 дней (среднее значение в группе – $1,5 \pm 3$ дней). В двух случаях возникли продолжительные боли до 5 дней.

Выводы. Наш опыт выполнения лазерной вапоризации геморроидальных узлов с использованием конусообразного световода для лечения больных с хроническим геморроем показал, что данная методика позволяет ускорить сроки реабилитации пациентов за счёт снижения уровня боли, отсутствия поражения слизистой оболочки и высокого воздействия лазерного луча, которое минимизирует риски послеоперационного нагноения раны и развитие абсцесса. Улучшаются значительные социальный и экономический эффекты.

Мехрангези М., Рахматзода Д.Ч., Чалолова М.Н.

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОЙ ДАР СКЛЕРОЗИ ПАҲНШУДА

Кафедраи рентгенология ва радиологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбарии илмӣ-ассистент Нуритдинов Ҷ.А.

Мақсади таҳқиқот. Таъхиси барвақт ва оғози саривактии муолиҷаи склерози паҳншуда.

Маъод ва усулҳои таҳқиқот. Таъхиси барвақти склерози паҳншуда тавассути тақвияти контрастии ин захмҳо ба даст оварда мешавад, ки як моҳ пас аз пайдоиши онҳо боқӣ мемонад, ки ин як аломати ҳоси дигари склерози пароканда аст.

Натиҷаи таҳқиқот. Афзалияти муқоиса дар раванди таъхиси склерози гуногун бо се хусусият нисбат ба усули муқаррари тақдикот вобаста аст: 1. Афзоиши шумораи манбаҳои фаъоли демиелинизатсия; 2. Манбаҳои дар моддаи хокистари зерикортикалӣ пайдо мешаванд, ки дар он ҷо онҳо одатан дар тасвирҳои стандартӣ вазндори T2 намоён нестанд; 3. Эҳтимолияти ошкор кардани захмҳои нодида гирифташуда дар тасвирҳои вазндори T2 меафзояд. Склерози паҳншуда дар речаи T1 захмҳои гипоинтензиро дар сохторҳои гуногуни мағзи сар ошкор мекунад. Аксар вақт онҳо дар наздикии шохҳои меъдаҷаҳои канори, дар ҷисми пинашакл, дар пойи мағзи миена, дар майначаю купрук ҷойгир шудаанд. Дар тасвирҳои T1-и тарозушуда, манбаҳои демиелинизатсия аз моддаи сафед ториктар ба назар мерасанд, ки ба "сӯрохиҳои сиёҳ" монанд аст. Ин манбаҳои музмин аз даст додани аксонҳои тавсиф мекунаанд. Дар аксҳои T2 манбаҳои ҳоси демиелинизатсия дар ҳама мушоҳидаҳо дар шакли очаҳои шиддати баланд муайян карда мешаванд, аммо дар ин ҳолат манбаҳои хурд намоёнанд, ки дар тасвирҳои вазни T1 муайян карда намешаванд. Усули тақдикоти МР бо контраст бештар иттилоот медиҳад. Дар ин ҳолат, маълумоти МР-и тақдикот обективӣ аст, яъне дар арзебии ҳаҷми манбаъ, инчунин пайдоиши ҳалқаи сафед, ки дар бораи шиддат гирифтани раванд сухан меронад. Назорати МР дар динамика имкон медиҳад, ки фаъолияти бемориро дар робита бо тасвири гуногунранги мушоҳидашуда арзебӣ кунад: баъзе пулакчаҳо нопадид мешаванд, баъзеи дигар пайдо мешаванд, андозаи минтақаҳои зарардида ҳамзамон зиед ва кам мешаванд. Ғайр аз ин, ворида кардани моддаҳои контрастӣ имкон медиҳад, ки аломати ҷолиби патогномониро ошкор кунад. Он одатан дар шакли фокусҳои перивентрикулярӣ муайян карда мешавад, ки ба самти радиалӣ аз меъдаҷаҳо ба кишри мағзи сар равона карда мешаванд. Лавҳаҳои ҷудогона дар пояи мағзи сар ва мағзи сар ҷойгир буданд. Лавҳаҳо аз ҷиҳати шакл гуногун буданд.

Захмҳои калонтар номунтазам, асосан аз чихати сохтор гетерогенӣ буданд ва канорҳои дандонадор ва норавшан доштанд. Баръакс, захмҳои хурдтар мудаввар, бо контурҳои равшан ва сохтори якхела буданд. Андозаи ҳадди аксар захм 20.0 x 18.7 мм, ҳадди ақал 2.88 x 1.21 мм аст. Қобили зикр аст, ки аксари захмҳо дар ҳисми пинакшакл ҷойгир шудаанд. Дар таҳлили магнитӣ-резонансӣ мавҷудияти манбаҳои сершумор аллакай дар аввали беморӣ нишон медиҳад, ки раванди патологӣ муддати тӯлонӣ субклиникӣ инкишоф ёфтааст. Муайян карда шудааст, ки зухуроти клиникӣ беморӣ аксар вақт бо пайдоиши захмҳо дар пояи мағзи сар ва ҳароммағз ба амал меоянд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, таҳлили магнитӣ-резонансӣ бо истифода аз моддаҳои контрастӣ, ки дорои хосиятҳои парамагнитӣ мебошанд, бо иттилооти баланд тавсиф карда мешавад ва дар аксари ҳолатҳо аломатҳои хоси склерози паҳншударо ошкор мекунад, ки дар навбати худ имкон медиҳад, ки фаъолияти раванди патологӣ муайян карда шавад ва склерози паҳншударо дар марҳилаҳои аввали рушди беморӣ таҳлис карда шавад.

Мингтураев А.Ш.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН

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

ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»

Научный руководитель – к.м.н. Мустафакулов С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексной немедикаментозной коррекции возрастной андрогенной недостаточности у мужчин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Обследованы 96 мужчин 45–65 лет с возрастной андрогенной недостаточностью (общий тестостерон <12 нмоль/л, AMS+).

I группа (n=36) получала 12-недельную немедикаментозную программу (антиоксидантное питание, аэробная нагрузка ≥5 км 5 раз в неделю, коррекция сна и массы тела); II группа (n=30) получала только физическую активность и рекомендации по снижению веса; контрольную группу (n=30) составили здоровые мужчины. Определялись общий и свободный тестостерон, ГСПГ, липидный профиль, глюкоза, ИМТ, оценивалась шкала AMS. Статистическая значимость принималась при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Через 12 недель в основной группе отмечено достоверное повышение уровня общего тестостерона с $10,1 \pm 1,3$ до $14,2 \pm 2,1$ нмоль/л ($p < 0,01$), снижение ИМТ на $2,4 \pm 0,8$ кг/м², уменьшение выраженности симптомов по шкале AMS на 38%, снижение уровня ЛПНП на 14% и улучшение показателей эректильной функции. Во II группе повышение тестостерона было менее выраженным (до $12,1 \pm 1,8$ нмоль/л, $p < 0,05$), снижение массы тела и клиническое улучшение носили умеренный характер (улучшение симптомов на 18%). Показатели основной группы приблизились к значениям контрольной группы.

Выводы. Комплексная немедикаментозная коррекция (антиоксидантное питание + физическая активность) повышает уровень тестостерона и уменьшает проявления возрастной андрогенной недостаточности; она эффективнее одной физической нагрузки и может рассматриваться как начальный этап терапии до ЗГТ.

Мингтураев А.Ш.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН

Кафедра урологии имени Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»

Научный руководитель – к.м.н. Мустафакулов С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексной немедикаментозной коррекции возрастной андрогенной недостаточности у мужчин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Обследованы 96 мужчин 45–65 лет с возрастной андрогенной недостаточностью (общий тестостерон <12 нмоль/л, AMS+).

I группа (n=36) получала 12-недельную немедикаментозную программу (антиоксидантное питание, аэробная нагрузка ≥5 км 5 раз в неделю, коррекция сна и массы тела); II группа (n=30) получала только физическую активность и рекомендации по снижению веса; контрольную группу (n=30) составили здоровые мужчины. Определялись общий и свободный тестостерон, ГСПГ, липидный профиль, глюкоза, ИМТ, оценивалась шкала AMS. Статистическая значимость принималась при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Через 12 недель в основной группе отмечено достоверное повышение уровня общего тестостерона с $10,1 \pm 1,3$ до $14,2 \pm 2,1$ нмоль/л ($p < 0,01$), снижение ИМТ на $2,4 \pm 0,8$ кг/м², уменьшение выраженности симптомов по шкале AMS на 38%, снижение уровня ЛПНП на 14% и улучшение показателей эректильной функции. Во II группе повышение тестостерона было менее выраженным (до $12,1 \pm 1,8$ нмоль/л, $p < 0,05$), снижение массы тела и клиническое улучшение носили умеренный характер (улучшение симптомов на 18%). Показатели основной группы приблизились к значениям контрольной группы.

Выводы. Комплексная немедикаментозная коррекция (антиоксидантное питание + физическая активность) повышает уровень тестостерона и уменьшает проявления возрастной андрогенной недостаточности; она эффективнее одной физической нагрузки и может рассматриваться как начальный этап терапии до ЗГТ.

Мирзоашрафова Ф.К., Аннаев М.Б., Сафолова Ф.М.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВНОЙ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджики-

Цель исследования. Разработать алгоритм комплексной диагностики фенотипов рецидивной ректовагинальной свищи прямой кишки на основе интеграции клинических, морфологических, функциональных и лабораторных показателей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 62 пациенток с рецидивирующими ректовагинальными свищами, которые прошли обследование и лечение в специальном колопроктологическом отделении. Целый ряд диагностических подходов включал клиническое обследование, передовые методы визуализации, функциональные исследования анального сфинктера и лабораторные анализы воспалительных маркеров.

Клиническая оценка включала сбор полного анамнеза, оценку симптомов, зарегистрированных пациентом, осмотр промежности и цифровое исследование прямой кишки. Особое внимание уделялось оценке характеристик любых выделений, наличия боли, степени деформации ткани промежности и признаков воспаления.

Результаты исследования. Созданная диагностическая база основана на тщательной и систематической оценке клинических, морфологических, функциональных и иммуновоспалительных аспектов патологического процесса.

На начальном этапе диагностики проводится углубленная клиническая оценка состояния пациента. Это включает сбор подробного анамнеза, анализ количества перенесенных хирургических вмешательств, продолжительности фистулы и характера клинических симптомов. Особое внимание уделяется распознаванию признаков активного воспаления, включая боль, гнойные выделения, гиперемию и инфильтрацию ткани промежности, а также признаков значительных рубцовых изменений в ректовагинальной перегородке. Эта клиническая оценка позволяет составить предварительное представление о прогрессировании заболевания и помогает выдвинуть гипотезу о доминирующем патогенетическом механизме образования свищей.

Второй этап диагностики направлен на комплексную морфологическую оценку структурных изменений, присутствующих в патологической зоне, и включает различные инструментальные методы визуализации. Среди них наиболее информативными являются магнитно-резонансная томография малого таза и эндоанальное ультразвуковое исследование.

Третий этап диагностического процесса включает функциональную оценку состояния анального сфинктера. Для этой оценки используется аноректальная манометрия, позволяющая определить базальное и максимальное давление в анальном канале, а также оценить сократительную способность механизма сфинктера.

Заключительный этап диагностики направлен на оценку воспалительной активности и включает лабораторный анализ маркеров системного воспаления. В частности, измеряют уровни С-реактивного белка, интерлейкина-6 (IL-6), фактора некроза опухоли-α (TNF-α) и других медиаторов воспаления. Эти показатели позволяют оценить уровень активности воспалительного процесса, а также наличие хронического иммунного ответа, поддерживающего персистенцию фистулы.

Выводы. Рецидивирующий ректовагинальный свищ характеризуется фенотипическим разнообразием, обусловленным сочетанием воспалительных, фиброзных и ишемических изменений тканей. Комплексный диагностический алгоритм, ориентированный на фенотипы, позволяет объективно оценить морфофункциональные изменения анального сфинктера и тканей промежности, способствует точной стратификации пациентов и повышает достоверность решений о хирургическом лечении.

Мирзоашрафова Ф.К., Аннаев М.Б., Сафолова Ф.М.

ИММУННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ РЕЦИДИВНОЙ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Оценить особенности системного и локального воспалительного ответа при различных фенотипах рецидивной ректовагинальной свищи прямой кишки.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 62 пациенток, страдающих рецидивирующей ректовагинальной фистулой. Для оценки воспалительных и иммунных изменений были проанализированы концентрации IL-6, TNF-α, CRP и TGF-β в тканях сыворотки крови и фистулы.

Кроме того, было проведено иммуногистохимическое исследование биопсии тканей ректовагинальной перегородки. Пациентки были разделены на различные фенотипы патологического процесса: воспалительно-деструктивный, фиброзно-рубцовый, ишемико-атрофический и комбинированный.

Результаты исследования. Наиболее значительная активация провоспалительных цитокинов наблюдалась у пациентов с воспалительно-деструктивным фенотипом, у которых уровни IL-6 и TNF-α были заметно повышены по сравнению с другими группами. Это подчеркивает важнейшую роль активного воспалительного процесса в патогенезе этого конкретного фенотипа.

У пациентов с фенотипом фиброрубца наблюдалось заметное повышение уровня TGF-β, что свидетельствует о преобладании процессов ремоделирования фиброзной ткани и усилении пролиферации фибробластов.

При ишемико-атрофическом фенотипе было отмечено небольшое повышение воспалительных маркеров, значительное снижение васкуляризации тканей и признаков тканевой недостаточности.

Наиболее значительные иммуновоспалительные изменения были выявлены у пациенток с комбинированным фенотипом рецидивирующего ректовагинального свища. В этой группе наблюдалось одновременное

повышение уровней провоспалительных цитокинов (в частности, IL-6, TNF-альфа, IL-1 β), что отражает активность хронического воспалительного процесса, а также значительное повышение уровня TGF- β , который служит важным медиатором ремоделирования фиброзной ткани. Это сочетание биохимических и иммунологических изменений

В результате возникает патогенетический синдром, характеризующийся взаимным обострением воспаления и фиброза, что нарушает нормальные механизмы восстановления тканей, снижает эластичность тканей и нарушает микроциркуляцию. Сосуществование активного воспалительного процесса и значительного фиброзного ремоделирования свидетельствует о более тяжелом клиническом прогрессировании заболевания у пациентов с комбинированным фенотипом, что приводит к самым высоким показателям рецидивов после хирургического вмешательства.

Выводы. Воспалительно-деструктивный фенотип характеризуется значительной активацией провоспалительных цитокинов, тогда как вариант с фиброзными рубцами связан с повышенным уровнем TGF- β и усилением процессов ремоделирования фиброзной ткани. Наиболее тяжелые иммуновоспалительные нарушения обнаружены при комбинированном фенотипе. Оценка цитокинового профиля может служить дополнительным прогностическим индикатором прогрессирования заболевания и может быть использована в диагностике на основе фенотипов.

Мирзоев М., Орифова Г.Х.

ФАРИНГИТЫ И ЛАРИНГИТЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бустонов М.О.

Цель исследования. Изучить эффективность современных медикаментозных и немедикаментозных методов терапии фарингитов и ларингитов у взрослых амбулаторных пациентов.

Материал и методы. Исследование охватило 60 пациентов с острыми и хроническими фарингитами и ларингитами, проходивших лечение в ЛОР-отделении Согдийской областной клинической больницы имени Сангина Кутфиддинова с сентября до декабря 2025 года. Применялись клинический осмотр, фарингоскопия, ларингоскопия, бактериологическое исследование мазка из зева, оценка боли и осиплости голоса. В зависимости от проводимого лечения пациенты были распределены на две группы: контрольная группа со стандартной терапией и основная группа с комплексным лечением. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов и срокам выздоровления. Наблюдение проводилось в течение 14 дней с учетом переносимости лечения и проявления побочных эффектов.

Результаты исследования. При первичном осмотре боль в горле отмечалась у 55 пациентов, гиперемия и отёк слизистой ротоглотки у 53, першение и сухость у 49, затруднение глотания у 46, осиплость голоса у 41, сухой кашель у 35 и субфебрильная температура у 28 пациентов. Увеличение регионарных лимфатических узлов выявлено у 23 пациентов. К третьему дню лечения уменьшение болевого синдрома зарегистрировано у 22 пациентов основной группы и у 14 контрольной. К седьмому дню выраженное клиническое улучшение отмечено у 26 пациентов основной группы и у 19 контрольной. Средний срок выздоровления составил 6 дней в основной группе и 9 дней в контрольной. Осложнения развились у 2 пациентов основной группы и у 6 контрольной. Побочные реакции наблюдались у 3 пациентов и носили кратковременный характер. Через месяц стойкое улучшение сохранялось у 25 пациентов основной группы.

Выводы. Современные комплексные методы терапии фарингитов и ларингитов повышают эффективность лечения, ускоряют выздоровление, снижают риск осложнений и позволяют уменьшить медикаментозную нагрузку при амбулаторном ведении пациентов различных возрастных групп в клинической практике.

Мирзоева М.Дж.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Камилова М.Я.

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.

Мирзоева Н.Д., Хусейнова Л.Н., Давлатов Д.Д.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕДНИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Изучить клинко-анатомические особенности передних свищей прямой кишки у женщин.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 46 пациенты с передними свищами прямой кишки, которые получали лечение в специализированном колопроктологическом учреждении в период с 2023 по 2026 год. Это исследование носило проспективный характер и основывалось на тщательном анализе клинических данных пациентов. Пациенты, включенные в исследование, были в возрасте от 18 до 65 лет.

Диагностический подход заключался в систематическом клиническом и инструментальном обследовании. Сначала были собраны жалобы пациентов и изучена история болезни для определения продолжительности заболевания, особенностей его клинического прогрессирования и любых предыдущих лечебных мероприятий. После этого было проведено клиническое обследование, включавшее обследование перианальной области и цифровое ректальное исследование, позволяющее оценить состояние анального канала и выявить любые признаки воспалительных или инфильтративных изменений в прилегающих тканях.

Для уточнения анатомических характеристик свища и оценки состояния аноректальной области применялись инструментальные методы исследования, включая аноскопию, эндоанальное ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию органов малого таза. Передние свищи определялись как свищи, внутреннее отверстие которых находилось в переднем отделе анального канала.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что передние свищи прямой кишки у женщин обладают различными клиническими и анатомическими характеристиками.

В большинстве случаев внутреннее отверстие фистулы находилось в переднем отделе анального канала, в основном в области анальных крипт. Свищевой тракт чаще простирался в сторону передней части параректальной ткани.

Передние свищи чаще всего относились к типу трансфинктеров, когда свищ проходил через передние части наружного анального сфинктера.

Несколько наблюдений указывали на воспалительные изменения слизистой оболочки заднего прохода в месте внутреннего свища, включая гиперемию слизистой оболочки, инфильтрацию тканей и нарушение архитектуры анальной крипты.

В течение длительного периода заболевания наблюдались дистрофические и рубцово-фиброзные трансформации слизистых оболочек и подслизистой оболочки анального канала, приводящие к деформации анального канала и снижению эластичности его стенок.

Полученные результаты подтверждают мнение о том, что передние свищи прямой кишки у женщин характеризуются сложной анатомической конфигурацией и требуют индивидуального подхода к определению хирургических стратегий.

Выводы. Передние свищи прямой кишки у женщин отличаются различными клиническими и анатомическими характеристиками, такими как переднее положение внутреннего отверстия, общее взаимодействие механизма переднего сфинктера и наличие морфологических и функциональных изменений в слизистой оболочке анального отверстия. Учет этих характеристик имеет решающее значение для выбора наиболее эффективных хирургических стратегий и предотвращения функциональных осложнений.

Мирзоева Н.Д., Хусейнова Л.Н., Давлатов Д.Д.

ЧАСТОТА ПЕРЕДНИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Определить частоту передних свищей прямой кишки у женщин среди всех свищей

прямой кишки и оценить их клиническое значение.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование клинических данных 46 пациентов с ректальными свищами, получавших лечение в отделении колопроктологии. В исследование были включены пациенты с различными формами анальных свищей, классифицированные в зависимости от их связи с комплексом анального сфинктера. В соответствии с общепринятой клинической и анатомической классификацией были идентифицированы как интерсфинктерные, так и внесфинктерные формы заболевания.

Диагностический подход включал тщательное и методическое клиническое и инструментальное обследование пациентов. Для выяснения анатомических характеристик свища и состояния аноректальной области использовались различные инструментальные методы исследования, такие как аноскопия, эндоанальное ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография органов малого таза. Особое внимание уделялось расположению внутреннего отверстия свища. Свищи классифицировались как передние, если их внутреннее отверстие находилось в передней части анального канала и соответствовало положению 10—2 часов на обычном циферблате.

В ходе исследования были также проанализированы демографические, клинические и анатомические характеристики пациентов, включая такие факторы, как пол, тип фистулы, продолжительность заболевания и наличие дополнительных аноректальных заболеваний.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что мужчины чаще встречались среди пациентов с ректальными свищами. В общем распределении наблюдаемых анальных свищей передние свищи составляли относительно небольшую долю случаев. Тем не менее, у женщин частота возникновения передних свищей была значительно выше, чем у мужчин. Это различие можно объяснить анатомическими особенностями переднего сегмента анального канала у женщин, которые включают более тонкую мышечную структуру сфинктерного аппарата и тесную анатомическую близость к органам промежности и тазового дна.

Изучение анатомической конфигурации свищей показало, что в большинстве случаев передние свищи у женщин были транссфинктерными формами заболевания. При такой конфигурации свищ пересекает волокна наружного анального сфинктера и проникает в параректальную ткань, что значительно усложняет хирургическое вмешательство и повышает риск повреждения сфинктерного аппарата. Кроме того, расположение свища спереди еще больше повышает вероятность функциональных осложнений, связанных с нарушением функции удержания анального отверстия.

Кроме того, у некоторых пациентов наблюдались значительные морфологические изменения слизистой оболочки заднего прохода в месте внутреннего свища. Эти изменения проявлялись в гиперемии слизистой оболочки, отеке ткани, воспалительной инфильтрации и нарушении структуры анальной крипты. В течение длительного периода заболевания наблюдались также фиброзные и рубцовые изменения слизистой оболочки и подслизистой оболочки анального канала, приводящие к деформации анального канала и изменению структуры нормальной ткани.

Выводы. Хотя женские передние ректальные свищи составляют относительно небольшую часть всех анальных свищей, они клинически значимы из-за анатомических особенностей переднего сегмента анального канала и повышенного риска функциональных осложнений.

Мирзоева Х.М, Курбон Д., Назарова Н.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Изучить и проанализировать показатели коморбидности туберкулёза и сахарного диабета у населения Дангаринского района за период 2021–2024 гг.

Материал и методы. Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с лабораторно подтверждённым диагнозом туберкулёза, состоявших на диспансерном учёте, был проведен в отделении туберкулёза многопрофильного медицинского центра Дангаринского района в период 2021–2024 гг. Диагностика туберкулёза проводилась на основании клинических данных и лабораторных методов (бактериоскопия, рентгенологическое обследование). Сопутствующий сахарный диабет устанавливался на основании лабораторных показателей (уровень глюкозы крови натощак, биохимическое исследование). Пациенты распределялись по полу, по возрастным группам (дети до 14 лет, подростки 15–17 лет, молодые 18–44 года, средний возраст 45–59 лет, пожилые 60–74 года, старческий возраст 75–90 лет), по клиническим формам заболевания (впервые выявленные случаи, рецидивы, лекарственно-устойчивые формы) и по наличию сопутствующего сахарного диабета.

Результаты исследования. Среди 345 пациентов, находившихся на диспансерном учёте с диагнозом туберкулёз, 193 (55,9%) составили мужчины и 152 (44,1%) – женщины. Возрастная структура показала, что наибольшая доля случаев приходилась на трудоспособное население: 18–44 года – 56,8%, 45–59 лет – 17,9%. Среди детей зарегистрировано 5,5% случаев, подростков – 2,8%, лица среднего возраста – 14,7%, лица старческого возраста – 2,6%. Впервые выявленные случаи составили 82,6%, рецидивы – 6,9%, лекарственно-устойчивые формы – 11,3%. Сахарный диабет выявлен у 23 пациентов (6,7%). Среди мужчин диабет диагностирован у 4 из 193 (2,07%), среди женщин – у 19 из 152 (12,5%). Таким образом, коморбидность у женщин встречалась более чем в 6 раз чаще. Возрастной анализ пациентов с сочетанной патологией показал: 19 случаев – средний возраст (45–59 лет), 3 случая – молодой возраст (18–44 года), 1 случай – пожилой возраст (60–74 года). Преобладание лиц среднего возраста среди пациентов с коморбидной патологией свидетельствует о значительной роли метаболических нарушений в данной возрастной группе. Известно, что сахарный диабет способствует снижению клеточного иммунитета, что повышает риск неблагоприятного течения туберкулёзного процесса. Летальных исходов в исследуемый период зарегистрировано не было.

Выводы. Частота сахарного диабета среди пациентов с туберкулёзом в Дангаринском районе составила 6,7%. Коморбидность значительно чаще встречалась у женщин (12,5%), чем у мужчин (2,07%). Наиболее уязвимой группой являются лица среднего возраста (45–59 лет). Полученные данные обосновывают необходимость обязательного лабораторного скрининга нарушений углеводного обмена у всех пациентов с туберкулёзом.

Мирзоева Ш.М., Мамадалиева Т.А., Аль-Озаби Абдулла Валид
ВИТАМИН D КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Бобджонова О.Б.

Цель исследования. Изучить роль витамина D в регуляции менструального цикла и оценить его взаимосвязь с гормональными показателями и овуляторной функцией у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование, включившее 70 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 45 пациенток с нарушениями менструальной функции, проявлявшимися олигоменореей, нерегулярным циклом и эпизодами ановуляции. Контрольную группу составили 25 практически здоровых женщин с регулярным менструальным циклом и подтверждённой овуляцией.

Пациентки не получали гормональную терапию в течение последних трёх месяцев. Средняя продолжительность наблюдения составила три месяца.

Всем обследованным проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование, включившее определение уровня 25(ОН)D, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, эстрадиола, прогестерона во второй фазе цикла, антимюллера гормона, ингибина В, пролактина и тиреотропного гормона. Дополнительно рассчитывался индекс массы тела.

Для оценки функционального состояния яичников проводилась ультразвуковая фолликулометрия на 8, 11 и 13 сутки менструального цикла с динамической оценкой роста доминантного фолликула и подтверждением овуляции.

Уровень витамина D классифицировали как дефицит (<20 нг/мл), недостаточность (20–30 нг/мл) и нормальное обеспечение (>30 нг/мл). Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа Пирсона при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний уровень витамина D в основной группе составил $17,4 \pm 4,2$ нг/мл, что было достоверно ниже по сравнению с контрольной группой — $31,8 \pm 5,6$ нг/мл ($p < 0,001$). Дефицит витамина D выявлен у 64,4% пациенток основной группы, недостаточность — у 24,4%, нормальный уровень — у 11,2%. В контрольной группе нормальный уровень витамина D отмечен у 64% обследованных.

Ановуляторные циклы диагностированы у 62% пациенток основной группы. Снижение уровня прогестерона во второй фазе цикла выявлено у 58% обследованных.

После коррекции дефицита витамина D в течение трёх месяцев восстановление овуляторного цикла наблюдалось приблизительно у половины пациенток.

Выводы. Дефицит витамина D часто встречается у женщин репродуктивного возраста с нарушениями менструального цикла и ассоциирован с овуляторной дисфункцией. Определение уровня витамина D может быть полезным для ранней диагностики и комплексной коррекции репродуктивных нарушений.

Мирзозода А.А., Идизода Э.Х., Бустонова С.М.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТОНЗИЛЭКТОМИИ

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.
Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б.Исхоки. «НМЦ РТ «Шифобахш».
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бустонов М.О.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с хроническим тонзиллитом на основании анализа пяти основных методов тонзилэктомии (ТЭ) по клиническим и лабораторным критериям.

Материал и методы. Было обследовано 84 пациента (51 мальчик и 33 девочки) в возрасте от 3 до 16 лет, средний возраст — $10 \pm 12,3$ года с диагнозом «хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, гипертрофия II–III степени». Пациентов разделили на 5 групп в зависимости от метода ТЭ: I группа (18 пациентов) — после классической ТЭ; II группа (16 пациентов) после коблации небных миндалин; III группа (12 пациентов) — после лазерной ТЭ; IV группа (18 пациентов) — после ТЭ при помощи аппарата сургитрон; V группа (30 пациентов) — после шейверной ТЭ. С целью оценки клинической эффективности данных методик учитывались следующие критерии: боль в ротоглотке, наличие лимфаденита, гипертрофия боковых валиков, рубцовые изменения, признаки гранулезного и субатрофического фарингита, а также динамика болей в области сердца и суставов, исчезновение клинических проявлений со стороны других органов и систем. Среди лабораторных параметров оценивали динамику изменений в общеклинических лабораторных тестах и результатах микробиологического исследования с использованием бактериологического и молекулярно-генетического методов исследования.

Результаты исследования. Первый этап состоял из итогов анализа субъективных клинических проявлений. При оценке и сравнении субъективных клинических проявлений у пациентов всех 5 групп были выявлены следующие результаты: наиболее часто выявляемым симптомом явилась частая боль в горле. Сравнивая дан-

ные всех пяти групп, стоит отметить, что наименьшая частота встречаемости субъективных клинических проявлений была отмечена у пациентов I группы. На втором этапе проводили оценку фарингоскопической картины больных. При оценке и сравнении объективных клинических проявлений в каждой группе наиболее часто встречались такие признаки, как гипертрофия боковых валиков глотки. При этом стоит отметить, что объективная клиническая симптоматика у пациентов I группы встречалась наиболее редко среди всех исследуемых групп. Третий этап исследования представлял собой оценку и сравнение лабораторных показателей. Высокие показатели АСЛ оказались наиболее часто встречаемым параметром среди пациентов исследованных групп, при этом наиболее низкие значения были отмечены у больных I группы. При сравнении исследованных параметров у пациентов всех 5 групп было установлено, что наилучшие результаты наблюдались у пациентов I группы, которым была выполнена классическая ТЭ. В данной группе после выполнения хирургического лечения редко определяли развитие субъективной клинической симптоматики и фарингоскопических изменений.

Выводы. Классический метод двусторонней ТЭ с использованием «холодных» инструментов и петли Бохона является наиболее эффективной методикой, позволяющей добиться желаемого клинического и микробиологического результата в отдаленном послеоперационном периоде.

Мирзозода Г.С.

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТКОВИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор, академик НАНТ Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между тяжестью, перенесённой коронавирусной инфекции и выраженностью постковидных симптомов у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 160 женщин репродуктивного возраста, обратившихся в Центры репродуктивного здоровья №5, 7, 8 и 9, а также в инфекционную больницу и в гинекологическое отделение городского медицинского центра г. Душанбе, которые были отнесены к основной группе наблюдения. Группу сравнения сформировали 28 женщин репродуктивного возраста, не имевших в анамнезе COVID-19. В критерий включения входили женщины репродуктивного возраста, с перенесённой коронавирусной инфекцией COVID-19, подтверждённой ПЦР и данными анамнеза. В критерии исключения вошли женщины, не перенёвшие коронавирусную инфекцию, с наличием у них установленной гинекологической патологии и эндокринных заболеваний, которые могли бы повлиять на менструальную функцию пациенток.

Результаты исследования. Установлено, что среди пациенток основной группы у 53 (33,1 %) заболевание протекало в лёгкой форме, у 74 (46,2 %) - в средней степени тяжести и у 33 (20,6 %) диагностировано тяжёлое течение инфекции. Возраст пациенток основной группы составил 20-45 лет. Преобладали женщины 25-29 лет - 54 (33,8%) и средний возраст составил $28,9 \pm 4,3$ лет. В группе сравнения (n=28) возрастное распределение было сопоставимым: доминировала категория 25-29 лет - 9 (32,1%), их средний возраст - $29,5 \pm 4,9$ года. Наиболее часто встречающимися жалобами после перенесённой инфекции оказались слабость (58,1%), хроническая усталость (44,4%) и боли в суставах и мышцах (37,5%). При этом наблюдалась прямая зависимость выраженности симптомов от тяжести перенесённого заболевания и возраста пациенток. Например, частота слабости существенно возрастала с увеличением тяжести COVID-19: у пациентов с лёгкой формой слабость наблюдалась в 41,5% случаев, при средней тяжести - у 60,0%, и достигала максимума 78,8% - в группе тяжёлого течения болезни. Аналогичная тенденция прослеживалась для хронической усталости, боли в суставах и мышцах. Симптом бессонницы встречался у 33,7% всех пациентов, но при тяжёлом течении заболевания его частота достигала 48,5% ($p < 0,001^*$).

В постковидном периоде также частота нарушений менструального цикла увеличилась в несколько раз. Например, кровотечения связанные с дисфункциональным маточным кровотечением, гиперполименореей и метроррагией увеличилось с 5,0% до 20,0%, т.е. в 4 раза ($p < 0,001$). Агидисменорея наблюдалась в более 3-х раз чаще, чем до болезни ($p < 0,001$). Гипоменструальный синдром, проявляющийся гипомеореей, олиго- и опсомеореей, после перенесённой болезни был отмечен почти в 10 раз чаще, чем до болезни - 24,4% против 2,5% ($p < 0,001^*$). На предменструальный синдром до болезни указали 8 (5,0%) пациенток, после болезни частота синдрома увеличилась до 40 (25,0%) ($p < 0,001$). При анализе характеристики менструальной функции достоверной разницы и зависимости их от степени перенесённой болезни как до болезни, так и после, не было выявлено.

Вывод. После перенесённого COVID-19, неблагоприятное общее состояние было отмечено у большей половины пациенток, которые коррелировали в зависимости от тяжести перенесённой болезни и ухудшали качество жизни исследованных пациенток. Полученные данные свидетельствуют о необходимости динамического наблюдения и комплексной оценки состояния здоровья женщин репродуктивного возраста после перенесённой коронавирусной инфекции.

Мирмухаммедов Н.Дж., Аззамов Ж.А., Норматов А.У.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Кафедра общей хирургии Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Самарканд.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сайдуллаев З.Я.

Цель исследования. Разработка и внедрение эффективных алгоритмов диагностики и лечения пациентов

с доброкачественными патологиями желчевыводящих путей, направленных на повышение качества медицинской помощи и снижение риска осложнений.

Провести анализ существующих методов диагностики и лечения доброкачественных патологий желчевыводящих путей, выявить их преимущества и недостатки.

Материал и методы. являются малоинвазивные методы хирургического вмешательства, применяемые для лечения более 100 пациентов с доброкачественными заболеваниями желчевыводящих путей, таких как холецистит и желчнокаменная болезнь оперированных в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2022 по 2025 гг. Это включает в себя технологии, такие как лапароскопия и эндоскопия, а также сопутствующие процедуры и подходы, направленные на минимизацию травматичности операций и улучшение клинических исходов.

Результаты исследования. Создание и внедрение стандартизированных алгоритмов диагностики и лечения доброкачественных патологий желчевыводящих путей, которые будут использоваться в клинической практике. Эти алгоритмы будут включать в себя четкие рекомендации по диагностическим методам и лечебным стратегиям, что позволит врачам более эффективно и быстро принимать решения.

Повышение точности и своевременности диагностики заболеваний желчевыводящих путей за счет интеграции современных методов визуализации, таких как УЗИ, КТ и МРТ, а также клинических данных. Это позволит снизить количество случаев недообследования и неправильной интерпретации результатов.

Определение наиболее эффективных стратегий лечения, включая как консервативные, так и хирургические методы. Это позволит врачам выбирать наиболее подходящий метод лечения в зависимости от конкретной клинической ситуации, что, в свою очередь, повысит шансы на успешное выздоровление пациентов.

Оценка экономической эффективности предложенных алгоритмов, что позволит не только улучшить качество медицинской помощи, но и снизить затраты на лечение. Это будет способствовать более рациональному использованию ресурсов в системе здравоохранения.

Проведение клинических испытаний разработанных алгоритмов на базе медицинских учреждений, что позволит проверить их практическую применимость и эффективность в реальных условиях. Результаты испытаний могут стать основой для дальнейшего внедрения алгоритмов в широкую практику.

Разработка программ обучения для медицинского персонала, направленных на внедрение новых алгоритмов в практику. Это обеспечит более высокую квалификацию врачей и улучшит качество медицинской помощи.

Выводы. практические результаты исследования будут направлены на улучшение качества диагностики и лечения доброкачественных патологий желчевыводящих путей, что в конечном итоге приведет к повышению качества жизни пациентов и оптимизации работы системы здравоохранения.

Мукимов Ш.Дж., Шарифзода Х., Вахобова П.Х.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Научный руководитель – к.м.н. Пулотов К.Дж.

Цель исследования. Оценить возможности эндоскопических методов в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Обобщены результаты обследования и лечения 45 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, госпитализированных в отделение абдоминальной хирургии и новой технологии ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» за период 2021-2025 гг. Возраст больных варьировал от 68 до 89 лет. Средний возраст составил $67,3 \pm 3,2$ лет. Мужчин было - 29 (64,4%), женщин – 16 (35,6%).

Результаты исследования. Язвы желудочной локализации установлены у 12 (26,7%), дуоденальные язвы – у 33 (73,3%). Сроки госпитализации от момента кровотечения варьировали в широких пределах: до 3-х часов – 8 (17,8%), через 3-7 часов – 21 (46,7%), от 7 до 24 часов – 16 (35,5%), позднее 24 часов – 30 (26, 8%). У 40 (88,9%) больных госпитализация выполнена впервые, большинство больных не предполагали у них наличия язвы. Повторная госпитализация имела место у 5 (11,1%) больных.

Всем больным при поступлении проводилась экстренная видеогастродуоденоскопия, определялся источник кровотечения, при продолжающемся кровотечении проводилась его эндоскопическая остановка и оценка риска рецидива кровотечения.

В соответствии с классификацией Forrest установлена следующие стадии активности кровотечения: F1a – 4 (8,9%), F1b – 8 (17,8%), F1a – у 14 (31,1%), F1b – 12 (26,7%), F1c – 6 (13,3%), F1b – у 1 (2,2%). В лечении больных с острыми язвенными кровотечениями предпочтение отдавалось эндоскопическим методам гемостаза обкалывание склерозирующим средством этоксклерол (10мг/мл) вокруг язвы - у 8 (30,7%) пациентов, электрокоагуляция – у 7 (27%) и эндоклипирование – у 11(42,3%) пациентов.

В первой группе у 12 пациентов в стадии активного продолжающегося кровотечения (F1a-F1b) результаты проведения гемостаза были следующими: у 8 пациентов достигнут устойчивый гемостаз, у 3-х пациентов после эндоскопического гемостаза возник рецидив кровотечения, которая потребовалась повторный гемостаз. Во второй группе у 17 из 26 пациентов в стадии недавнего состоявшегося кровотечения (F1a-F1b), но с вероятным риском его рецидива с целью профилактики выполнено эндоклипирование. Умер 1 (2,2%) пациент на высоте активного профузного кровотечения. Параллельно все больные получали гемостатическую, антисекреторную, общеукрепляющую терапию, проводилась коррекция постгеморрагической анемии.

Выводы. Таким образом в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиоло-

гии у лиц пожилого с старческого возраста особое предпочтение придают эндоскопическим методам гемостаза (склерозирующая терапия, электрокоагуляция, эндоклипирование). Оперативные вмешательства выполняются только при безуспешности эндоскопического вмешательства.

Мулдашева Н.Г., Масленников И.В.

КОРРЕКЦИЯ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ПРЕПАРАТОМ ДИХЛОРАЦЕТАТА НАТРИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мусатов О.В.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения травмы печени у кроликов под действием корректора тканевой гипоксии дихлорацетата натрия.

Материал и методы. Для экспериментов использованы 30 молодых кроликов обоего пола породы «Шиншилла серая» массой 1,5-2,0 кг из виварии Астраханского ГМУ. 20 животных использованы для проведения хирургических операций гепатотомии и гепатопластики в условиях операционной виварии, а 10 интактных не оперированных животных служили контролем при проведении манипуляций послеоперационного периода. На 5 кроликах первой группы сравнения под наркозом 5% раствором Золетила 100 («Virbac»,

Франция) выполнялась полостная операция с формированной ране печени (гепатотомии), а на 5 кроликах первой опытной группы выполнялась аутопластика печени СМЛЖ. На 10 кроликам второй группы сравнения (5 кроликов) и второй опытной группы (5 кроликов) после операций аналогичных вышеописанным в первой контрольной и опытной группах выполнялась коррекция состояния препаратами дихлорацетат натрия (ДХА). На протяжении последующих семи дней после операции этим кроликам ежедневно внутримышечно вводили по 1 мл препараты дихлорацетата натрия (МСН.Итд, Канада) в дозе 150 мг на кг массы кролика (порошок для инъекций разводился на стерильном 0,9% растворе хлорида натрия). Для чистоты эксперимента кроликам первой опытной группы и группы сравнения ежедневно на протяжении последующих семи дней внутримышечно вводили по 1 мл стерильного 0,9% раствора хлорида натрия. Кровь для исследований у кроликов всех групп забирали на 1, 3 и 7 день эксперимента. В сыворотке крови определяли активность ферментов аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) на анализаторе Microlab с реагентами фирмы Vitalab (Нидерланды).

Результаты исследования. В исследовании показано преимущество укрытия ран печени лоскутом, выкроенным из серозно-мышечной ткани желудка (СМЛЖ) на сосудистой ножке. Для оценки функции печени после пластики СМЛЖ оценивали активность трансфераз АСТ и АЛТ, фермента гликолиза ЛДГ. Впервые показана тенденция к более быстрому линейному снижению активности АСТ, АЛТ и ЛДГ на фоне коррекции ДХА. Кривые активности трансфераз АСТ и АЛТ подтвердили большую скорость восстановления ран печени после их укрытия СМЛЖ, чем при гепатотомии. Что касается влияния ДХА на динамику активности гликолитического фермента ЛДГ, то и здесь наблюдается тенденция к линейному снижению уровней ЛДГ. Однако на фоне применения ДХА в группе СМЛЖ наблюдается более быстрое снижение активности ЛДГ, чем в группе с гепатотомией. В этой ситуации использование ДХА для снижения уровней молочной кислоты при посттравматической тканевой гипоксии печени, оказалось более эффективным, чем другие известные гепатопротекторы. ДХА представляет собой структурный аналог пировиноградной кислоты, а его биологическая активность напрямую связана с активацией пируватдегидрогеназного комплекса в митохондриях гепатоцитов.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено существенное преимущество гепатопластики СМЛЖ по сравнению с гепатотомией и определена роль дихлорацетата натрия в коррекции послеоперационных нарушений метаболизма печени. Ингибитор киназы пируватдегидрогеназы дихлорацетат натрия может быть рекомендован к широкому применению в качестве нового эффективного лекарственного препарата в экспериментальной хирургии печени.

Муллоев И.Дж., Хамидов Ф.М., Усмонов И.М.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ДОБАВОЧНЫХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов реконструкции добавочных почечных артерий при родственной трансплантации почки от живого донора.

Материал и методы. Проведен анализ результатов 110 родственных трансплантаций почки. В 29 случаях (26,4%) у доноров выявлены добавочные почечные артерии по данным предоперационной мультиспиральной КТ-ангиографии.

В зависимости от применяемой техники сосудистой реконструкции пациенты были разделены на две группы. В первой группе (n=16) выполнялось формирование общего артериального ствола на «скамье» с последующим наложением единого артериального анастомоза с наружной подвздошной артерией. Во второй группе (n=13) выполнялись отдельные артериальные анастомозы для каждой артерии трансплантата.

Оценивались продолжительность сосудистого этапа операции, время теплой ишемии трансплантата, частота сосудистых осложнений, а также функциональное состояние трансплантата в раннем послеоперационном периоде. Статистический анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -критерия Пир-

сона ($p<0,05$).

Результаты исследования. Средняя продолжительность сосудистого этапа операции составила $33,2\pm 7,1$ минуты при формировании общего артериального ствола и $39,6\pm 8,3$ минуты при наложении отдельных анастомозов ($p=0,03$). Время тёплой ишемии трансплантата также было меньше в первой группе ($27,8\pm 5,4$ мин против $32,5\pm 6,7$ мин; $p=0,02$).

Сосудистые осложнения наблюдались у 1 пациента (6,3%) в первой группе и у 2 пациентов (15,4%) во второй группе. Средний уровень креатинина крови на 7-е сутки после трансплантации составил 141 ± 36 мкмоль/л в группе формирования общего артериального ствола и 165 ± 42 мкмоль/л в группе отдельных анастомозов ($p=0,04$).

Выводы. Наличие добавочных почечных артерий существенно усложняет хирургическую технику трансплантации почки. Формирование общего артериального ствола на этапе «bench surgery» позволяет сократить время сосудистого этапа операции, уменьшить продолжительность ишемии трансплантата и снизить риск сосудистых осложнений при родственной трансплантации почки.

Муллов И.Дж., Усмонов И.М., Косимов И.О.

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАЦИЙ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние анатомических вариаций сосудистой ножки почечного трансплантата на течение операции и ранние функциональные результаты родственной трансплантации почки.

Материал и методы. В исследование включено 110 реципиентов, которым выполнена родственная трансплантация почки от живого донора. На основании данных предоперационной мультиспиральной КТ-ангиографии доноры были разделены на две группы: с типичной анатомией почечных сосудов ($n=69$) и с анатомическими вариациями ($n=41$), включая наличие добавочных артерий и множественных вен.

Анализировались продолжительность сосудистого этапа операции, время тёплой ишемии трансплантата, частота сосудистых и урологических осложнений, а также динамика функции трансплантата в раннем послеоперационном периоде. Функция трансплантата оценивалась по уровню креатинина крови и суточному диурезу на 7-е и 14-е сутки после трансплантации. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -критерия Пирсона ($p<0,05$).

Результаты исследования. Анатомические вариации сосудов почки выявлены у 37,3% доноров. Добавочные почечные артерии встречались в 24,5% случаев, множественные почечные вены — в 17,1%.

Наличие вариативной сосудистой анатомии сопровождалось увеличением продолжительности сосудистого этапа операции ($36,9\pm 8,5$ мин против $29,7\pm 7,2$ мин; $p=0,01$) и времени тёплой ишемии трансплантата ($31,4\pm 6,6$ мин против $26,8\pm 5,4$ мин; $p=0,02$).

Сосудистые осложнения наблюдались у 9,8% пациентов с анатомическими вариациями сосудов и у 2,9% пациентов с типичной анатомией ($p=0,04$). Урологические осложнения, связанные с ишемией мочеточника, отмечены у 7,3% и 2,9% пациентов соответственно.

Средний уровень креатинина крови на 7-е сутки после трансплантации составил 162 ± 41 мкмоль/л у пациентов с вариативной анатомией сосудов и 138 ± 34 мкмоль/л у пациентов с типичной анатомией ($p=0,03$).

Выводы. Анатомические вариации почечных сосудов у живых доноров оказывают значительное влияние на техническую сложность операции и ранние результаты трансплантации почки. Предоперационная оценка сосудистой анатомии с использованием КТ-ангиографии позволяет оптимизировать хирургическую тактику и снизить риск сосудистых осложнений при родственной трансплантации почки.

Муллов И.Дж., Усмонов И.М., Хамидов Ф.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СОСУДОВ

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность усовершенствованных методов сосудистой реконструкции при родственной трансплантации почки у реципиентов с анатомической вариабельностью сосудистой ножки трансплантата.

Материал и методы. Проведен анализ результатов родственной трансплантации почки у 110 реципиентов, которым трансплантация выполнялась от живых доноров. Основную группу составили 60 пациентов, у которых применялись оптимизированные методы сосудистой реконструкции при наличии анатомических вариаций сосудистой ножки трансплантата. Контрольную группу составили 50 пациентов, у которых использовались стандартные методы сосудистых анастомозов.

У всех доноров выполнялась мультиспиральная КТ-ангиография для оценки анатомии почечных сосудов (количество артерий и вен, их диаметр, длина и уровень отхождения). В ходе операции анализировались особенности выполнения артериальных и венозных анастомозов, продолжительность сосудистого этапа операции и время ишемии трансплантата. В послеоперационном периоде проводилась оценка функции трансплантата (уровень креатинина, диурез), а также ультразвуковая доплерография сосудов трансплантата. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -критерия Пирсона.

($p < 0,05$).

Результаты исследования. Анатомические вариации сосудистой ножки трансплантата выявлены у 37,3% живых доноров. Наиболее часто встречались добавочные почечные артерии (26,4%) и множественные почечные вены (17,3%).

Средняя продолжительность сосудистого этапа операции составила $31,8 \pm 7,6$ минуты в основной группе и $38,7 \pm 8,9$ минуты в контрольной группе ($p = 0,02$). Среднее время тёплой ишемии трансплантата также было ниже в основной группе ($26,4 \pm 5,9$ мин против $32,8 \pm 6,7$ мин; $p = 0,004$).

Сосудистые осложнения (тромбоз или стеноз сосудов трансплантата) наблюдались у 3,3% пациентов основной группы и у 10,0% пациентов контрольной группы ($p = 0,04$). Урологические осложнения, связанные с ишемией мочеочника, выявлены у 5,0% и 12,0% пациентов соответственно ($p = 0,05$).

Средний уровень креатинина на 7-е сутки после трансплантации составил 139 ± 36 мкмоль/л в основной группе и 171 ± 41 мкмоль/л в контрольной группе ($p = 0,01$).

Выводы. Анатомическая вариабельность сосудов почки у живых доноров значительно влияет на техническую сложность операции и риск сосудистых осложнений. Применение усовершенствованных методов сосудистой реконструкции позволяет снизить частоту осложнений, уменьшить время ишемии трансплантата и улучшить ранние функциональные результаты трансплантации почки.

Муминзода Дж.Дж., Давлатзода Д.М., Махмадзода С.Р.

ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К.

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мусоев Д.А.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 46 больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью. Мужчин 38 (82,6%),

женщин 8 (17,4%). Возраст больных от 29 до 90 лет.

Результаты исследования. Наиболее часто наблюдалась острая обтурационная тонкокишечная непроходимость, которая имела место в 28 (60,9%) случаях, обтурационная толстокишечная непроходимость опухлевой этиологии у 18 (39,1%) больных.

У 28 (60,9%) пациентов имела место острая обтурационная тонкокишечная непроходимость. Все больные подвергнуты оперативному вмешательству. Большинство тонкокишечную непроходимость составляли больные со спаечной кишечной непроходимостью - 22 (78,5%). Этой категории больных произвели адгиолизис - 14 случаев и в 8 случаях резекция с наложением анастомоза конец в конец с интубацией кишечника зондом Эббота. У 3 из них диагностировано наличие фитобезоара, который после фрагментации передислоцирован в правые отделы толстой кишки. Энтеротомия не потребовалась. У 3 других пациентов причиной обструкции явились желчные камни, ориентировочным диаметром около 4,5 см., передислоцировавшиеся в просвет тонкой кишки из билиарного тракта (вероятнее всего, из желчного пузыря) через билиодигестивный свищ. Во время операции в подпечёночном пространстве справа имел место выраженный спаечный процесс, который не позволил выполнить детальную ревизию. Продвинуть конкременты дистально в слепую кишку не представлялось возможным. Камни удалены из просвета тонкой кишки через энтеротомию, выполненную дистально от блока, с последующим ушиванием энтеротомного отверстия в поперечном направлении. Опухоли сигмовидной кишки выявлены - у 6 (13%) пациентов, нисходящей ободочной кишки - у 7 (15,2%), восходящей ободочной - у 2 (4,3%), слепой кишки - у 1 (2,1%), поперечной - у 2 (4,3%) больных. Операцией выбора при опухолях правой половины ободочной кишки явилась правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза «бок в бок». При опухолях сигмовидной кишки больным выполнена операция Гартмана с выведением проксимальной десцендостомы. При опухоли поперечной ободочной кишки выполняли резекцию участка поперечной кишки с опухолью с выведением проксимальной трансверзостомы и ушиванием дистальной части поперечной ободочной кишки. При локализации опухоли в нисходящей ободочной кишке (7) выполняли левостороннюю гемиколэктомия с выведением проксимальной трансверзостомы и ушиванием дистальной части толстой кишки с трансанальным дренированием оставшейся дистальной части толстой кишки. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (17,4%) больных: некроз и «проваливание» колостомы в брюшную полость (2), нагноение послеоперационной раны (3), пневмония (2).

Вывод. Внедрение современных методов диагностики, борьба с эндотоксикозом, усовершенствование методов хирургического лечения, профилактика интраоперационных и послеоперационных осложнений позволяют улучшить результаты лечения данной категории больных.

Муминзода Ч.Ч., Холов И.Ш., Халтачев Р.Н.

ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан..

Научный руководитель - д.м.н., профессор Курбанов Дж.М.

Цель исследования. Совершенствование результатов оперативного лечения гериатрических пациентов с острым холециститом в ближайшем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В течение 2020-2026 гг. на базе ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино 61 больных, страдающих острым холециститом, оперированы различными методами хирургического лечения. У исследуемых больных был проведён детальный анализ послеоперационных осложнений и летальности. У 29 (47,5%) больных применили лапароскопическую холецистэктомию и 32 (52,5%) пациентам проведена холецистэктомию из мини доступа.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения при ЛХЭ: инфильтрат послеоперационной раны - 3 (10,3%), нагноение послеоперационной раны - 2 (6,9%), желчеистечение - 2 (6,9%), жидкостное скопление - 2 (6,9%), жидкостное скопление в проекции ложе желчного пузыря - 2 (6,9%) и подпечёчный абсцесс - 1 (3,44%). При холецистэктомии из мини доступа: инфильтрат послеоперационной раны - 4 (12,5%), нагноение послеоперационной раны - 3 (9,375%), желчеистечение - 1 (3,125%), жидкостное скопление - 2 (6,25%), жидкостное скопление в проекции ложе желчного пузыря - 1 (3,125%) и подпечёчный абсцесс - 1 (3,125%).

Вывод. Таким образом, общее количество послеоперационных осложнений в виде вышеуказанных непосредственных результатов оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом составило 5,5%. Следует отметить, что после миниинвазивных оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста смертельных тяжёлых хирургических осложнений не было.

Муродов Ш.Д., Юсупов А.А., Азамова С.Ч.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАГЛОТОЧНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н. Юсупов А.Ш.

Цель исследования. Изучить эффективность современных методов диагностики и лечения заглоточного абсцесса у детей раннего возраста.

Материал и методы. В условиях детского ЛОР отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2024-2025гг нами наблюдались 5 детей в возрасте от 9 месяцев до 3 лет. (из них было 2 девочки и 3 мальчика), страдающих заглоточным абсцессом, которые были госпитализированы по экстренным показаниям. Детям в период до и после лечения проведены риноскопия, эндоскопия полости носа, носоглотки и ротоглотки, по необходимости компьютерная томография глотки. а также лабораторные исследования.

Результаты исследования. Следует подчеркнуть, что характер течения заболевания во многом определяется возрастом пациента, этиологическими факторами заглоточного абсцесса, уровнем реактивности организма, а также размерами и локализацией гнойного очага. Клиническая картина может изменяться, а выраженность симптомов снижаться в случаях, когда пациент ранее получал нерациональную или несвоевременную антибактериальную терапию. В отдельных случаях заглоточный абсцесс может протекать латентно, практически не влияя на общее состояние больного. При поступлении родители отмечали беспокойство детей, плач, крик, нарушение сна и отказ от сосания груди. При тщательном сборе анамнеза установлено, что заболевание начиналось после перенесенной простуды. У 3 детей при фарингоскопии обнаружено наличие припухлости задней стенки глотки, у 1 ребёнка процесс был левосторонний, а у 1 ребёнка припухлость находилась в носоглотке. У этих детей отмечалось шумное стридорозное дыхание, сопровождающееся похрапыванием, отмечалась выраженная гиперсаливация. У одного ребенка абсцесс обнаружен в носоглотке, при этом отмечалось резкое затруднение дыхания и гнусавый голос. Для установления диагноза пришлось провести эндоскопическое исследование. Вскрытие абсцесса производилось по общепринятой методике. Сначала при помощи иглы Куликовского производили пункцию гнойника, отсасывали гной, а гнойник вскрыли при помощи скальпеля и одновременно электроотсосом опорожняли содержимое гнойника. После вскрытия абсцесса полость промывали раствором антибиотика. Всем больным назначалась антибактериальная, симптоматическая и десенсибилизирующая терапия. После проведения лечения на 6-е сутки выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы. В заключение следует отметить, что заглоточный абсцесс часто встречается у детей грудного возраста и характеризуется тяжелым течением. При несвоевременной диагностике и позднем начале лечения данная патология может представлять серьёзную угрозу для жизни пациента. Тяжесть заболевания и его исход во многом зависят от общего состояния ребёнка, особенностей иммунологического статуса, а также от своевременности и адекватности проводимой терапии.

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

ДИНАМИКА ОБЩЕГО IgE У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Юсупов А.Ш.

Цель исследования. Изучение уровня общего иммуноглобулина IgE у пациентов с искривлением носовой перегородки, сочетающимся с аллергическим ринитом.

Материал и методы. Исследование проводилось в период с июня 2025 до конца этого года на базе сурдологического отделения НМЦРТ «Шифобахш». Под нашим наблюдением находились 29 пациентов с различными вариантами деформации носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом. Возраст обследованных пациентов варьировал от 22 до 51 лет. Среди них было 22 мужчин и 7 женщин. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее оториноларингологический осмотр, риноскопию, клинко-лабораторные исследования, а также определение уровня общего IgE в сыворотке крови. Для сравнительного анализа была сформирована контрольная группа, включавшая 30 пациентов с искривле-

нием носовой перегородки, сочетающимся с хроническим гипертрофическим ринитом без аллергического компонента.

Результаты исследования. Анализ клинической картины показал, что все пациенты основной группы предъявляли жалобы на нарушение носового дыхания различной степени выраженности, обильные водянистые выделения из носа, зуд в носу, частые приступы чихания, а также снижение или нарушение обонятельной функции. Результаты иммунологического исследования продемонстрировали значительное повышение уровня общего IgE в сыворотке крови у большинства пациентов основной группы. Средний показатель IgE составил $757,23 \pm 6,22$ МЕ/л, что значительно превышает физиологические значения и свидетельствует о выраженной аллергической реакции организма. В то же время у пациентов группы сравнения, уровень IgE составил $116,42 \pm 0,28$ МЕ/л, что приближалось к нормальным показателям и подтверждало отсутствие выраженного аллергического компонента. Всем пациентам основной группы под общей анестезией были выполнены щадящие варианты септопластики, направленные на коррекцию деформации носовой перегородки с максимальным сохранением её опорной и функциональной роли. В послеоперационном периоде местно применялся комбинированный препарат Дексанем (неомицин+дексаметазон), обладающий выраженным противовоспалительным и антигистаминным эффектом. Препарат назначался интраназально по 2 капли 3 раза в сутки в течение 7–10 дней. Повторное иммунологическое исследование, проведённое через 15–20 дней после хирургического вмешательства, продемонстрировало значительное снижение уровня общего IgE в основной группе. Средний показатель составил $211,07 \pm 3,72$ МЕ/л, что свидетельствовало о выраженном уменьшении аллергической активности и приближении показателей к физиологической норме. Наблюдалось постепенное улучшение носового дыхания, уменьшение аллергических проявлений и восстановление функционального состояния слизистой оболочки полости носа.

Выводы. У большинства пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом, выявляется значительное повышение уровня общего IgE, что отражает выраженность аллергического воспалительного процесса. Определение уровня IgE может рассматриваться как важный диагностический и прогностический показатель, позволяющий объективно оценить степень аллергической сенсибилизации организма, а также эффективность проводимого комплексного лечения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что комплексный лечебный подход, включающий щадящую септопластику и последующую противовоспалительную терапию, способствует снижению уровня IgE и улучшению клинического состояния пациентов.

Муродов Ш.Д., Давронзода М.Д., Назаров З.Х.

НАТИЧАҶОИ КЛИНИКӢ ВА ЭНДОСКОПИИ БЕМОРОН БО КАЧШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИӢИ ВА РИНИТИ АЛЛЕРГИКӢ ПАС АЗ ТАБОБАТИ МАЧМӢӢ

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳокии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ: д.и.т., профессор Махмудназаров М.И.

Мақсади таҳқиқот. Мақсади таҳқиқот арзёбӣ намудани хусусиятҳои клиникӣ ва тасвири эндоскопии ковокии бинӣ дар беморон бо қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити алергикӣ, пас аз қабули табобати маҷмӯӣ мебошад.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар соли 2025 дар шӯъбаҳои бемориҳои ғушӯ гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии ҚТ «Шифобахш» гузаронида шуд. Дар ин таҳқиқот 58 бемор бо деформатсияи миёндевори бинӣ ва ринити алергикӣ иштирок доштанд. Синну соли беморон 19–45 соларо ташкил медод; аз ин миқдор 37 нафар мард ва 21 нафар зан буданд. Шикоятҳои беморон ва маълумоти клиникӣ бодикқат ҷамъоварӣ шуда, муоинаи узвҳои ГГБ ва эндоскопияи ковокии бинӣ бо дастгоҳи муосири «Штортс» (оптикаи 0°, 30° ва 45°) ва эндоскопи чандирии «Olimpus» гузаронида шуд. Барои баҳо додани дурусти вазъи луобпардаи ковокии бинӣ ва шаклҳои қачшавии миёндевори бинӣ аз эндоскопи медиалӣ истифода карда шуд. Ҳамзамон, барои истисно кардани эътилолиятҳои ҷавфҳои наздибинигӣ, беморон таҳти КТ-и ҚНБ қарор гирифтанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ба шикоятҳои асосии беморон шомил буданд: душвории нафаскашӣ, обиятравӣ аз бинӣ, пастшавии ҳиссиёти шомма, ҳастагии шадид ҳангоми кори ҷисмонӣ, дарди сар, ҳоболудӣ ва вобастагӣ аз катраҳои рагтангунанда. Ин аломатҳо ба таври назаррас сифати ҳаёти беморро коҳиш медоданд. Эндоскопияи ковокии бинӣ нишон дод, ки дар ҳамаи беморон қачшавии миёндевори бинӣ вучуд дорад, ки намудҳои гуногун дошт: теға ва кираи миёндевори бинӣ – 16 бемор (27,6%), баромад ва бечошавии тағояки чоркунча – 12 бемор (20,7%), девиатсияи С-шакл – 13 бемор (22,4%), қачшавии S-шакл – 8 бемор (13,8%), ғафшавӣ ва қачшавии қаъри устухонии миёндевори бинӣ – 9 бемор (15,5%). Дар аксарият беморон гипертрофияи садафаҳои поёнии бинӣ (46 бемор) ва мобайнӣ (13 бемор), гиперемия ва варами луобпардаи ковокии бинӣ (52 бемор, 89,6%), инчунин ихроҷоти эътилолӣ (49 бемор, 84,5%) мушоҳида шуд. КТ-и ҚНБ эътилолияти назаррасро дар ҷавфҳои наздибинигӣ инкор кард. Ба беморон амалиёти камосеби септум-ҷарроҳӣ ва дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои поёнии бинӣ гузаронида шуд. Пас аз ҷарроҳӣ табобати зиддиилтиҳобӣ ва зиддигистаминӣ бо доруҳои монанди мометазон фуроат, беклометазон ва левосетиризин истифода бурда шуд. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ эътилолият тадриҷан коҳиш ёфта, пас аз як моҳ аломатҳои клиникӣ ба пуррагӣ бартараф шуданд. Эндоскопияи такрорӣ нишон дод, ки қачшавии миёндевори бинӣ ва гипертрофияи садафаҳо пурра бартараф шудаанд.

Хулоса. Тавсифи клиникӣ ва эндоскопӣ нишон медиҳад, ки беморон бо қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити алергикӣ пас аз табобати маҷмӯӣ эҳтиёҷи ҷарроҳии камосеб ва муосирро доранд. Ин таҳқиқот таъкид бар он мекунад, ки табобати ҳамоҳанг ва пайгирии анатомӣ пас аз ҷарроҳӣ ба беҳбудии устувори ковокии

Мусаева М.Ш.

ИСКУСТВЕННЫЙ ИНТЕЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского государственного медицинского университета.
Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Худоярова Д.Р.

Цель исследования. Разработать и оценить эффективность алгоритма искусственного интеллекта для повышения точности гистероскопической диагностики патологии эндометрия.

Материал и методы. Исследование основано на анализе гистероскопических видеозаписей пациенток с подозрением на патологию эндометрия, полученных в условиях специализированной клиники. В исследование включены случаи с морфологически верифицированными диагнозами: гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия, ранние формы рака, а также нормальная эндометриальная картина. Все видеоданные прошли экспертную аннотацию с участием врачей-гинекологов. На основе сформированного стандартизированного видеобанка разработан алгоритм искусственного интеллекта с использованием методов машинного обучения для автоматической классификации гистероскопических изображений. Проведен сравнительный анализ результатов алгоритма с экспертной оценкой врачей.

Результаты исследования. Разработанный алгоритм искусственного интеллекта продемонстрировал высокие показатели диагностической эффективности: общая точность классификации составила 88,6% (95% ДИ: 84,2–92,1), чувствительность – 90,2% (95% ДИ: 86,0–93,5), специфичность – 86,9% (95% ДИ: 82,3–90,7). Площадь под ROC-кривой (AUC) составила 0,91, что свидетельствует о высокой прогностической способности модели.

При стратифицированном анализе установлено, что чувствительность алгоритма при выявлении гиперплазии эндометрия составила 91,4%, полипов эндометрия – 89,7%, ранних форм рака эндометрия – 87,5%, при этом специфичность варьировала в диапазоне 85,2–88,9%. Наиболее высокая точность отмечена при диагностике полипов эндометрия (до 90,8%), тогда как при ранних формах злокачественных процессов сохранялась тенденция к умеренному снижению показателей, что связано с морфологической неоднородностью и сходством визуальных признаков.

Сравнительный анализ с экспертной оценкой врачей-гинекологов показал, что средняя точность клинической интерпретации составила 82,3%, чувствительность – 84,1%, специфичность – 80,5%. При использовании алгоритма искусственного интеллекта отмечено статистически значимое повышение общей точности диагностики на 6,3% ($p < 0,05$), а также увеличение чувствительности при выявлении предраковых и злокачественных изменений на 7,1%.

Дополнительно установлено снижение межэкспертной вариабельности интерпретации гистероскопической картины: коэффициент согласия (κ) увеличился с 0,64 (умеренное согласие) до 0,81 (высокое согласие) при использовании ИИ-ассистированного анализа. Частота диагностических расхождений между специалистами снизилась на 18,4%.

Анализ ложноположительных и ложноотрицательных результатов показал, что применение алгоритма позволило уменьшить долю пропущенных патологических изменений на 12,7%, особенно в группе гиперпластических процессов. Наибольшие сложности сохранялись при дифференциации атипической гиперплазии и раннего рака, что требует дальнейшего совершенствования модели и увеличения обучающей выборки.

Вывод. Применение искусственного интеллекта в гистероскопической диагностике является перспективным направлением современной гинекологии, позволяющим повысить точность и объективность выявления патологии эндометрия. Разработка и внедрение алгоритмов анализа видеосигнала могут способствовать ранней диагностике предраковых и злокачественных изменений, а также оптимизации клинического принятия решений.

Мусоев С.Ш. 1,2, Файзиев З.Ш. 1, Олими М.О.1,2,

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»,¹

Кафедра хирургических болезней №2 имени Усмонова Н.У. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»²,
Таджикистан

Научный руководитель- д.м.н. профессор Махмадзода Ф.И.

Цель исследования. Анализ исхода, проведенного эндоскопического ретроградного вмешательства пациентов с синдромом механической желтухи.

Материал и методы. В отделении эндоскопической хирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» за период с 2020-2024 гг. ретроградные вмешательства проведены у 432-ти пациентов с СМЖ различной этиологии. Женщин было 330 (76,4%), мужчин – 102 (23,6%). Возраст больных составлял от 18 до 81 лет, более 60% больных составили лица старше 60 лет. Доброкачественного генеза: 273 (63,3%) пациентов, при этом ЖКБ, ассоциированной с холедохолитиазом – 104 (24,2%) пациентов и ПХЭЗ с холедохолитиазом был у 101 (23,6%) пациентов. У 72-ти (71,5%) пациентов размеры конкрементов были более 1,0 см. Доброкачественные стриктуры холедоха после ранее перенесенных операций были у 47-х (10,8%) больных, среди которых анастомотические стриктуры холедоха после трансплантации печени было у 17-ти (36,1 %) пациентов и высокие рубцовые стриктуры после холецистэктомии у 30-ми (63,9 %) пациентов. Также стриктура терминального отдела холедоха была у 42-ти (9,8 %) больных. Злокачественная этиология наблюдалась у 159- ми (36,7 %) пациентов. Из них у 36-ми (22,5%) – проксимальный блок и у 123-ти (77,5%) – дистальный блок

опухолевого генеза.

Эндоскопическое устранение обструкции билиарного тракта зависело от генеза СМЖ. Из 205-ми пациентов с холедохолитиазом 195-ти (95,2%) пациентам выполнено ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией и при возникновении технических трудностей, связанных с экстракцией крупных конкрементов из холедоха, 10-ти (4,8 %) пациентам проводилось временное эндопротезирование пластиковым стентом для разрешения желтухи.

В последующем пациенты шли на плановое оперативное вмешательство.

В случаях выявления доброкачественных стриктур терминального отдела холедоха ЭПСТ выполнено всем 47-ти (100%) пациентам и дополнено стентированием ОЖП 15-ти (31%) пациентам при протяженных стриктурах. При доброкачественных анастомотических стриктурах холедоха после трансплантации печени у 17-ти (88,2%) выполнено стентирование желчного протока пластиковыми стентами, из них 7-ми (41,2 %) пациентам выполнено стентирование в несколько этапов каждые 3 месяца. Двум (11,8%) пациентам проведено чрескожное наружное отведение желчи.

При блоках проксимального и дистального отдела холедоха опухолевого генеза 159 (36,7%) пациентам устанавливались пластиковые 113 (71,7%) и саморасправляющиеся металлические стенты - 46 (28,3%). В случаях развития гнойного холангита пациентам, в первую очередь, выполнялась наружная декомпрессия инфицированной желчи. После стихания воспалительного процесса вторым этапом пациенту проводилось окончательное ретроградное стентирование ОЖП в паллиативных целях. В некоторых случаях выполнялся комбинированный метод (антеградный и ретроградный методы) дренирования. В случаях развития гнойного холангита пациентам, в первую очередь, выполнялась наружная декомпрессия инфицированной желчи. После стихания воспалительного процесса вторым этапом пациенту проводилось окончательное ретроградное стентирование ОЖП в паллиативных целях.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: кровотечение – 9 (2,08 %) пациентов, посткатетеризационный панкреатит – 17 (3,9 %) пациентов, холангит – 10 (2,3 %) пациентов, дислокация стента – 5 (1,15 %) пациентов. Кровотечение отмечалось из зоны большого дуоденального сосочка после ЭПСТ. Дислокация стентов в ранние сроки (до 2-х недель) чаще всего происходила при использовании пластиковых протезов. В данных случаях проводилось рестентирование. Гнойные холангиты разрешались путем дополнительного наружного отведения инфицированной желчи наружу антеградным способом либо через назобилиарный стент. В раннем послеоперационном периоде летальный исход был у 5-ти (1,15%) пациентов. Смерть наступила в результате гнойного холангита с развитием сепсиса у 3-ти (0,7%) больных от панкреонекроза в 2-х (0,3%) случаях. Следует отметить, что все пациенты были взяты на операцию с исходным тяжелым состоянием, обусловленным основным заболеванием и коагулопатией. Пребывание больных в стационаре варьировало от 2 до 14 дней, среднее пребывание больного в стационаре составило 3,8 дней. Средний срок функционирования пластиковых протезов колебался от 2 до 7 месяцев. Поэтому пластиковые стенты использовали при планировании радикального хирургического лечения на следующем этапе. При неоперабельных образованиях билиопанкреатодуоденальной области наиболее эффективное и длительное дренирование желчных протоков обеспечивают металлические нитиноловые стенты, их срок функционирования составляет более года-полтора лет.

Выводы. Эффективность ретроградного вида декомпрессии билиарного тракта достигала практически в 100% случаях. При безуспешности литоэкстракции больших камней холедоха мы проводили установку пластикового стента с целью скорейшей коррекции механической желтухи. Что говорит о том, что эндоскопические методы устранения СМЖ должны являться первым этапом лечения.

Как показывает наш опыт, у подавляющего числа пациентов с ПХЭС, осложненных холедохолитиазом, размеры конкрементов были более 1,0 см. Данное обстоятельство может свидетельствовать о том, что камни в холедохе уже имели место быть до холецистэктомии. В связи с чем мы рекомендуем пациентам с ЖКБ проводить расширенные диагностические мероприятия, включающие в себя МРТ в режиме М-РХПГ.

Стоит отметить, что выбор тактики лечения и метода дренирования желчевыводящих путей должен определяться строго по показаниям. Если у пациента на М-РХПГ имеются признаки высокого блока, сопровождающиеся явлениями холангита, первым этапом необходимо провести наружное отведение инфицированной желчи. После стихания воспалительного процесса необходимо проводить плановое ретроградное эндопротезирование.

Как мы видим, оба метода декомпрессии являются взаимодополняемыми и требуют мультидисциплинарного подхода.

Мусоев С.Ш., Назриева Ш.Н., Хакимзода Б.

ОДНОМОМЕНТНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

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

Научный руководитель. к.м.н., - Рахмонов Дж.А.

Целью исследования. Изучение возможностей выполнения одномоментных операций в бариатрической хирургии: одномоментная операция, слив резекции желудка и холецистэктомии

Материал и методы. В исследование включены пациенты, которым выполнены бариатрические операции — одномоментная лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с продольной рукавной резекцией желудка (Sleeve gastrectomy). Всего обследовано 36 пациентов, что составило 40% от общего числа прооперированных больных. Все пациенты были женского пола (100%). Средний возраст составил ____ лет (при необходимости можно дополнить точное значение).

Критерии включения в исследование. возраст от 20 до 55 лет; индекс массы тела (ИМТ) 33–40 кг/м² при наличии сопутствующих заболеваний, ассоциированных с ожирением (в том числе желчнокаменной болезни); неэффективность консервативных методов лечения; отсутствие онкологических заболеваний; отсутствие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе.

Холелитиаз не является противопоказанием к выполнению продольной рукавной резекции желудка, однако при наличии конкрементов целесообразно одномоментное выполнение холецистэктомии.

Предоперационное обследование. УЗИ печени и желчевыводящих путей проводилось с целью диагностики желчнокаменной болезни и оценки функционального состояния печени.

Эхокардиография выполнялась для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы и определения кардиального риска оперативного вмешательства. Пациентам с артериальной гипертензией, помимо консультации кардиолога, проводилось суточное мониторирование артериального давления с достижением суб- или компенсации заболевания до операции. Обязательным являлось ультразвуковое исследование вен нижних конечностей.

Результаты исследования. Рентгеноскопия желудка и фиброгастродуоденоскопия, а также скрининг на *H. pylori* позволяли выявить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим назначением профилактической терапии при необходимости.

Тип исследования. Комбинированное (проспективное и ретроспективное) контролируемое когортное исследование с тремя группами для сравнительной оценки различных тактик хирургического лечения пациентов с ожирением и желчнокаменной болезнью.

Группы исследования: **I группа** — пациентки, которым выполнялась изолированная продольная рукавная резекция желудка с отсроченным хирургическим лечением патологии желчного пузыря. **II группа** — пациентки с ожирением и желчнокаменной болезнью, которым одномоментно выполнялись продольная резекция желудка и холецистэктомия. **III группа (группа сравнения)** — пациентки с ожирением без патологии желчного пузыря, которым выполнялась продольная рукавная резекция желудка.

Выводы. Преимуществами лапароскопического выполнения данных операций являются малоинвазивность, низкая травматичность, выраженное снижение послеоперационного болевого синдрома и короткий период реабилитации. Для выполнения вмешательства требуется 4 небольших прокола передней брюшной стенки, что позволяет уменьшить продолжительность операции и значительно снизить риск послеоперационных осложнений.

Мусоев С.Ш., Юлдошева Х.Т., Бокиев Ф.Б.

ОДНОМОМЕНТНАЯ КРУРОРАФИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГПОД

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

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

Научный руководитель - к.м.н. Рахмонов Дж.А.

Цель исследования. Оценить безопасность и клиническую эффективность одномоментной крурорафии (преимущественно передней) при выполнении лапароскопической рукавной резекции желудка у пациентов с ожирением и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов (7 мужчин и 43 женщины) в возрасте 18–55 лет, которым выполнена лапароскопическая рукавная резекция желудка с одномоментной коррекцией ГПОД. Первичное выявление ГПОД осуществлялось на основании:

- клинической симптоматики;
- данных эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС);
- интраоперационной ревизии.

Рентгенологическое исследование желудка с контрастированием выполнено у 2 пациентов.

У 48 пациентов выполнена передняя крурорафия отдельными нерассасывающимися швами одновременно с рукавной резекцией желудка. У 2 пациентов при больших размерах ГПОД по данным интраоперационной ревизии выполнена задняя крурорафия.

Результаты исследования. Предложенная модификация вмешательства являлась клинически незначительным. Ранние послеоперационные осложнения носили ограниченный характер, в ряде случаев купировались самостоятельно, в остальных — требовали дополнительной медикаментозной терапии.

В отдаленном периоде рецидивов ГПОД не выявлено. Несмотря на то что при сочетании ожирения и ГПОД/ГЭРБ шунтирующие операции во многих клинических рекомендациях рассматриваются как предпочтительный вариант вследствие более выраженного антирефлюксного эффекта, в данной серии пациентов выбор рукавной резекции желудка с одномоментной крурорафией был обоснован следующими факторами: небольшие размеры грыж у большинства пациентов, что позволяло выполнить анатомическую коррекцию дефекта без изменения типа бариатрической операции. Предпочтение пациентов в пользу рукавной резекции желудка (отсутствие кишечной реконструкции, меньшая реконструктивность вмешательства). Отсутствие признаков тяжёлого и осложнённого рефлюкса при умеренных значениях ИМТ. Индивидуализация хирургической тактики: при крупных дефектах выполнялась задняя крурорафия. Выбранная стратегия отражает индивидуализированный подход с обязательной коррекцией диафрагмального дефекта в один этап.

Выводы. Одномоментная крурорафия при выполнении рукавной резекции желудка у пациентов с ожирением и ГПОД является технически выполнимой и безопасной.

1. Преимущественное применение передней крурорафии при небольших грыжах с переходом к задней крурорафии при крупных дефектах позволяет адаптировать вмешательство к анатомической ситуации.
2. В представленной серии из 50 пациентов рецидивов ГПОД не выявлено.
3. Выбор рукавной резекции желудка может быть обоснован при небольших ГПОД и отсутствия тяжёлого рефлюкса.

Мухаббатов А.Д., Касиров С.Н., Аннаев М.Б.

ВЛИЯНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ НА ФУНКЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Гулзода М.К.

Цель исследования. Изучить влияние диабетической нейропатии на функциональное состояние сфинктерного аппарата у пациентов с хроническим геморроем и сахарным диабетом.

Материал и методы. Исследование проводилось путем сравнительной клинической и функциональной оценки. В исследовании приняли участие 90 пациентов с хроническим геморроем III–IV стадий, которые проходили обследование и лечение в отделении колопроктологии. Пациенты были разделены на две отдельные группы: основная группа — 42 пациентов с хроническим геморроем и сахарным диабетом 2 типа; контрольная группа — 48 пациентов с хроническим геморроем, у которых не было нарушений углеводного обмена.

Результаты исследования. Оценка результатов аноректальной манометрии показала, что у пациентов с хроническим геморроем, связанным с сахарным диабетом, наблюдались более значительные функциональные нарушения механизма сфинктера по сравнению с пациентами контрольной группы.

В первичной когорте среднее давление в состоянии покоя было значительно ниже, чем у пациентов без сахарного диабета. Это говорит о снижении функциональной способности внутреннего анального сфинктера и о вовлечении в патологический процесс гладкомышечного компонента обтуратора. Учитывая, что тонус внутреннего сфинктера преимущественно регулируется вегетативной нервной системой, эти результаты можно интерпретировать как отражение диабетической вегетативной нейропатии.

У пациентов с сахарным диабетом также наблюдалось снижение силы произвольного сокращения наружного анального сфинктера. Это указывает на дисфункцию поперечно-полосатой мышцы и может быть следствием соматической диабетической нейропатии, влияющей на нервно-мышечную передачу в области тазового дна.

Кроме того, у пациентов с сахарным диабетом наблюдалось сокращение продолжительности поддержания максимального произвольного сокращения. Это может свидетельствовать не только о нарушении нервной регуляции, но и о снижении функциональной выносливости механизма сфинктера. В условиях геморроя такие изменения могут усугубить клинические симптомы заболевания, вызывая ощущение неполного удержания крови, дискомфорта и прогрессирования симптомов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что диабетическая невропатия представляет собой особый клинический и функциональный фенотип геморроидальной болезни. В отличие от пациентов без сахарного диабета, у этой группы пациентов наблюдается сочетание выраженной нервно-мышечной дисфункции анального канала и сосудистых аспектов заболевания. Это говорит о том, что развитие геморроя у пациентов с сахарным диабетом связано не только с сосудистыми факторами, но и с нейрогенными функциональными компонентами.

Выводы. Диабетическая невропатия сильно влияет на функциональное состояние анального сфинктера у людей, страдающих хроническим геморроем. У пациентов с сахарным диабетом наблюдается заметное снижение анального давления в состоянии покоя, снижение силы произвольных сокращений и снижение функциональной выносливости механизма сфинктера.

Мухаббатов А.Д., Касиров С.Н., Аннаев М.Б.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КАК МОДИФИКАТОР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Гулзода М.К.

Цель исследования. Оценить влияние степени метаболического контроля сахарного диабета, отражаемой уровнем HbA1c, на тяжесть клинического течения хронического геморроя, частоту его осложнений и функциональное состояние аноректальной зоны.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 больных с диагнозом сахарный диабет 2 типа и хронический геморрой III–IV стадии. Все они проходили обследование и лечение в отделении колопроктологии специализированного хирургического учреждения.

По уровню гликированного гемоглобина пациенты были разделены на две группы: группу 1 (адекватный метаболический контроль), состоящую из пациентов с уровнем HbA1c $\leq 7,5\%$, и группу 2 (неадекватный метаболический контроль), включающую пациентов с уровнем HbA1c, превышающим $8,0\%$. Эта классификация позволила оценить, как степень компенсации сахарного диабета влияет на клинические симптомы геморроя.

Результаты исследования. Оценка клинических данных показала, что уровень метаболического контроля при сахарном диабете значительно влияет на прогрессирование хронического геморроя. У лиц с недостаточным метаболическим контролем (HbA1c $> 8,0\%$) геморроидальное кровотечение, тромбоз, сильная боль

и перианальные воспалительные инфильтраты наблюдались значительно чаще. Частота эпизодов кровотечений в этой группе была примерно в 1,5—2 раза выше, чем у пациентов с удовлетворительным гликемическим контролем. Кроме того, у этих пациентов была более высокая вероятность появления симптомов острого тромбоза наружного геморроя.

Обзор результатов аноректальной манометрии показал, что у пациентов с повышенным уровнем HbA1c наблюдались более серьезные функциональные нарушения: снижение давления в состоянии покоя в анальном канале; снижение силы произвольного сокращения наружного сфинктера; снижение функциональной выносливости механизма сфинктера.

Эти изменения могут быть связаны с возникновением диабетической невропатии, которая нарушает нервно-мышечную регуляцию анального канала и приводит к снижению функциональной способности сфинктерного механизма.

Уровень метаболического контроля при сахарном диабете значительно влияет на клиническую траекторию хронического геморроя. Люди с повышенным уровнем HbA1c более склонны к кровотечениям, геморроидальному тромбозу, сильной боли и замедлению процессов заживления после хирургического вмешательства.

Более высокий уровень HbA1c также коррелирует с более выраженными функциональными нарушениями анального сфинктера, что свидетельствует о значительном влиянии диабетической невропатии на патофизиологию геморроя у этой группы пациентов.

Выводы. Уровень HbA1c следует рассматривать как важный метаболический показатель тяжелого и сложного геморроя, а оценку метаболического контроля следует включить в протокол предоперационного обследования пациентов, страдающих хроническим геморроем и сахарным диабетом.

Мухаббатов А.Дж1,2., Давлатов Дж.Дж1., Аннаев М.Б1.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОМРОЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Син. Таджикистан¹.

Кафедра морфологических наук ГОУ Республиканский медицинский колледж².

Нучный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатов Дж.К.

Цель исследования. Изучение морфологических изменений слизистой оболочки прямой кишки при хроническом геморрое, сочетающемся с сахарным диабетом, с целью выявления особенностей структурных нарушений и их клинической значимости.

Материал и методы. Материалом исследования послужили микропрепараты геморроидальных узлов, полученные на основании анализа 140 историй болезни. В основную группу (ОГ) вошли 70 пациентов с хроническим геморроем, сочетающимся с сахарным диабетом II типа, в контрольную группу (КГ) — 70 больных хроническим геморроем без сахарного диабета. Все пациенты проходили лечение в отделении колопроктологии ГУ «ГМЦ №2» им. академика К.Т. Таджикиева.

Возраст пациентов основной группы варьировал от 43 до 74 лет и в среднем составил $55,2 \pm 0,8$ года, тогда как в контрольной группе возраст находился в пределах 17–75 лет, в среднем — $40,0 \pm 1,5$ года. Для основной группы было характерно преобладание пациентов трудоспособного возраста (40–59 лет и старше).

Результаты исследования. Анализ показал, что у пациентов с сахарным диабетом в 39 (55,7%) случаях заболевание находилось в стадии компенсации, тогда как у 31 (44,3%) больного отмечалась стадия субкомпенсации. Распределение пациентов по степени хронического геморроя было следующим: II степень диагностирована у 43 (30,7%) больных, III степень — у 87 (62,1%), IV степень — у 10 (7,1%) пациентов. При этом у больных с сахарным диабетом чаще наблюдались более тяжёлые формы заболевания: геморрой III степени выявлен у 62 (71,3%), а IV степени — у 8 (80,0%) пациентов, что свидетельствует об утяжелении течения геморроидальной болезни на фоне сахарного диабета.

Патоморфологическое исследование удалённых геморроидальных узлов выявило признаки деструкции и десквамации слизистой оболочки у 17 (54,8%) пациентов с субкомпенсированным сахарным диабетом, тогда как среди больных без диабета подобные изменения отмечены лишь у 7 (10,0%) пациентов. В остальных наблюдениях у лиц без сахарного диабета данные патологические изменения слизистой оболочки не выявлялись. Наиболее выраженные морфологические повреждения слизистой оболочки наблюдались при сочетании геморроя III–IV степени, субкомпенсированного сахарного диабета и недостаточности анального сфинктера I степени.

Также установлено, что недостаточность анального сфинктера встречалась у 41,4% пациентов с субкомпенсированным сахарным диабетом, что подтверждает влияние диабета на структурно-функциональное состояние аноректальной зоны и указывает на необходимость учёта данного фактора при выборе хирургической тактики лечения.

Выводы. У пациентов с хроническим геморроем на фоне сахарного диабета чаще отмечаются выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки анального канала, особенно при субкомпенсированном течении диабета, что повышает риск развития послеоперационных осложнений.

Мухаббатов Х.Дж1., Садулов А.М1., Аминов З.А2.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СИМПТОМОВ НАКОПЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 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

Научный руководитель- к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Определить клинические показания и провести оценку эффективности консервативной терапии симптомов накопления у пациентов, перенёвших хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Материал и методы. В 2023–2025 гг. проведено проспективное исследование, включившее 96 пациентов (46–90 лет), перенесших хирургическое лечение по поводу ДГПЖ с сохранением симптомов накопления (IPSS-storage ≥ 6) через 3–6 месяцев после операции. Всем выполнено комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) в пред- и послеоперационном периодах. В зависимости от результатов КУДИ пациенты распределены на три группы: поведенческая терапия (N=70), монотерапия солифенацином 5 мг (N=13) и комбинированная терапия солифенацин 5 мг + мирабегрон 50 мг (N=11). Статистическая обработка данных проводилась с использованием IPSS; различия считались достоверными при $p < 0,05$. Полученные результаты позволили оценить эффективность различных терапевтических подходов в коррекции постоперационных симптомов накопления.

Результаты исследования. До операции средний IPSS составлял $23,2 \pm 6,6$ балла, $Q_{\max}$ — $7,3 \pm 3,2$ мл/с; гиперактивность детрузора (ГД) выявлена у 66 (68,8%) пациентов. Группы были сопоставимы по возрасту, сопутствующей патологии и показателям мочеиспускания ($p > 0,05$). После хирургического вмешательства индекс инфравезикальной обструкции снизился с $62,5 [51,0; 89,0]$ до $6,0 [-3,0; 9,0]$, что подтверждает устранение obstructивной симптоматики. У пациентов с сохранённой ГД отмечалась минимальная динамика симптомов накопления, тогда как в группах поведенческой и медикаментозной терапии наблюдалось достоверное улучшение ($p < 0,001$). Через 12 недель медиана IPSS-storage составила 2,0; 3,0; 3,0 балла соответственно, при этом в группе комбинированной терапии полностью ликвидирован гиперактивный мочевой пузырь. Функциональные показатели оставались стабильными, уровень остаточной мочи не различался между группами ($p = 0,536$), а побочные эффекты были минимальными (сухость во рту у 4 пациентов) и не привели к отказу от лечения. Таким образом, медикаментозная терапия показала высокую эффективность и безопасность в коррекции постоперационных симптомов накопления, обеспечивая значимое улучшение качества жизни пациентов.

Выводы. У части пациентов после хирургического лечения ДГПЖ сохраняются симптомы накопления (IPSS-storage). Для их оценки целесообразно выделять три степени выраженности: лёгкую (IPSS-storage < 6), среднюю (IPSS-storage ≥ 6 или наличие гиперактивности детрузора по данным КУДИ) и тяжёлую (ургентное недержание мочи). В зависимости от степени выраженности симптомов показано применение поведенческой терапии, монотерапии М-холинолитиками либо комбинированной фармакотерапии. При таком подходе проведение КУДИ не требуется рутинно для подтверждения ГД. Медикаментозное лечение демонстрирует эффективность и может рассматриваться как обоснованный метод коррекции постоперационных симптомов накопления.

Мухаббатов Х.Дж1., Аминов З.А. 2, Садулов А.М. 1

АНАЛИТИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ОПРОСНЫХ МЕТОДИК ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЁТОМ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель- к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Сравнительный анализ клинической применимости IPSS и VPSS при оценке симптоматики ДГПЖ в зависимости от когнитивных особенностей обследуемых.

Материал и методы. Для оценки качества диагностики симптомов нижних мочевых путей (СНМП) при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в исследование были включены 46 мужчин в возрасте от 50 до 81 лет. Распределение пациентов осуществлялось по трём когнитивным категориям, определённым посредством валидизированного нейропсихологического инструмента — Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). В первую группу вошли 12 обследуемых с клинически установленной деменцией, во вторую — 19 пациентов с когнитивными нарушениями различной степени выраженности, а третью группу составили 15 мужчин без признаков когнитивного дефицита. Все участники исследования проходили стандартизированное анкетирование с использованием международных опросников IPSS и VPSS. При этом шкала IPSS применялась дважды: первоначально в формате самостоятельного заполнения (IPSS1), а затем повторно при поддержке врача (IPSS2), что позволило оценить влияние когнитивного статуса на воспроизводимость и достоверность полученных данных.

Результаты исследования. Результаты исследования показали статистически значимые различия между IPSS1 и IPSS2 у пациентов с деменцией, что отражает ограниченную надёжность самостоятельного заполнения анкеты при выраженном когнитивном дефиците. При этом сопоставление IPSS2 и VPSS не выявило достоверных расхождений, подтверждая объективность VPSS в данной группе. У пациентов с умеренными когнитивными нарушениями выявлены значимые различия между IPSS1 и IPSS2, а также между VPSS и IPSS1 ($\chi^2 = 9,41$; $p < 0,001$), что указывает на затруднения при самостоятельном заполнении IPSS. В то же время VPSS демонстрировал согласованность с IPSS2, отражая более адекватное понимание вопросов. В группе без когнитивных нарушений различия между VPSS и IPSS1/IPSS2 оказались статистически незначимыми ($\chi^2 = 1,02$; $p = 0,314$), что свидетельствует о корректной интерпретации анкет. Таким образом, у пациентов с сохранёнными когнитивными функциями оба инструмента — IPSS и VPSS — обладают равной диагностической ценностью.

Выводы. Опросник VPSS доказал свою клиническую надёжность при оценке симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), включая

больных с деменцией и когнитивными нарушениями. Полученные данные подтверждают его объективность и воспроизводимость, что позволяет рекомендовать VPSS для применения в амбулаторной практике, особенно в условиях первичной медицинской помощи, где требуется стандартизированная и независимая от когнитивного статуса оценка симптоматики.

Мухаббатов Х.Дж1., Садулов А.М1., Гафуров М.М2.

ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА КРОВИ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урология». Таджикистан

Научный руководитель- к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Определить роль уровня простат-специфического антигена (ПСА) крови в комплексной оценке состояния больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациентов с ДГПЖ, находившихся на стационарном лечении в специализированном урологическом отделении. Возраст обследованных варьировал от 52 до 85 лет, среднее значение составило $70,4 \pm 7,2$ года. Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-диагностическое обследование, включавшее анализ жалоб, оценку выраженности симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS, лабораторное определение уровня ПСА крови, пальцевое ректальное исследование и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с определением её объёма и остаточной мочи. В зависимости от уровня ПСА крови пациенты были распределены на три группы: I группа — ПСА ≤ 4 нг/мл ($n = 72$); II группа — ПСА 4–10 нг/мл ($n = 21$); III группа — ПСА > 10 нг/мл ($n = 7$). Тактика хирургического лечения трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП), позадилоная аденомэктомия (ПЛА) или чрезузырная аденомэктомия (ЧПА) определялась на основании уровня ПСА крови, объёма предстательной железы, выраженности клинической симптоматики и данных инструментальных исследований. Для статистической обработки результатов применялся корреляционный анализ, что обеспечивало выявление взаимосвязей между клиническими, лабораторными и инструментальными показателями.

Результаты исследования. У пациентов первой группы уровень ПСА крови был связан с умеренным увеличением объёма предстательной железы (до 60 см³) и средней выраженностью симптомов нижних мочевых путей, что определяло ТУРП как метод выбора. Во второй группе повышение уровня ПСА крови сочеталось с увеличением объёма простаты до 80–100 см³, снижением максимальной скорости мочеиспускания и ростом остаточной мочи; здесь преимущественно применялись ЧПА, отличающиеся меньшей травматичностью и сниженным риском осложнений. У пациентов третьей группы значительное повышение уровня ПСА требовало исключения рака предстательной железы. При подтверждении доброкачественного процесса и объёме простаты более 100 см³ выполнялась ПЛА. Статистический анализ показал достоверную корреляцию между уровнем ПСА, объёмом предстательной железы и выбором метода хирургического вмешательства ($r > 0,6$; $p < 0,05$).

Выводы. Уровень ПСА крови является ключевым показателем при ДГПЖ и должен учитываться при выборе хирургической тактики. При низком уровне ПСА (< 4 нг/мл) оптимальна трансуретральная резекция предстательной железы, при умеренном повышении (4–10 нг/мл) и большом объёме простаты показана ЧПА, а при высоком уровне (> 10 нг/мл) после исключения рака — ПЛА. Таким образом, комплексная оценка ПСА в сочетании с клиничко-инструментальными данными позволяет снизить риск диагностических ошибок и повысить эффективность хирургического лечения пациентов с ДГПЖ.

Мухаммадиева С.М.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАТЕРАЛЬНОЙ СУСПЕНЗИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ АПИКАЛЬНЫХ ПРОЛАПСОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Худоярова Д.Р.

Цель исследования обоснование преимуществ латеральной суспензии на основе сравнительного анализа анатомических и функциональных результатов лечения женщин с передне-апиальным пролапсом (стадии С+Ва по системе POP-Q).

Материал и методы. Исследование проводилось в гинекологическом отделении Джизакского филиала Республиканского центра здоровья матери и ребёнка. Дизайн исследования — проспективное сравнительное открытое параллельное клиническое исследование. В исследование включено 120 пациенток с симптомным передне-апиальным пролапсом гениталий II степени и выше по шкале POP-Q в возрасте 20–40 лет.

Пациентки были распределены на четыре группы в зависимости от метода хирургического лечения: лапароскопическая латеральная суспензия (LLS) — 40 пациенток (33,3%); вентрофиксация — 30 пациенток (25,0%); передняя кольпорафия по Штурмдорфу — 30 пациенток (25,0%); сакрокольпопексия — 20 пациенток (16,7%). Критериями включения являлись симптомный передне-апиальный пролапс гениталий (С+Ва по POP-Q), $\geq$ II степени по POP-Q и информированное согласие пациенток. Наблюдение проводилось до операции, а также через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения.

Результаты исследования. Анализ клинических результатов показал, что наиболее высокие показатели анатомической коррекции пролапса наблюдались в группе лапароскопической латеральной суспензии. Полное восстановление апиальной поддержки и нормализация показателей POP-Q отмечены у 37 из 40 пациенток группы LLS, что составило 92,5%, тогда как в группе сакрокольпопексии положительный анатомический ре-

зультат наблюдался у 90,0%, при вентрофиксации — у 83,3%, а после передней кольпорафии по Штурмдорфу — у 76,7% пациенток.

Органосохранность операции являлась важным преимуществом латеральной суспензии: 100% пациенток данной группы сохранили матку, тогда как при применении некоторых традиционных методов коррекции пролапса необходимость дополнительных реконструктивных вмешательств отмечалась чаще.

Кроме того, лапароскопический доступ позволил снизить операционную травматичность: средняя продолжительность госпитализации в группе LLS была на 20–25% меньше, чем в группах традиционных вагинальных вмешательств. Частота ранних послеоперационных осложнений составила 5,0% в группе латеральной суспензии, тогда как при вентрофиксации она достигала 10,0%, а после передней кольпорафии — 13,3%.

В течение 12-месячного наблюдения рецидив пролапса был отмечен у 5,0% пациенток после латеральной суспензии, что ниже по сравнению с вентрофиксацией (10,0%) и передней кольпорафией (16,7%).

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о том, что лапароскопическая латеральная суспензия демонстрирует наиболее высокую анатомическую эффективность (92,5%) среди изученных методов хирургической коррекции передне-апикального пролапса. Метод характеризуется полной органосохранностью (100%), низкой частотой осложнений (5,0%) и минимальной частотой рецидивов (5,0%) в течение 12 месяцев наблюдения. Таким образом, лапароскопическая латеральная суспензия является эффективным, малоинвазивным и органосохраняющим методом хирургической коррекции апикального пролапса и может рассматриваться как предпочтительная хирургическая тактика у пациенток репродуктивного возраста.

Набиев Б.И., Олимов О.З., Гафуров М.М.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕНОЗНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ НА БАЗЕ ГУ «РНҚУ»

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

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

Научный руководитель – д.м.н. Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность венозного оттока и выраженность застойных явлений в органах мошонки у пациентов с варикоцеле для выбора оптимальной тактики лечения.

Материал и методы. На базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» за 2025 год проведено обследование 325 пациентов с варикоцеле. Средний возраст обследованных составил $20,6 \pm 1,8$ года. Основным методом диагностики выступало ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). Оценка проводилась в покое и при функциональной нагрузке (проба Вальсальвы).

Результаты исследования. В ходе исследования были выделены основные типы венозного сброса: рено-сперматический у 232 (71,4%) пациентов, илео-сперматический у 49 (15,1%) и смешанный у 44 (13,5%) обследованных. При смешанном типе отмечалось максимальное расширение вен — до $4,5 \pm 0,4$ мм. Ключевой особенностью исследования стало изучение **времени восстановления кровотока**. У 65% пациентов было выявлено значительное замедление эвакуации крови из гроздевидного сплетения после прекращения нагрузки. Была выявлена прямая связь: чем дольше длится обратный сброс крови (рефлюкс более 3 секунды), тем сильнее выражены признаки «теплого отека» тканей на УЗИ. У 22% молодых людей даже при начальных стадиях варикоцеле доплерография зафиксировала формирование «венозных депо» — участков, где кровь практически не циркулирует, что создает условия для перегрева яичка и нарушения его функции еще до начала видимого уменьшения органа в размерах.

Выводы. Работа специалистов ГУ «РНҚУ» в 2025 году показала, что время застоя крови является более важным показателем, чем просто диаметр вен. Выявление «венозных депо» и замедление оттока крови более чем на 3 секунды после пробы Вальсальвы позволяют диагностировать ранние нарушения в работе яичек у молодых пациентов. Это делает доплерографию незаменимым методом для обоснования ранней операции, не дожидаясь плохих показателей спермограммы.

Набиев Б.И., Олимов О.З., Гафуров М.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

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

Научный руководитель – к.м.н. Мираков Р.С.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности и динамику развития осложнений пиелонефрита у беременных на различных сроках гестации в условиях амбулаторного наблюдения.

Материал и методы. За 2025 год в амбулаторных условиях ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» было обследовано 183 беременные женщины с верифицированным диагнозом «гестационный пиелонефрит». Средний возраст пациенток составил $24,6 \pm 3,2$ года. Диагностика включала проведение клинического и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, бактериологического посева мочи, а также регулярный ультразвуковой мониторинг состояния почек и верхних мочевых путей.

Результаты исследования. Установлено, что манифестация заболевания в 62% случаев приходилась на I триместр, что обусловлено гормональной гипотонией и дискинезией мочеточников под влиянием прогестерона. У 45% пациенток отмечалась гипертермия ($37,5$ – $38,2^\circ\text{C}$) и боли в поясничной области. Лабораторно выявлены умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ (35 – 45 мм/ч), выраженная лейкоцитурия (88%), микрогематурия (15%) и бактериурия ($>10^5$ КОЕ/мл, преимущественно *E. coli*).

При переходе во II–III триместры у 74% обследованных на фоне роста матки и гормонального дисба-

ланса зафиксировано прогрессирование обструкции с развитием уретерогидронефроза I–II степени (расширение лоханки и верхней трети мочеточника). Своевременная амбулаторная коррекция позволила купировать застойные явления, предотвратив развитие гнойно-деструктивных форм и необходимость инвазивного дренирования почки у большинства пациенток.

Выводы. Гестационный пиелонефрит, манифестирующий в I триместре на фоне гормонального дисбаланса, имеет закономерную тенденцию к трансформации в обструктивный уретерогидронефроз во второй половине беременности. Системный амбулаторный мониторинг на базе ГУ «РНКЦУ» позволяет своевременно выявлять застойные явления в мочевых путях и проводить превентивную терапию, что минимизирует риски развития тяжелых осложнений как для матери, так и для плода.

Набиев Д.Б., Сайфуллоев Б.С., Махмадкулова Н.А.
ХИРУРГИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени профессора М.К. Каримова ГОУ
«ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.Х. Маликов

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения последствия повреждения лучевого нерва.

Материал и методы. С последствиями повреждения лучевого нерва различные варианты операций были выполнены 72 пациентам. Больные находились в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период с 2000-по 2024 годы.

Пациенты с повреждением нервного ствола на уровне средней трети плеча (26) составили I клиническую группу. Во вторую группу были включены 29 пациентов, у которых повреждение лучевого нерва локализовалось на уровне нижней трети плеча, и III группу составили 17 больных с повреждением нерва на уровне верхней трети предплечья.

В оптимальные сроки для восстановления повреждённого нервного ствола (до 6 мес.) обратились лишь 33 (45,8%) пациента. Основная часть пострадавших поступили в сроки от 7 месяцев до 2 лет после получения травмы. Среди них 4 пациента поступили в сроки, превышающие два года. Среди дополнительных методов диагностики были использованы рентгенография костей верхней конечности, термометрия и ЭНМГ. При подозрении на повреждения сосудов использовалась УЗДГ.

Результаты исследования. В 40 случаях операции были направлены на реконструкцию повреждённого нервного ствола. Невролиз лучевого нерва был выполнен 13 больным, шов нерва -18 и аутонервная пластика лучевого нерва осуществилась 9 пациентам. Невролиз в основном был осуществлён при сохранности нервного ствола, но имелось сдавление рубцовыми тканями. Шов лучевого нерва удалось выполнить при дефекте между пересечёнными концами нерва, не превышающих 3 см. В случаях, когда дефекты между пересечёнными концами нервного ствола превышали выше приведённую цифру, больным была осуществлена аутонервная аваскулярная пластика. Основной корригирующей операцией, направленной на восстановление двигательной активности кисти и пальцев, явилось выполнение сухожильно-мышечной транспозиции. Показания в осуществлении столь сложной реконструкции были выставлены при протяжённых повреждениях нервного ствола, но в основном операция была выполнена при застарелых повреждениях нервного ствола. Сухожильно-мышечная транспозиция была выполнена 18 пациентам. Кроме этого, среди больных, которым была выполнена реконструкция нервного ствола и в отдалённые сроки не имелся эффект, также была предпринята сухожильно-мышечная транспозиция.

Раневые гнойно-воспалительные осложнения после операции имелись у 15 (22,2%) пациентов. Среди них серома была диагностирована у 9 и нагноение раны - у 6 пациентов.

В отдалённые сроки после невролиза отмечалось восстановление функции кисти и пальцев. После шва нервного ствола в 2 наблюдениях результат считался отрицательный, в остальных случаях больные были удовлетворены результатами операции. Сроки восстановления нерва после аутонервной пластики длились до 2 лет. Хорошие функциональные результаты были получены после выполнения сухожильно-мышечной транспозиции.

Выводы. Сроки поступления больных, вид реконструкции имеют немаловажное значение для исхода проведённой реконструкции. Удовлетворительные результаты часто получаются после невролиза, шва и сухожильно-мышечной транспозиции.

Наврузова Ф.Л., Риоева Н.Д., Хасанов М.М.

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА ДЕКАСАН В ВИДЕ АЭРОЗОЛИ ПРИ ОСТРОМ ФАРИНГИТЕ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения раствора Декасан в виде аэрозоли у пациентов с острым фарингитом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения НМЦ «Шифобахш». В исследование включены 30 пациентов в возрасте 7–45 лет с острым фарингитом. Пациенты были разделены на 2 группы:

- Основная группа (n=15) — лечение Декасаном в виде аэрозоли 3 раза в день в течение 7 дней.
- Контрольная группа (n=15) — стандартное симптоматическое лечение без применения Декасана.

Оценка эффективности проводилась на основании клинических симптомов: боли в горле, гиперемии слизистой, отёка, температуры, а также субъективной оценки самочувствия пациентов. Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента; различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов основной группы отмечено достоверное уменьшение боли в горле к 3–4 дню лечения (средняя оценка по шкале визуальной аналогии уменьшилась с $7,2 \pm 0,6$ до $2,1 \pm 0,5$; $p < 0,01$), уменьшение гиперемии и отёка слизистой наблюдалось уже на 2–3 день терапии.

В контрольной группе уменьшение боли и воспалительных симптомов происходило медленнее, с полным восстановлением к 6–7 дню лечения ($p < 0,05$ при сравнении с основной группой). Побочных эффектов при использовании Декасана не выявлено.

Выводы. Применение раствора Декасан в виде аэрозоли при остром фарингите обеспечивает более быстрое уменьшение боли и воспалительных изменений слизистой горла по сравнению с стандартной терапией ($p < 0,05$). Препарат безопасен, удобен в применении и может использоваться как эффективное дополнение к терапии острого фарингита.

Наджмудинов С.С., Норов Н.Х., Таширфов Б.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель-к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и обоснование выбора оптимальной хирургической тактики при перфоративных гастродуоденальных язвах (ПГДЯ) для улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и оперативного пособия у 116 пациентов с ПГДЯ, находившихся на лечении в ГУ ГЦСМП г.Душанбе. Гендерное распределение характеризовалось превалированием лиц мужского пола -94 (81%), женщин было 22 (19%). Отмечена существенная разница в возрастных характеристиках в зависимости от локализации процесса: средний возраст при дуоденальной перфорации составил 43 года, при желудочной- 68 лет. Типичная клиническая картина и инструментальные данные позволили верифицировать диагноз до операции у 96 (82,8%) больных. Особую сложность для диагностики представляли 13 (11,2%) наблюдений с атипичным клиническим течением.

Результаты исследования. После кратковременной предоперационной подготовки у 78,5% пациентов были реализованы принципы миниинвазивной хирургии, с учетом имевшегося эндолапароскопических аппаратур и оснащённости клиники. Сравнительный анализ продемонстрировал клинко-физиологические преимущества видеолaparоскопического ушивания язвенного дефекта. Применение данной методики в сочетании с последующей адекватной стационарной «медикаментозной ваготомией» (интенсивной антисекреторной и эрадикационной терапией) позволило минимизировать риск ранних послеоперационных осложнений и сократить сроки госпитализации. Подчеркивается необходимость преемственности между стационарным этапом и амбулаторным наблюдением профильными специалистами (гастроэнтерологом и хирургом) для профилактики рецидива язвообразования.

Выводы. Видеолaparоскопическое ушивание перфорации является приоритетным методом лечения, обеспечивающим наилучшие функциональные результаты при условии своевременного выполнения вмешательства. Тем не менее, выбор объема и метода операции должен носить индивидуальный характер, основываясь на МИП, сроках с момента перфорации, степени выраженности перитонита, морфологических особенностях язвенного процесса и коморбидности пациентов

Наджмудинова З.Р., Самандарова Г.Ф.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ

Кафедра Акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Козидавлатзода Б

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность малоинвазивных вмешательств при лечении образований придатков матки.

Материал и методы. Согласно поставленным целям и задачам под наблюдением находилось 50 женщин из них 20 пациенткам произведена минилапаротомия и 30 лапароскопическое оперативное лечение. Проведено 50 пациенткам оперативное лечение. Из них методом минилапаротомии произведено 20 (40%) женщинам, лапароскопия 30 (50%). Из общего количества тубэктомия произведена минилапаротомическим доступом у 15(75%), лапароскопическим методом 20(66,7%) пациентке. При ДОЯ и ООЯ произведена минилапаротомия 5(33%) пациентке и лапароскопическим доступом 10 (50%) женщинам. Проведен анализ результатов хирургического лечения пациенток с образованиями придатков, которым выполнены лапароскопические вмешательства (кистэктомия, резекция яичника, аднексэктомия по показаниям). Оценивались интраоперационные показатели (длительность операции, объем кровопотери), послеоперационное течение (болевого синдром, сроки госпитализации, частота осложнений), а также восстановление менструальной и репродуктивной функции.

Результаты исследования. Установлено, что малоинвазивные вмешательства характеризуются меньшей интраоперационной кровопотерей, снижением выраженности болевого синдрома и сокращением сроков пребывания в стационаре. Частота послеоперационных осложнений была минимальной. У пациенток репродуктивного возраста отмечено сохранение овариального резерва и восстановление менструальной функции в ранние сроки. Рецидивы наблюдались редко.

Выводы. Малоинвазивные технологии являются высокоэффективным и безопасным методом лечения образований придатков. Их применение позволяет снизить хирургическую травматизацию, сократить период реабилитации и сохранить репродуктивный потенциал, что определяет приоритет данных методов в современной гинекологической практике.

Нажиматдинова Ш. Б.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ: АНАЛИЗ ПРИЧИН И СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ.

Кафедра акушерства и гинекологии и гинекологии в семейной медицине. ГОУ

“Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского университета”. Узбекистан.

Научный руководитель – кандидат наук (Phd) Реймова Минай Калмурзаевна

Цель исследования. Провести анализ распространённости, факторов риска и современных подходов к профилактике преэклампсии у беременных, проживающих в регионах Южного Приаралья.

Материал и методы. Выполнен систематический обзор отечественных и зарубежных публикаций за последние 10 лет, нормативных данных Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, рекомендаций ВОЗ и международных обществ акушеров-гинекологов. Проведён анализ региональной статистики перинатальной и материнской заболеваемости.

Результаты исследования. Переэклампсия остаётся одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости в Южном Приаралье. Частота гипертензивных осложнений беременности в регионе достигает 18–25 %, в перинатальных центрах — до 30 %. Основными факторами риска являются неблагоприятная экологическая обстановка, дефицит микроэлементов, высокая распространённость анемии, хронических заболеваний почек и артериальной гипертензии. Эти факторы способствуют эндотелиальной дисфункции, что увеличивает риск преждевременных родов, задержки роста плода и неблагоприятных исходов.

Выводы. Переэклампсия представляет собой серьёзную медико-социальную проблему в Южном Приаралье. Снижение неблагоприятных исходов требует раннего выявления групп риска, коррекции анемии и гипертензии, улучшения санитарно-экологических условий и внедрения региональных программ скрининга и динамического наблюдения беременных.

Нажмидинов Х.Н., Шукуров Д.А., Абдуллозода Н.Х.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

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

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и эффективность терапии хронического абактериального простатита у пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В проспективное исследование, проведенное на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С., включено 56 мужчин с хроническим абактериальным простатитом. Пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 28 пациентов с диагностированным метаболическим синдромом, контрольную группу — 28 пациентов без метаболического синдрома. Средний возраст составил $42,5 \pm 4,3$ лет. Диагностика включала: опрос пациентов, трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) простаты с доплерографией, лабораторные анализы (ПСА, липидный профиль, глюкоза крови), микроскопию секрета простаты. Пациенты получали комплексную терапию, включающую α -адреноблокаторы, противовоспалительную терапию и коррекцию метаболических нарушений.

Результаты исследования. У пациентов с метаболическим синдромом отмечены достоверно более высокие показатели болевого синдрома и нарушения мочеиспускания. При анализе данных трансректального УЗИ с доплерографией у пациентов с метаболическим синдромом достоверно чаще выявлялись следующие изменения: - признаки венозного застоя в предстательной железе — у 67,9%; - диффузные фиброзные изменения паренхимы — у 35,7%; - калькулезный простатит (мелкие конкременты) — у 28,6%. Объем предстательной железы в группе с метаболическим синдромом был несколько больше, чем контрольной группы.

Уровень ПСА достоверно не различался между группами. При анализе эффективности терапии через 6 месяцев наблюдения положительная динамика отмечена у 71,4% пациентов основной группы и у 89,3% пациентов контрольной группы.

Выводы. Метаболический синдром отягощает течение хронического простатита, усиливая болевой синдром и способствуя развитию гемодинамических нарушений в предстательной железе. Лечение данной категории пациентов должно быть комплексным и обязательно включать коррекцию метаболических нарушений для повышения эффективности терапии.

Нажмидинов Х.Н., Абдуллозода Н.Х., Гадозода А.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ НА ФОНЕ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК

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

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить диагностическую эффективность различных методов лучевой визуализации у пациентов с нефролитиазом на фоне врождённых аномалий почек.

Материал и методы. В комбинированное (ретроспективно-проспективное) исследование, проведенное на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», проанализированы результаты комплексного лучевого обследования 102 пациентов с нефролитиазом и аномалиями почек (удвоение — 40,2%, подковообразная почка — 36,3%, гипоплазия — 13,7%, дистопия — 9,8%). Всем выполнено

УЗИ с доплерографией (n=102), обзорная урография (n=64), экскреторная урография (n=48), МСКТ с болюсным контрастированием и 3D-реконструкцией (n=68). Оценивались: чувствительность к выявлению конкрементов и аномалий, плотность камней по Хаунсфилду, сосудистая архитектура (аберрантные сосуды), гемодинамические показатели (Pi, Ri, S/D).

Результаты исследования. Чувствительность методов к выявлению конкрементов составила: УЗИ — 96,1%, обзорная урография — 71,9%, экскреторная урография — 79,2%, МСКТ — 100% (p<0,01). Чувствительность к выявлению аномалий: УЗИ — 80,4% (снижалась до 60,3% при дистопии из-за акустической тени костных структур), экскреторная урография — 87,5%, МСКТ — 100% (p<0,001). МСКТ позволила определить плотность камней: оксалатные/фосфатные (800-1600 HU) — 52%, смешанные (600-1000 HU) — 28%, уратные (300-600 HU) — 18%, цистиновые (>1500 HU) — 2%. Плотность >1000 HU (трудные для литотрипсии) чаще встречалась при дистопии (p<0,05). Абберрантные сосуды выявлены у 72,1% пациентов, преимущественно при подковообразной почке (91,7%) и дистопии (85,7%). УЗДГ показала тенденцию к повышению индексов резистентности (Pi 1,07±0,11; Ri 0,61±0,04; S/D 2,58±0,24) по сравнению с нормой, наиболее выраженную при дистопии и подковообразной почке (Pi до 1,20±0,15), что свидетельствует об увеличении периферического сопротивления и обеднении кровотока. После операции отмечено снижение Pi и Ri на 25-30% (p<0,01).

Выводы. МСКТ с 3D-реконструкцией и ангиографией является золотым стандартом диагностики, обеспечивая 100% чувствительность к камням и аномалиям, и должна выполняться всем пациентам с подозрением на нефролитиаз на фоне аномалий почек. УЗИ с доплерографией сохраняет значение как скрининговый метод (чувствительность 96,1% к камням), но ограничен при дистопии (чувствительность снижается до 60,3%). Экскреторная урография информативна для оценки уродинамики (87,5%), но уступает МСКТ в выявлении камней и аномалий. Выявление абберрантных сосудов у 72,1% пациентов (до 91,7% при подковообразной почке) критически важно для планирования безопасного хирургического доступа и профилактики интраоперационных кровотечений. УЗДГ позволяет оценить исходные нарушения гемодинамики (повышение Pi, Ri) и активизировать их восстановление после операции (снижение на 25-30%).

Нажмидинов Х.Н.

ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПОЧЕК

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

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность применения мини-инвазивных технологий у пациентов с нефролитиазом на фоне врождённых аномалий почек.

Материал и методы исследования. В проспективное исследование (2023-2025 гг.) включено 62 пациента с нефролитиазом и аномалиями почек: удвоение ЧЛС — 38,7%, подковообразная почка — 35,5%, гипоплазия — 16,1%, дистопия — 9,7%. Средний возраст — 44,2 лет (мужчин 62,9%, женщин 37,1%). Всем выполнена МСКТ с 3D-реконструкцией и ангиографией, УЗДГ, бакпосев мочи. Применялись мини-инвазивные технологии (74,2%): мини-ЧПНЛ (28%), RIRS (17%), лапароскопические вмешательства с оригинальной навигацией/ассистенцией (17%), стандартная ЧПНЛ (23%). Оригинальные методы: симультанная рентген-навигация при лапароскопической пиелолитотомии подковообразной почки (n=8) и ЧПНЛ дистопированной почки с лапароскопической ассистенцией (n=3). Контрольную группу составили 40 пациентов (2020-2022 гг.) с традиционными методами лечения (открытые операции — 45%, стандартная ЧПНЛ — 30%, мини-инвазивные — 17,5%). Группы сопоставимы по основным параметрам.

Результаты исследования. МСКТ с 3D-реконструкцией позволила с 100% точностью верифицировать аномалии и определить плотность камней: оксалатные/фосфатные (800-1600 HU) — 51,6%, смешанные (600-1000 HU) — 29,0%, уратные (300-600 HU) — 16,1%, цистиновые (>1500 HU) — 3,2%. Абберрантные сосуды выявлены у 72,1% пациентов, преимущественно при подковообразной почке (91,7%) и дистопии (83,3%). Бактериурия выявлена у 92,2% (E. coli — 54,9%, Candida spp. — 45,1%, Staphylococcus aureus — 33,3%).

Stone-free status через 1-3 месяца достигнут у 93,5% пациентов проспективной группы, в контрольной группе — у 75,0% (p<0,01). Наивысшая эффективность отмечена при лапароскопических методах с навигацией (100%), мини-ЧПНЛ (94,4%) и RIRS (90,9%). Длительность операции в проспективной группе составила 89±29 мин, в контрольной группе — 142±44 мин (p<0,001). Кровопотеря в проспективной группе — 92±46 мл, в контрольной группе — 198±85 мл (p<0,001). Послеоперационный койко-день в проспективной группе — 7,2±2,8 сут, в контрольной группе — 12,4±4,1 сут (p<0,001). Гемотрансфузий потребовалось 4,8% в проспективной группе и 17,5% в контрольной (p<0,05).

Частота осложнений II степени и выше по Clavien-Dindo в проспективной группе составила 19,4%, в контрольной группе — 35,0% (p<0,05). Наименьшая частота осложнений отмечена при лапароскопических методах с навигацией (9,1%) и мини-ЧПНЛ (16,7%), наибольшая — при открытых операциях (37,5%). УЗДГ показало улучшение внутривисцерального кровотока у 78,8% пациентов проспективной группы: снижение индексов Pi с 1,07±0,11 до 0,84±0,09 (на 26%) и Ri с 0,61±0,04 до 0,48±0,03 (на 27%) (p<0,01). У пациентов с исходным снижением СКФ отмечено улучшение показателя с 52,3±5,6 до 64,8±6,2 мл/мин (p<0,05).

Выводы. Предоперационное МСКТ-картирование с 3D-реконструкцией позволяет с 100% точностью верифицировать аномалии, определить плотность камней и выявить абберрантные сосуды у 72,1% пациентов, что является основой для выбора безопасного хирургического доступа. Приоритетное использование мини-инвазивных технологий (74,2%) обеспечивает достижение stone-free status у 93,5% пациентов, что достоверно выше показателя в контрольной группе (75,0%). Оригинальные методы — симультанная рентген-навигация при

лапароскопической пиелолитотомии подковообразной почки и ЧПНЛ дистопированной почки с лапароскопической ассистенцией — позволяют достичь 100% эффективности при минимальной кровопотере (64–72 мл) и отсутствии осложнений. Оптимизированная тактика позволяет снизить кровопотерю в 2,2 раза, частоту осложнений в 1,8 раза, сократить сроки госпитализации в 1,7 раза и улучшить внутрипочечную гемодинамику у 78,8% пациентов.

Назаралиев Э.Д.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Центральный военный госпиталь, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н. Хаитов И.Б.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов лечения и качества жизни пациентов после пластики по Лихтенштейну и лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАРР) за период 2020–2025 гг.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены результаты лечения 60 пациентов, оперированных в период с 2020 по 2025 гг. Пациенты были разделены на две группы: основную (ТАРР, $n = 30$) и контрольную (операция Лихтенштейна, $n = 30$). Для оценки качества жизни использовался общий опросник SF-36, а для выявления специфического дискомфорта в зоне операции — специализированная шкала CCS (Carolina Comfort Scale) через 1, 3 и 6 месяцев после вмешательства.

Результаты. Анализ данных показал, что в группе ТАРР уровень послеоперационной боли по ВАШ на вторые сутки был достоверно ниже ($2,1 \pm 0,4$ против $4,3 \pm 0,7$ балла, $p < 0,05$). Согласно опроснику SF-36, показатели физического компонента здоровья в основной группе восстанавливались в среднем на 10–12 дней быстрее. По шкале CCS через 3 месяца после операции частота дискомфорта и ощущения инородного тела составила 6,6% в группе ТАРР и 16,7% в группе Лихтенштейна. В течение пятилетнего периода наблюдения в обеих исследуемых группах случаев рецидива заболевания отмечено не было, что свидетельствует о высокой эффективности и надежности сравниваемых методик.

Выводы. Сравнительный анализ различных методов герниопластики подтверждает преимущество методики ТАРР в обеспечении ранней реабилитации пациентов. Отсутствие рецидивов в обеих группах в течение пятилетнего периода наблюдения доказывает высокую эффективность и сопоставимую техническую надежность как лапароскопической, так и открытой ненатяжной герниопластики. В то же время, использование валидированных шкал SF-36 и CCS позволяет более точно прогнозировать удовлетворенность пациента и доказывает высокую клиническую эффективность лапароскопических вмешательств.

Назаров И.Х.1,3, Нигматов Дж.И.3

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЁННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

¹Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²Кафедра хирургии отделения ГОУ ИПО в СЗ РТ г. Бохтар. Таджикистан.

³Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова, г. Бохтар. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Назарзода Х.Н.

Цель исследования. Оценить иммунный статус и эффективность применения дерината и коллапана при лечении открытых переломов длинных костей нижних конечностей, осложнённых хроническим остеомиелитом.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 31 больного с хроническим остеомиелитом, развившимся после переломов длинных костей нижних конечностей при политравме. Больные разделены на две группы: контрольную – 16 пациентов, получавших лечение по общепринятой методике в 2013–2018 гг., и основную – 15 пациентов, лечившихся в 2019–2025 гг. в ОКБ г. Бохтар им. Б. Вохидова (Республика Таджикистан). В основной группе в схему комплексного лечения дополнительно включали иммуномодулятор деринат и местное применение КоллапАн-Л. В обеих группах преобладали пациенты в возрасте 31–50 лет (55,4% и 56,1%). Основной причиной травмы были ДТП (78,5% и 78,0%), реже – падение с высоты (13,8% и 12,2%). Наиболее частая локализация воспалительного очага – кости голени (61,5% и 63,4%). Статистически значимых различий между группами по локализации остеомиелита не выявлено ($p > 0,05$).

Результаты исследования. Комплексное лечение включало радикальную хирургическую обработку очага остеомиелита, антибактериальную, противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию, физиотерапию и лечебную физкультуру. В основной группе дополнительно применяли деринат и местно КоллапАн-Л, содержащий линкомицина гидрохлорид.

Деринат вводили внутримышечно в виде 1,5% раствора по 5 мл ежедневно в течение 5 дней, затем по 5 мл через 72 часа (5 инъекций). При поступлении у пациентов отмечались лимфопения и снижение уровня CD3-экспрессирующих Т-лимфоцитов ($36,2 \pm 1,78$ при норме $51,22 \pm 1,14$). На 7-е сутки в основной группе наблюдалось достоверное повышение уровня CD3(+)-лимфоцитов ($42,18 \pm 1,47$) по сравнению с контрольной группой ($37,54 \pm 1,56$). На 14-е сутки показатель в основной группе достигал $42,51 \pm 1,74$. Перед выпиской отмечалось дальнейшее повышение уровня CD-лимфоцитов, однако их значение оставалось ниже нормы.

Повышение количества CD8(+)-лимфоцитов сопровождалось снижением иммунорегуляторного индекса. Уровень CD4-лимфоцитов повышался на 14-е сутки после операции и нормализовался к моменту выписки. В основной группе хорошие результаты лечения получены у 82,3% пациентов, в контрольной – у 70,3%. Удо-

влетворительные результаты составили 11,8% и 16,2% соответственно, неудовлетворительные – 5,9% и 13,5%.

Выводы. У больных с хроническим остеомиелитом наблюдаются признаки эндогенной интоксикации и снижение иммунного статуса. Включение в комплексное лечение иммуномодулятора деринат и местного применения КоллапАн-Л способствует улучшению иммунологических показателей и повышает эффективность лечения.

Назаров И.Х.1,3, Нигматов Дж.И.3

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ МНОГООСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²Кафедра хирургии отделения ГОУ ИПО в СЗ РТ г. Бохтар. Таджикистан.

³Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова, г. Бохтар. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Назарова Х.Н.

Цель исследования. Профилактика гнойных осложнений у пострадавших с открытыми многооскольчатыми переломами длинных костей нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включены 5 пациентов, поступивших в отделение травматологии и ортопедии Хатлонской областной клинической больницы им. Б. Вохидова в 2023–2025 гг. с открытыми многооскольчатыми переломами бедренной и большеберцовой костей (по классификации Густило–Андерсона ПБ–ПВ). Всем пациентам проводили первичную хирургическую обработку раны с ревизией зоны повреждения и репозицией костных отломков. У 3 больных формировали первичный костный дефект. Свободные костные фрагменты извлекали из раны и временно помещали под апоневроз той же или противоположной конечности. У 2 пациентов выполняли первичную хирургическую обработку раны с сохранением и последующим возвращением костных фрагментов под апоневроз. На последующем этапе проводили костную аутопластику с репозицией сохранённых костных фрагментов.

Результаты и их обсуждение. Применённая хирургическая тактика, включающая первичную хирургическую обработку раны, репозицию костей, временное сохранение костных фрагментов под апоневрозом и последующую костную аутопластику, показала высокую эффективность при лечении открытых многооскольчатых переломов длинных костей.

Использование сохранённых костных фрагментов обеспечивает механическую поддержку в зоне повреждения и способствует сохранению остеогенного и ангиогенного потенциала травмированной кости. Это улучшает условия для регенерации костной ткани, ускоряет процессы консолидации и снижает риск развития гнойных осложнений и посттравматического остеомиелита.

Выводы. Костная аутопластика с репозицией сохранённых костных фрагментов, временно размещённых под апоневрозом, сочетает принципы биологической и реконструктивной хирургии. Применение данного метода при открытых многооскольчатых переломах длинных костей нижних конечностей способствует сохранению остеогенного потенциала травмированной кости, ускоряет процессы консолидации и снижает риск гнойно-воспалительных осложнений.

Назаров П.Х., Холов Д.Д.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОСУДОВ ПЕЧЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”.

Научный руководитель – к.м.н, доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения травматических повреждений печени при сочетанной травме путем анализа результатов реконструктивно-восстановительных операций на сосудах печени и оценки влияния типа сосудистых повреждений на ранние и отдаленные исходы лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 98 пациентов с повреждениями сосудов печени при сочетанной травме, находившихся на лечении в Национальном медицинском центре Республики Таджикистан «Шифобахш» в период 2018–2023 гг. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от характера сосудистых повреждений печени: тип А – артериальные повреждения (30 пациентов; 30,6%), тип В – венозные повреждения (40 пациентов; 40,8%), тип С – комбинированные повреждения (28 пациентов; 28,6%). Диагностический алгоритм включал компьютерную томографию, ангиографию и лабораторные методы исследования. Хирургическое лечение проводилось с применением современных микрохирургических техник и реконструктивных методик восстановления сосудов печени, включая артериальную, венозную и комбинированную реконструкцию. Оценивались основные операционные показатели (длительность операции, объем кровопотери, необходимость переливания крови), частота послеоперационных осложнений, повторных операций, показатели выживаемости, а также отдаленные результаты лечения.

Результаты исследования. Анализ операционных показателей показал, что продолжительность хирургического вмешательства и уровень кровопотери увеличивались по мере утяжеления сосудистых повреждений печени. Средняя длительность операции составила $1,81 \pm 0,59$ часа у пациентов с типом А, $2,84 \pm 0,57$ часа при типе В и $3,04 \pm 1,44$ часа при типе С. Средний объем кровопотери также был выше у пациентов с венозными и комбинированными повреждениями. Частота применения гемотрансфузий значительно увеличивалась у пациентов с более тяжелыми повреждениями сосудов. Анализ послеоперационных осложнений показал, что наименьшая их частота наблюдалась при типе А (12,53%), тогда как у пациентов с типом В данный показатель достигал 47,87%, а при типе С составлял 20,84%. Повторные хирургические вмешательства чаще выполнялись

у пациентов с комбинированными повреждениями (18,36%). Выживаемость пациентов также зависела от характера сосудистых повреждений и составила 99,11% при типе А, 75,18% при типе В и 82,53% при типе С. Анализ отдаленных результатов показал, что наилучшие показатели продолжительности и качества жизни наблюдались у пациентов с артериальными повреждениями печени, тогда как венозные и смешанные повреждения сопровождались более высокой частотой осложнений и повторных госпитализаций.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что эффективность реконструктивно-восстановительных операций на сосудах печени при сочетанной травме в значительной степени определяется характером сосудистых повреждений. Наиболее благоприятные результаты наблюдаются при артериальных повреждениях печени, тогда как венозные и комбинированные повреждения характеризуются более высокой частотой осложнений и неблагоприятных исходов. Применение современных методов диагностики и микрохирургических реконструктивных технологий позволяет повысить эффективность хирургического лечения, снизить риск осложнений и улучшить показатели выживаемости пациентов.

Назаров П.Х., Холов Д.Д.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ТРАНСПЛАНТАТА

Отделение трансплантации органов, Республиканская клиническая больница г. Дангара, Республика Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить частоту и структуру инфекционных осложнений после трансплантации почки и определить их влияние на функцию почечного трансплантата и клинические исходы у реципиентов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов трансплантации почки у 82 пациентов, находившихся под наблюдением в отделении трансплантации органов Республиканской клинической больницы г. Дангара в период 2019–2024 гг. Пациенты были разделены на две группы: I группа – реципиенты с инфекционными осложнениями ($n=34$; 41,5%), II группа – пациенты без инфекционных осложнений ($n=48$; 58,5%). Оценивались клиничко-лабораторные показатели, структура инфекций, сроки их возникновения, показатели функции трансплантата (уровень креатинина, скорость клубочковой фильтрации), а также частота госпитализаций и дисфункции трансплантата. Статистический анализ данных проводился с использованием стандартных методов биостатистики, достоверность различий оценивалась при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты исследования. Инфекционные осложнения были выявлены у 41,5% пациентов после трансплантации почки. Наиболее часто регистрировались инфекции мочевыводящих путей – 47,1% случаев, вирусные инфекции (цитомегаловирусная инфекция и ВК-вирус) – 29,4%, бактериальные пневмонии – 14,7% и грибковые инфекции – 8,8%. Средний уровень креатинина у пациентов с инфекционными осложнениями составил 182 ± 21 мкмоль/л, что было достоверно выше по сравнению с пациентами без инфекций – 134 ± 18 мкмоль/л ($p<0,05$). Снижение скорости клубочковой фильтрации наблюдалось у 32,4% пациентов I группы против 12,5% во II группе ($p<0,05$). Частота госпитализаций была выше у пациентов с инфекциями (44,1% против 18,7%; $p<0,05$). Дисфункция трансплантата выявлена у 17,6% пациентов I группы и у 6,2% пациентов II группы.

Выводы. Инфекционные осложнения являются одним из ведущих факторов нарушения функции почечного трансплантата. Наиболее распространенными являются инфекции мочевыводящих путей и вирусные инфекции, связанные с иммуносупрессивной терапией. Ранняя диагностика инфекционных осложнений, мониторинг инфекционных маркеров и индивидуализация иммуносупрессивной терапии позволяют снизить риск дисфункции трансплантата и улучшить результаты трансплантации почки.

Назаров П.Х., Холов Д.Д.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ ПЕЧЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить функциональное состояние печени у пациентов после реконструктивно-восстановительных операций на сосудах печени при сочетанной травме и определить влияние различных типов сосудистых повреждений на биохимические и синтетические показатели функции печени.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 98 пациентов с повреждениями сосудов печени при сочетанной травме, находившихся на лечении в Национальном медицинском центре Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2018–2023 гг. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от типа повреждений сосудов печени: тип А – 30 (30,6%) пациентов, тип В – 40 (40,8%), тип С – 28 (28,6%). Диагностический алгоритм включал компьютерную томографию, ангиографию и лабораторные методы исследования. Оценивались биохимические показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин), синтетическая функция печени (альбумин, синтез белка, продукция факторов свертывания), а также степень тяжести состояния по шкале Child–Pugh. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета SPSS с применением однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), статистическая значимость принималась при $p<0,05$.

Результаты исследования. Анализ биохимических показателей показал достоверные различия между группами пациентов. У пациентов с типом А повреждений сосудов печени наблюдались наиболее благоприятные показатели функции печени. Уровень АЛТ составил 32 ± 5 U/L, АСТ – 30 ± 4 U/L, что было достоверно ниже по сравнению с пациентами с типом В (50 ± 8 и 48 ± 7 U/L соответственно) и типом С (60 ± 10 и 58 ± 9 U/L;

$p < 0,001$). Аналогичные различия отмечались и по уровню общего билирубина: 15 ± 3 мкмоль/л при типе А против 25 ± 5 мкмоль/л при типе В и 35 ± 7 мкмоль/л при типе С ($p < 0,001$). Показатели синтетической функции печени также были наиболее благоприятными у пациентов с типом А: уровень альбумина составил 45 ± 3 г/л, тогда как при типе В – 40 ± 4 г/л, при типе С – 35 ± 5 г/л ($p < 0,001$). Оценка по шкале Child-Pugh показала, что пациенты с типом А преимущественно соответствовали классу А, тогда как пациенты с типами В и С чаще относились к классам В и С, что свидетельствует о более выраженном нарушении функции печени.

Выводы. Функциональное состояние печени после реконструктивно-восстановительных операций при сочетанной травме напрямую зависит от характера сосудистых повреждений. Наиболее благоприятные биохимические и синтетические показатели функции печени наблюдаются у пациентов с артериальными повреждениями (тип А). Венозные и комбинированные повреждения (типы В и С) сопровождаются более выраженными нарушениями функции печени и более тяжелым клиническим течением. Полученные результаты подчеркивают необходимость ранней диагностики и своевременного выполнения реконструктивных вмешательств для улучшения функциональных исходов лечения.

Назарова А.Р., Шербадалова А.А., Саидова А.Н.

ЧАСТОТА И СТЕПЕНИ ГИПОВИТАМИНОЗА D У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУ Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии. Таджикистан.

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Рустамова М.С.

Цель исследования. Определить частоту и степени выраженности гиповитаминоза D у беременных женщин с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Обследованы 36 беременных с метаболическим синдромом (основная группа) и 25 женщин с нормальной массой тела и репродуктивной функцией (контрольная группа) с учётом критериев включения и исключения. Всем обследованным женщинам проведены: антропометрия с оценкой индекса массы тела по критерию Брея, общий и акушерские осмотры, исследование показателей белкового (общий белок), углеводного (содержание в крови глюкозы и инсулина с подсчётом индекса НОМА) и липидного (содержание в крови общего холестерина, липопротеидов высокой/ЛПВП и низкой/ЛПНП плотности, триглицеридов/ТГ) обменов на биохимическом анализаторе Stat fax 1900 (USA); и определение уровня 25(ОН)D в сыворотке крови на иммуноферментном анализаторе Stat fax 4200 (USA). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартных статистических программ Microsoft Office 365 Excel.

Результаты исследования. У беременных основной группы выявлены: избыточная масса тела (58,3%) или абдоминальное ожирение (41,7%). Сравнительный анализ показателей основной и контрольной групп показал: патологическую прибавку веса за период беременности ($14,1 \pm 2,1$ кг vs $9,1 \pm 1,5$ кг, $p = 0,05$), достоверное повышение содержаний инсулина ($23,5 \pm 1,81$ мкМЕ/мл vs $12,1 \pm 0,9$ мкМЕ/мл, $p < 0,001$); глюкозы ($5,6 \pm 0,07$ ммоль/л vs $4,8 \pm 0,06$ ммоль/л, $p < 0,001$); индекса НОМА ($4,2 \pm 0,4$ vs $2,5 \pm 0,2$, $p < 0,001$); общего холестерина ($6,2 \pm 0,13$ ммоль/л vs $5,3 \pm 0,09$ ммоль/л, $p < 0,001$); ЛПНП ($4,34 \pm 2,0$ ммоль/л vs $2,79 \pm 0,09$ ммоль/л, $p < 0,001$); триглицеридов ($3,24 \pm 0,09$ ммоль/л vs $1,51 \pm 0,03$ ммоль/л, $p < 0,001$) и снижения ЛПВП/липопротеидов высокой плотности ($1,01 \pm 0,04$ vs $1,72 \pm 0,04$); гипопроteinения (61,1% vs 24%). Следовательно, у всех женщин основной группы беременность протекала на фоне метаболического синдрома.

Учитывая влияние витамина D на обменные процессы в организме, было определено у обследованных женщин основной группы содержание витамина D. Полученные данные показали, что у женщин основной группы адекватная концентрация витамина D (30 нг/мл-100 нг/л) была выявлена лишь у 5/13,9%, при этом уровень данного витамина находился на низких границах нормальных величин (30,1 нг/мл-39,2 нг/мл), в среднем составляя $36,2 \pm 1,3$ нг/мл. У большинства женщин (31/86,1%) - содержание витамина D находилось ниже физиологической нормы: у 17/47,2% витамина D колебалось от 21,5 до 30,0 нг/мл (в среднем составляя $26,3 \pm 1,5$ нг/мл), указывая на развитие недостаточности витамина D в организме беременной женщины с МС; у 9/25,0% - уровень витамина составлял 13,2-19,3 нг/мл (в среднем $16,2 \pm 2,3$ нг/мл) и 5/13,9% - находился в пределах 3,3 и 9,9 нг/мл (в среднем $7,2 \pm 1,3$ нг/мл), что соответствовало дефициту и выраженному дефициту витамина D соответственно. Полученные результаты указывают на высокую частоту развития гиповитаминоза D среди беременных женщин с метаболическим синдромом, который проявляется в различных его стадиях.

Вывод. Выявлена высокая частота гиповитаминоза D среди беременных женщин с МС, с преобладанием его недостаточности, что указывает на его патогенетическую роль в развитии метаболических изменений, определения содержания витамина D у всех женщин с МС и проведения своевременной коррекции статуса данного витамина.

Назарова К.К.

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Кафедра дисциплин хирургического направления, EMU University. Узбекистан

Научный руководитель - PhD, доцент Искандаров М.М.

Цель исследования. Изучить эффективность применения интрамедуллярного остеосинтеза при лечении переломов длинных трубчатых костей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 32 пациентов (18 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет, с переломами длинных трубчатых костей, которым выполнялся интрамедуллярный остеосинтез. Оценивались клинические результаты лечения, сроки консолидации переломов и наличие послеоперационных осложнений. В исследование включались пациенты с изолированными переломами длинных

трубчатых костей; исключались множественные травмы и тяжелые сопутствующие патологии. Рассматривались диафизарные и внутрисуставные переломы; диагностика включала рентгенографию и клинический осмотр для контроля положения костных отломков.

Результаты исследования. Анализ результатов лечения 32 пациентов с переломами длинных трубчатых костей, которым выполнялся интрамедуллярный остеосинтез, показал положительную динамику у большинства больных. Консолидация переломов наблюдалась у 28 пациентов (87,5%) в среднем через 12–16 недель. Положительный эффект наблюдался как при диафизарных, так и при внутрисуставных переломах. Восстановление функции конечности происходило в ранние сроки благодаря стабильной фиксации костных отломков. Послеоперационные осложнения выявлены у 4 пациентов (12,5%) и включали инфекционные осложнения и замедленную консолидацию перелома; случаи псевдоартроза не были зарегистрированы.

Вывод. Интрамедуллярный остеосинтез является эффективным методом лечения переломов длинных трубчатых костей, обеспечивая стабильную фиксацию и раннюю функциональную нагрузку. Частота осложнений невысока и в основном связана с индивидуальными особенностями пациентов, что подтверждает безопасность и клиническую целесообразность интрамедуллярного остеосинтеза. Такой подход может быть рекомендован в качестве предпочтительного при лечении большинства переломов длинных трубчатых костей, обеспечивая быстрый возврат к функциональной активности и минимизацию послеоперационных осложнений.

Назарова С.И., Аскарлова Н.А., Махмадалиев С.Ш.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Назаров И.Р

Цель исследования. Улучшить результаты лечения гонартроза (ГА) на ранних стадиях заболевания.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения на ранних стадиях заболевания у 70 больных, с достоверным диагнозом гонартроза, в возрасте 40 - 60 лет. Лиц женского пола было 41(58,5%) больная, мужского- 29(41,5%). При обследовании больных использовали анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического исследования, а также магнитно – резонансной томографии (МРТ). Также у 10 больных клинически и по результатам МРТ диагностировался синовит. Больные с ранними стадиями ГА были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 40 больных, которым с момента включения в исследование была назначена терапия Артра по 1таб. 2 раза в день в течение 2-3-х месяцев. Контрольную группу составили 30 больных, которым с момента включения в исследование был рекомендован приём 100мг диклофенака в сутки в сочетании с различными видами физиолечения. На момент включения в исследование основная и контрольная группы были сопоставимы по параметрам суставного синдрома. Дополнительно выполнялись исследования Са и Р крови.

Результаты исследования. При длительном приёме Артра оказал положительное влияние на симптомы гонартроза. В результате ежедневного приема препарата в течение 3-х месяцев была отмечена положительная динамика всех клинических показателей. Выраженность боли в покое и при ходьбе снизилась по сравнению с исходными значениями.

Выводы. Таким образом, длительная терапия Артра, назначенная на ранних стадиях ГА, оказала положительное влияние на симптомы заболевания, эффект терапии сохранялся во все сроки наблюдения и 30 (42,8 %) больных смогли полностью отказаться от приёма НПВП. На основании данных результатов исследования Артра можно рекомендовать для применения в клинической ортопедии.

Назиева М.В., Абдуллоева Ф.Р., Бобоназаров М.И.

ХАРАКТЕР ДЕФОРМАЦИЙ КОСТЕЙ ТАЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ТРАВМЕ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

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

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Научный руководитель – к.м.н. Мирзоева С.Р

Цель исследования. Изучение механизмов деформации при переломах костей таза у детей.

Материал и методы. Исследованы механизмы деформации при переломах костей таза у детей в возрасте от 1 до 13 лет. Характер разрушения надкостницы, компактного и губчатого вещества изучали с применением визуального, микроскопического, гистологического и рентгенологического методов. Анализ проводили на продольных и поперечных распилах костей.

Результаты исследования. Известно, что кость взрослого человека обладает большей прочностью при сжатии и меньшей – при растяжении. В костях таза у детей перелом чаще начинается со стороны растяжения либо формируется одновременно в зонах растяжения и сжатия. В ряде наблюдений первичное повреждение формируется в зоне сжатия, что связано с относительной прочностью компактной пластинки со стороны растяжения, укрепленной хрящевой тканью и связочным аппаратом. Высокая упругость костей и хрящей таза в детском возрасте обуславливает возможность восстановления первоначальной формы после воздействия даже значительной силы (упругий тип деформации). В экспертной практике выявлены все основные виды деформации, описанные в сопротивлении материалов: изгиб, сжатие, растяжение, кручение и сдвиг. Переломы при деформации сжатия чаще локализуются в дорзальных отделах I–II крестцовых позвонков и в области горизонтальных ветвей лобковых костей при боковой компрессии таза. Деформация растяжения проявляется отрывами краевых хрящей вследствие резкого сокращения мощных мышечных групп, в частности отрывами хрящей

передне-верхних остей подвздошных костей. При компрессии в передне-заднем направлении и ударах в область лобка наблюдается изгиб переднего полукольца таза с формированием повреждений хряща лобкового симфиза по типу разгибательного перелома, а также надломов и надрывов наружных концов горизонтальных ветвей лобковых костей по типу сгибательных повреждений. Кручение сопровождается расщеплением компактной пластинки и чаще выявляется в области наружных концов горизонтальных ветвей лобковых костей. Сдвиговая деформация характерна для области крыльев подвздошных костей после сгибательных переломов и проявляется смещением компактных слоёв относительно друг друга по зоне губчатого вещества.

Выводы. Изолированные («чистые») виды деформации встречаются редко. В большинстве случаев наблюдаются сложные механизмы повреждения, представляющие собой сочетание двух и более видов деформации либо их последовательный переход (кручение со сжатием, с растяжением, с изгибом, со сдвигом и др.). Таким образом, характер повреждений костей таза у детей имеет выраженные возрастные особенности и определяется типом деформации. Морфологический анализ изменений надкостницы, компактной пластинки и губчатого вещества по линии и поверхности излома позволяет установить вид деформации и, следовательно, механизм образования повреждений.

Назриева М.В., Нозилов С.К., Бобоназаров М.И.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Научный руководитель – ст. преподаватель Имомов Б.Д.

Цель исследования. Установить наиболее частые дефекты и ошибки медицинских работников при оказании медицинской помощи пациентам.

Материал и методы. Материалом исследования послужили 33 заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, выполненные в 2015-2025 гг. в Республиканском центре судебно-медицинской экспертизы. Проводился ретроспективный анализ экспертных материалов с использованием методов статистической обработки данных: группировки, сравнительного анализа и сопоставления полученных результатов с данными научной литературы.

Результаты исследования. Дефекты оказания медицинской помощи выявлены в 11,7% случаев от общего числа проанализированных заключений. Наиболее распространенными ошибками явились несвоевременное оказание медицинской помощи ($n=3$), неправильно выбранная тактика лечения ($n=2$), а также неполная диагностика повреждений внутренних органов во время оперативных вмешательств. Анализ структуры выявленных дефектов показал, что преобладают диагностические и тактические ошибки, обусловленные недостаточной оценкой клинической картины, неполным объемом инструментальных исследований и несоблюдением алгоритмов хирургической ревизии органов брюшной полости.

В качестве иллюстрации приведем клинический случай. Пострадавший Б., 18 лет, был госпитализирован с колото-резаным ранением брюшной полости. При экстренной диагностической лапароскопии установлено проникающее ранение с повреждением желудка, после чего выполнена лапаротомия и ушивание раны желудка. В послеоперационном периоде состояние пациента ухудшилось вследствие развития перитонита и сепсиса, что привело к летальному исходу. При судебно-медицинском исследовании трупа выявлены не диагностированные при жизни повреждения задней стенки желудка и поджелудочной железы, что свидетельствовало о неполной интраоперационной ревизии и ошибке хирургической тактики. Установлена причинно-следственная связь между дефектами диагностики и неблагоприятным исходом.

Полученные данные подтверждают, что при экспертной оценке профессиональных действий медицинских работников ключевое значение имеет анализ полноты диагностических мероприятий, своевременности оказания помощи, соответствия выбранной лечебной тактики клинической ситуации и действующим стандартам медицинской помощи.

Выводы. В структуре установленных дефектов оказания медицинской помощи преобладают диагностические ошибки и нарушения выбора хирургической тактики. Комплексный судебно-медицинский анализ клинической документации, объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий и морфологических данных позволяет объективно оценить качество медицинской помощи и определить наличие причинно-следственной связи между допущенными дефектами и наступившим исходом.

Назриева М.В., Бахриев И.И., Бобоназаров М.И.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УТОПЛЕНИЯ

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

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель – доктор (PhD) Назиров С.Н.

Цель исследования – провести комплексный судебно-медицинский анализ случаев утопления по материалам экспертной практики г. Душанбе и прилегающих районов с целью выявления их структуры, частоты различных типов утопления, а также установления роли возрастных, половых и токсикологических факторов (в частности алкогольной интоксикации) в механизме наступления смерти.

Материал и методы. Проанализированы 139 случаев утопления в водоёмах г. Душанбе и прилегающих районов (Варзоб, Кофарнихон, Элок, Лучоб, Харангон, Тагоб), исследованных в практике бюро судебно-медицинской экспертизы. Проводилась оценка морфологических признаков, типа утопления, пола и возраста погибших, а также содержания этилового спирта в крови.

Результаты исследования. Среди утопленных преобладали мужчины – 93 случая (66,9%), женщины составили 46 (33,1%). Наибольшая частота утоплений зарегистрирована в возрастной группе 30-40 лет (29,7%), далее – 20-30 лет (24,8%). Доля лиц старше 60 лет составила 6,4%. Алкоголь в крови выявлен в 37 случаях (26,6%). Преобладали мужчины трудоспособного возраста (20-60 лет) – 27 из 32 случаев в данной группе. Концентрация этанола варьировала от 0,4‰ до 4,3‰, среднее значение составило $1,54 \pm 0,16$ ‰, что соответствует средней степени алкогольного опьянения. Полученные данные позволяют рассматривать алкогольную интоксикацию как значимый фактор риска утопления. По типу утопления наиболее часто диагностирован истинный тип – 73 случая (52,5%), смешанный – 35 (25,2%), асфиксический – 31 (22,3%). Истинный тип преобладал среди мужчин, тогда как при смешанном типе отмечено относительно равномерное распределение по полу.

Выводы. В структуре исследованных случаев утопления преобладают мужчины трудоспособного возраста, что подчёркивает высокую социальную значимость данной проблемы; установлено, что алкогольная интоксикация является существенным фактором риска наступления смерти в воде; наиболее распространённым вариантом выступает истинный тип утопления; при этом повышение объективности и доказательности судебно-медицинской диагностики возможно лишь при комплексной оценке морфологических признаков, токсикологических показателей и обстоятельств обнаружения трупа.

Намозова З.С.

ЭКСТРЕННОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН: ФАКТОРЫ РИСКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мухамадиева С.М.

Цель исследования. Определить клинико-анамнестические факторы риска экстренного кесарева сечения (КС) у первородящих женщин и оценить особенности перинатальных исходов.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 350 историй родов первородящих женщин, родоразрешённых путём кесарева сечения в 2022–2024 гг. на базе стационара III уровня - ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии». Основную группу составили 245 пациенток I–II групп по шкале Робсона, которым выполнено экстренное КС. В контрольную группу вошли 105 первородящих женщин, родоразрешённых в плановом порядке. Статистическая обработка данных проводилась с использованием общепринятых методов вариационной статистики; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Женщины 18–24 лет встречались в основной группе в 2 раза чаще, чем в контрольной (53,8% и 26,6%), тогда как пациентки ≥ 35 лет преобладали в группе планового КС (31,4% и 12,6%) ($p < 0,05$). Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез чаще отмечался в контрольной группе (41,9% против 20,8%; $p < 0,05$). Экстренное КС ассоциировалось с более высокой частотой анемии (38,3% против 27,6%), заболеваний мочевыделительной системы (27,0% против 19,0%), умеренной и тяжёлой преэклампсии (10,6% и 11,0% против 6,6% и 5,7%), а также нарушений объёма околоплодных вод ($p < 0,05$). Дородовой разрыв плодных оболочек (18,3%) и частичная отслойка нормально расположенной плаценты (4,0%) наблюдались исключительно при экстренном КС. Недостаточное число дородовых визитов (1–4) чаще регистрировалось в основной группе (39,3% против 18,8%), тогда как рекомендованные 7–8 посещений — в контрольной (43,3% против 25,7%) ($p < 0,05$). В структуре показаний к экстренному КС преобладали обструктивные роды (19,5%), дистресс плода (16,3%) и неэффективность родостимуляции (7,3%); частичная отслойка нормально расположенной плаценты имела место в 6,1%. В контрольной группе основными показаниями к плановому КС являлись возрастной фактор (2,3%), возраст в сочетании с бесплодием (13,3%), миопия высокой степени (16,1%), симфизит (9,5%) и крупный плод (7,6%). Асфиксия новорождённых средней и тяжёлой степени (оценка по шкале Апгар 6- баллов) отмечалась преимущественно при экстренном КС (24,0% и 5,7% соответственно); тяжёлая асфиксия (1,6%) зарегистрирована только в основной группе. Длительная госпитализация (11–16 суток) чаще наблюдалась у родильниц основной группы (11,0% против 3,8%) ($p < 0,001$).

Выводы. Экстренное кесарево сечение у первородящих женщин ассоциируется с высокой частотой соматической и акушерской патологии, недостаточным антенатальным наблюдением и неблагоприятными перинатальными исходами. Использование шкалы Робсона позволяет объективизировать структуру оперативного родоразрешения, выделять группы высокого риска (I–II) и оптимизировать профилактические и организационные мероприятия, направленные на снижение частоты urgentных операций и улучшение перинатальных результатов.

Нарзиев Б.Х1., Музаффарзода Х.М1., Вазинов А.М2.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ВАРИКОЦЕЛЕ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор ¹Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Оценить клинико-диагностические особенности мужского бесплодия при варикоцеле.

Материал и методы. Проведено ретроспективные анализ история болезни 212 пациентов с клинически и

инструментально подтверждённым варикоцеле за период с 2021 по 2026 годы в отделение андрологии ГУ «Научно-клинический центр урологии» г. Душанбе. Признаки нарушения репродуктивной функции выявлены у 94 пациентов (44,3%). Среди них: 56 пациентов (26,4%) страдали первичным бесплодием, 38 пациентов (17,9%) — вторичным бесплодием. В исследование не включали мужчин, у которых имела место аспермия, азооспермия, а также наличие эндокринопатий, как сахарный диабет в стадии де- или субкомпенсации, выраженный тиреотоксикоз, гипотиреоз и с онкологическими заболеваниями.

По результатам спермологического исследования у пациентов с бесплодием выявлены различные нарушения сперматогенеза. Наиболее часто диагностировались: астенозооспермия — у 41 пациента (43,6%), олигозооспермия — у 35 пациентов (37,2%), комбинированные формы нарушений сперматогенеза — у 18 пациентов (19,2%).

Диагностический алгоритм включал клиническое обследование, ультразвуковое исследование органов мошонки с доплерографией, а также исследование спермограммы согласно стандартам ВОЗ.

Результаты исследования. Всем пациентам выполнена микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия, которая в настоящее время считается одним из наиболее эффективных методов хирургической коррекции варикоцеле. Продолжительность оперативного вмешательства составляла от 30 до 50 минут, в среднем 38 ± 6 минут.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в исследуемой группе не отмечено. Послеоперационный период у всех пациентов протекал благоприятно. В послеоперационном периоде пациентам проводилась консервативная терапия, направленная на коррекцию нарушений сперматогенеза, включающая антиоксидантные препараты, витаминные комплексы и средства, улучшающие микроциркуляцию и метаболические процессы в ткани яичка.

Комплексный лечебный подход, включающий хирургическое устранение варикозного рефлюкса и последующую медикаментозную коррекцию, способствовал созданию оптимальных условий для восстановления сперматогенеза и улучшения репродуктивного потенциала пациентов.

Микрохирургическая техника операции обеспечила минимальную травматичность вмешательства, низкий риск осложнений и высокую клиническую эффективность лечения.

Вывод. У пациентов с варикоцеле нарушения репродуктивной функции выявляются в 44,3% случаев. Наиболее частыми формами нарушения сперматогенеза являются астенозооспермия (43,6%) и олигозооспермия (37,2%). Микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия является высокоэффективным и безопасным методом хирургической коррекции варикоцеле.

Нарзиев Б.Х1., Музаффарзода Х.М1., Вазиров А.М2.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ВАРИКОЦЕЛЕ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урология». Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор ¹Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Оценить клинико-диагностические особенности мужского бесплодия при варикоцеле.

Материал и методы. Проведено ретроспективный анализ истории болезни 212 пациентов с клинически и инструментально подтверждённым варикоцеле за период с 2021 по 2026 годы в отделение андрологии ГУ «Научно-клинический центр урологии» г. Душанбе. Признаки нарушения репродуктивной функции выявлены у 94 пациентов (44,3%). Среди них: 56 пациентов (26,4%) страдали первичным бесплодием, 38 пациентов (17,9%) — вторичным бесплодием. В исследование не включали мужчин, у которых имела место аспермия, азооспермия, а также наличие эндокринопатий, как сахарный диабет в стадии де- или субкомпенсации, выраженный тиреотоксикоз, гипотиреоз и с онкологическими заболеваниями.

По результатам спермологического исследования у пациентов с бесплодием выявлены различные нарушения сперматогенеза. Наиболее часто диагностировались: астенозооспермия — у 41 пациента (43,6%), олигозооспермия — у 35 пациентов (37,2%), комбинированные формы нарушений сперматогенеза — у 18 пациентов (19,2%).

Диагностический алгоритм включал клиническое обследование, ультразвуковое исследование органов мошонки с доплерографией, а также исследование спермограммы согласно стандартам ВОЗ.

Результаты исследования. Всем пациентам выполнена микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия, которая в настоящее время считается одним из наиболее эффективных методов хирургической коррекции варикоцеле. Продолжительность оперативного вмешательства составляла от 30 до 50 минут, в среднем 38 ± 6 минут.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в исследуемой группе не отмечено. Послеоперационный период у всех пациентов протекал благоприятно. В послеоперационном периоде пациентам проводилась консервативная терапия, направленная на коррекцию нарушений сперматогенеза, включающая антиоксидантные препараты, витаминные комплексы и средства, улучшающие микроциркуляцию и метаболические процессы в ткани яичка.

Комплексный лечебный подход, включающий хирургическое устранение варикозного рефлюкса и последующую медикаментозную коррекцию, способствовал созданию оптимальных условий для восстановления сперматогенеза и улучшения репродуктивного потенциала пациентов.

Микрохирургическая техника операции обеспечила минимальную травматичность вмешательства, низкий риск осложнений и высокую клиническую эффективность лечения.

Вывод. У пациентов с варикоцеле нарушения репродуктивной функции выявляются в 44,3% случаев. Наиболее частыми формами нарушения сперматогенеза являются астенозооспермия (43,6%) и олигозооспермия (37,2%). Микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия является высокоэффективным и безопасным методом хирургической коррекции варикоцеле.

Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Хушвахтов У.М.

РОЛЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ У МУЖЧИН С ВАРИКОЦЕЛЕ.

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Государственное учреждение РНҚЦ урологии. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Оценить эффективность консервативной терапии в улучшении показателей сперматогенеза у мужчин с варикоцеле.

Материал и методы. В ретроспективной исследовании включены 132 амбулаторных карт пациентов с варикоцеле I–II степени и бесплодием за период с 2023 по 2026 годы в поликлиники ГУ «РНҚЦ урологии» г. Душанбе обследовано. Для установления возможных причин бесплодия всем мужчинам было проведено развёрнутое обследование с помощью новейших технологий с соблюдением основных стандартов диагностики. Алгоритм обследования включал следующие этапы.

Этап I: оценка мужской фертильности с исследованием качества эякулята в соответствии с требованиями ВОЗ; **Этап II:** все мужчины, страдающие бесплодием, проходили обследование на наличие инфекций, передающихся половым путём (ИППП), которое включало ДНК диагностику ИППП (гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, гарднереллез, кандидоз); **Этап III:** исследование гормонального профиля, которое включало определение уровня тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактина; **Этап IV:** исследование воспалительного заболевания органов мочеполовой системы.

Среди инфекционных агентов наиболее часто диагностировались следующие: уреаплазмоз – у 12 мужчин, герпес простого вируса – 10 обследованных, ЦМВ – у 9 мужчин, трихомониаз – у 3. Во всех случаях выявлялась микст инфекция. Гормональные нарушения выявлены у 7 мужчин, которым назначено соответствующее лечение совместно с эндокринологом. Отсутствие детей от 1 до 5 лет супружеских отношений. У 84 больных отмечалась астенозооспермия, а у остальных больных была выявлена олигоспермия. Гормональный фон у всех больных был в пределах нормы.

Результаты исследования. Показали, что варикоцеле одинаково часто встречается у пациентов из бесплодных пар при первичном и вторичном снижении репродуктивной функции. Снижение качества спермы определяется не степенью варикоцеле, а выраженностью оксидативного стресса и развивающимися на этом фоне функциональными нарушениями сперматозоидов: подвижности, акросомной реакции, фрагментации ДНК, аутоиммунными реакциями.

Консервативная терапия включала: антиоксиданты; витамины (цинк, селен, витамин Е); препараты, улучшающие микроциркуляцию яичек; метаболические и венозные средства.

Эффективность оценивалась через 3–6 месяцев, учитывались изменения в спермограмме и факт наступления беременности. У 78% пациентов наблюдалось улучшение концентрации сперматозоидов. У 72% — повышение подвижности сперматозоидов. Морфологические показатели улучшились у 65% пациентов. Беременность наступила у 41 пары (≈31%) в период 3–6 месяцев после начала терапии.

Выводы. Современные методы диагностики, включая доплерографию и спермограмму, позволяют своевременно выявить патологию. Консервативная терапия у мужчин с варикоцеле I–II степени способствует значительному улучшению показателей спермограммы и наступлению беременности в короткие сроки.

Нарзикулова К.И., Мухтарова М.Ф., Ибрагимова Л.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ANTI-VEGF ТЕРАПИИ ПРИ МИОПИЧЕСКОЙ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕЖИМА «TREAT-AND-EXTEND»

Кафедра офтальмологии Ташкентского государственного медицинского университета, Ташкент, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Нарзикулова К.И.

Цель исследования. Оценить эффективность anti-VEGF терапии при миопической хориоидальной неоваскуляризации с использованием режима «treat-and-extend».

Материал и методы. Исследование проводилось в офтальмологической клинике «VISART» (г. Ташкент). В исследование были включены 34 пациента (34 глаза) с диагностированной МХНВ. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет (средний возраст $38,7 \pm 9,4$ года). Пациенты были распределены на две группы: контрольная группа (17 глаз) получала интравитреальные инъекции anti-VEGF препарата бrolуцизумаба по фиксированной схеме из трех последовательных ежемесячных инъекций; основная группа (17 глаз) получала лечение по протоколу «treat-and-extend», при котором интервал между инъекциями постепенно увеличивался в зависимости от клинической картины и морфологических изменений сетчатки. Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, включавшее определение максимально скорректированной остроты зрения (МКОЗ), оптическую когерентную томографию (ОКТ), ОКТ-ангиографию, биомикроскопию, офтальмоскопию и тонометрию. Оценивались центральная толщина сетчатки (ЦТС), высота субретинальной жидкости и объем хориоидальной неоваскуляризации. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено достоверное улучшение функциональных

и морфологических показателей у пациентов обеих групп. Через 12 месяцев наблюдения в основной группе средняя МКОЗ увеличилась до $0,60 \pm 0,07$, тогда как в контрольной группе данный показатель составил $0,54 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Одновременно наблюдалось значительное уменьшение морфологических изменений сетчатки. Высота субретинальной жидкости в основной группе снизилась с $163,16 \pm 12,09$ мкм до $87,43 \pm 16,43$ мкм, тогда как в контрольной группе она составила $112,11 \pm 12,23$ мкм. Объем хориоидальной неоваскуляризации в основной группе уменьшился с $2,7 \pm 0,1$ мм³ до $1,3 \pm 0,06$ мм³. Полученные данные свидетельствуют о более выраженной регрессии неоваскулярной активности при применении режима «treat-and-extend».

Вывод. Анти-VEGF терапия является высокоэффективным методом лечения миопической хориоидальной неоваскуляризации. Применение режима «treat-and-extend» обеспечивает устойчивое улучшение зрительных функций и морфологических параметров сетчатки, а также позволяет снизить частоту интравитреальных инъекций. Данный подход может рассматриваться как перспективная стратегия индивидуализированного лечения пациентов с МХНВ.

Насимзода М.Д., Саломова М.М., Холикова Н.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГАЛЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Давронзода М.Д.

Цель исследования. Оценить эффективность применения настоя препаратов ромашки и зверобоя продырявленного в комплексной терапии хронического синусита.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 пациентов с хроническим синуситом в стадии обострения, проходивших амбулаторное лечение. Пациенты были разделены на две сопоставимые группы. I группа ($n=25$) получала стандартную терапию, включающую ирригационную терапию полости носа изотоническими растворами, интраназальные глюкокортикостероиды и симптоматическое лечение. II группа ($n=25$), наряду со стандартной терапией, получала галеновые препараты лекарственных растений - водные настои ромашки и зверобоя продырявленного. Настои применялись в виде промывания полости носа 2 раза в сутки в течение 14 дней. Эффективность лечения оценивалась по динамике основных клинических симптомов (заложенность носа, ринорея, головная и лицевая боль), данным эндоскопического исследования полости носа, а также по визуально-аналоговой шкале выраженности симптомов.

Результаты исследования. У пациентов II группы отмечалось более быстрое уменьшение воспалительных проявлений по сравнению с группой стандартной терапии. Снижение заложенности носа наблюдалось на $4,6 \pm 0,5$ сутки лечения, тогда как в I группе - на $7,2 \pm 0,7$ сутки. Интенсивность слизистых выделений уменьшилась на 70% у пациентов, получавших галеновые препараты, против 45% в контрольной группе. Эндоскопическое исследование показало выраженное уменьшение гиперемии и отека слизистой оболочки среднего носового хода, а также улучшение дренажной функции околоносовых пазух. Применение настоев ромашки и зверобоя способствовало снижению необходимости назначения системной антибактериальной терапии на 24%. Побочные реакции в ходе наблюдения не зарегистрированы.

Вывод. Включение галеновых препаратов ромашки и зверобоя продырявленного в комплексное лечение хронического синусита повышает эффективность терапии за счёт противовоспалительного, антисептического и репаративного действия. Использование фитотерапии способствует ускорению регресса клинической симптоматики, восстановлению мукоцилиарного клиренса и снижению медикаментозной нагрузки, что позволяет рассматривать данный метод как перспективное направление оптимизации лечения хронического синусита.

Насриддинзода Б., Мухиддинов З.В., Шаропова М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЭМФИЗЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Кафедры урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан, Душанбе. Международная Клиника Ибни Сино.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность установки двух DJ-стентов в один мочеточник у пациентов с эмфизематозным пиелонефритом.

Материал и методы: в урологическом отделении международной клиники «Ибни Сино» (г. Душанбе) обследованы и пролечены 18 пациентов с подтвержденным диагнозом эмфизематозного пиелонефрита. Диагноз устанавливался в амбулаторных условиях и подтверждался при госпитализации на основании клинической картины, лабораторных данных и результатов компьютерной томографии.

Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по клинико-функциональным данным: Основная группа (10 пациентов): после уретероскопии выполняли дренирование мочеточника двумя DJ-стентами с целью усиления оттока мочи и гнойного содержимого из почки. Контрольная группа (8 пациентов): после уретероскопии устанавливали один DJ-стент с целью дренирования инфицированной мочи и гнойного содержимого из почки.

Всем пациентам дополнительно проводилась консервативная терапия (при наличии сахарного диабета, коррекция гликемии).

Результаты исследования: у пациентов основной группы в течение первых недель наблюдения положительный клинический эффект был достигнут у 9 из 10 пациентов (90%). При этом, у больных контрольной группы у 4 из 8 пациентов (50%) в течение первых недель наблюдения возникла необходимость в дополнитель-

ных вмешательствах: у 3 пациентов выполнено наложение нефростомы и у 1 пациента выполнена люмботомия с дренированием забрюшинного пространства.

После выполнения двойного стентирования в основной группе отмечались: улучшение общего состояния и снижение температуры тела в течение 24–48 часов, уменьшение выраженности болевого синдрома и проявлений интоксикации, а также положительная динамика лабораторных показателей (снижение лейкоцитоза, уменьшение уровня С-реактивного белка, стабилизация показателей функции почек).

В то же время у большинства пациентов контрольной группы указанные клинические и лабораторные показатели начали нормализоваться преимущественно после выполнения дополнительных дренирующих вмешательств.

Среди пациентов контрольной группы одному пациенту с сахарным диабетом вследствие отсутствия функции почки и рецидива инфекционно-гнояного воспаления через три месяца после лечения была выполнена нефрэктомия.

Выводы. Таким образом, проведённое исследование показало, что установка двух DJ-стентов в один мочеточник является эффективным методом усиленной декомпрессии верхних мочевых путей при эмфизематозном пиелонефрите. Метод демонстрирует высокий процент клинической эффективности (у 9 из 10 пациентов, 90%) и способствует снижению необходимости дополнительных вмешательств и радикальных операций.

Насридинов Х.Н1., Рахмонов Б.А., 1,2., Коситов Д.Д1.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ УДАЛЕНИИ ГИГАНТСКОЙ МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

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

2. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахмонзода Х.Дж.

Цель исследования. Представить редкий случай хирургической удалении гигантской менингиомы передней черепной ямки в условиях нейрохирургического отделения Республики Таджикистана.

Материал и методы. Пациент М., 41 лет поступила в нейрохирургическое отделение №1 ГУ НМЦ Республики Таджикистана «Шифобахш» с жалобами на наличие выраженной диффузной головной боли, снижение зрения, снижение памяти, полное потеря обоняния, общая слабость. Проведена КТ и МРТ исследование, осмотр офтальмолога. Был поставлен диагноз Гигантская менингиома передней черепной ямки с фактом сдавления на лобных долей головного мозга в стадии декомпенсации. Пациенту было выполнено хирургическое вмешательство – «keyhole» бифронтальное краниотомия с субфронтальным доступом гигантской менингиомы передней черепной ямки. Течение послеоперационного периода было гладким, без развития осложнений. Было выписано с улучшением состояния.

Результаты исследования. Менингиома передней черепной ямки является одной из распространенных доброкачественных образований передней черепной ямки. В данном клиническом случае представлена гигантская менингиома передней черепной ямки с размерами 8,3х6,5х7,2см с фактом сдавления на лобных долей с двух сторон у пациента, которая была успешно удалено бифронтальным краниотомии с субфронтальным доступом. В описанном наблюдении гигантская менингиома передней черепной ямки было удалено тотально и без неврологического дефицита.

Выводы. В описанном наблюдении используя «keyhole» доступ, удалось выполнить тотальное удаление опухоли основания передней черепной ямки без нарастания неврологических нарушений.

Насруллоев А.Ф., Курбонов А.У., Абдурахмонов У.Дж.

КТ- И МРТ-КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра рентгенологии и радиологии

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайфиддинзода М.Б.

Цель исследования. Определить наиболее информативные КТ- и МРТ-признаки, позволяющие дифференцировать аденокарциному поджелудочной железы и хронический панкреатит.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ данных пациентов с морфологически подтверждённой аденокарциномой поджелудочной железы и больных с хроническим панкреатитом. Всем выполнены мультифазная контрастная КТ и МРТ (включая T1-, T2-взвешенные изображения, DWI с построением ADC-карт). Оценивались следующие параметры: характер контуров образования, тип контрастного усиления, наличие симптома «двойного протока», степень атрофии дистальных отделов железы и вовлечение сосудистых структур. Статистическая обработка включала сравнительный и корреляционный анализ.

Результаты исследования. Для аденокарциномы были характерны: гиповаскулярный тип усиления в артериальную фазу, нечеткие инфильтративные контуры, выраженная дилатация панкреатического и общего желчного протоков, сосудистая инвазия, снижение показателей ADC. При хроническом панкреатите чаще отмечались кальцинаты, неравномерное расширение протока с сохранением его просвета через зону поражения («duct-penetrating sign»), менее выраженное снижение ADC и отсутствие достоверных признаков сосудистой инвазии. Комбинация перфузионных характеристик и диффузионных показателей достоверно повышала точность дифференциальной диагностики ($p < 0,05$).

Выводы. Комплексная оценка мультифазной КТ и МРТ с анализом диффузионных параметров позволяет повысить точность дифференциации аденокарциномы поджелудочной железы и хронического панкреатита.

Использование количественных критериев способствует снижению диагностических ошибок и оптимизации лечебной тактики.

Негматов С.З., Парпиев Ф.М.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель – заведующий кафедрой д.м.н., доцент Юнусов И.А.

Цель исследования. Персонализировать объективизацию уровня ампутации нижних конечностей и пути профилактики связанных с ней ранних послеоперационных осложнений направленных на улучшение результатов проведенных операций и повышения частоты выживаемости пациентов.

Материал и методы. Проанализированы результаты ампутаций на уровне голени у 32 больных с тяжёлыми травмами нижних конечностей, пролеченных в отделении травматологии и сочетанных травм ГУ НМЦРТ «Шифобахш» с 2020 по 2026 г. Из них 24 (75%) было мужчин и 8 (25%) женщин. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет.

В основу работы положен анализ современных научных публикаций по травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Рассматривались данные клинических исследований, посвященных выбору уровня ампутации, оценке жизнеспособности тканей и профилактике послеоперационных осложнений.

Также анализировались методы инструментальной диагностики, позволяющие оценить кровоснабжение тканей, включая ультразвуковую доплерографию, ангиографию и методы экспресс-цитологии мышечной ткани для объективизации уровня ампутации нижней конечности и оценка степени её эффективности в предупреждении специфических осложнений. Эти методы позволяют более точно определить границу жизнеспособных тканей и выбрать оптимальный уровень оперативного вмешательства.

Персонализированный подход основан на комплексной оценке состояния пациента и характера повреждения. К основным факторам, влияющим на выбор уровня ампутации, относятся: степень повреждения мягких тканей и костей; состояние магистральных сосудов и микроциркуляции; наличие инфекционного процесса; общее состояние пациента и наличие сопутствующих заболеваний; перспективы последующего протезирования. Современные методы диагностики позволяют объективно оценить жизнеспособность тканей и снизить риск необоснованно высокой или низкой ампутации. Важную роль играет мультидисциплинарный подход, при котором в лечении участвуют травматологи, сосудистые хирурги, реабилитологи и специалисты по протезированию.

Результаты исследования. Современные исследования показывают, что применение персонализированного подхода позволяет значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и улучшить функциональные результаты лечения. Использование инструментальных методов оценки кровоснабжения тканей помогает более точно определить границу ампутации и уменьшить риск некроза культи.

Кроме того, важным элементом лечения является ранняя реабилитация пациентов. Уже в раннем послеоперационном периоде необходимо начинать мероприятия, направленные на подготовку культи к протезированию, профилактику контрактур и восстановление двигательной активности.

Выводы. Персонализированный подход при выборе уровня ампутации нижней конечности является важным направлением современной травматологии. Комплексная оценка состояния тканей, использование современных методов диагностики и соблюдение принципов хирургической техники позволяют снизить риск ранних раневых осложнений и улучшить функциональные результаты лечения. Дальнейшие исследования в данной области должны быть направлены на совершенствование методов оценки жизнеспособности тканей и разработку новых технологий формирования функционально полноценной культи.

Негматов С.З., Хакимов Х.Дж., Нодирзода Р.,

РОЛЬ РАННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель – ассистент кафедры Парпиев Ф.М.

Цель исследования. Изучить эффективность раннего остеосинтеза переломов костей конечностей в профилактике тромбоэмболических осложнений при сочетанной травме.

Материал и методы. Работа основана на комплексном анализе данных о 188 пострадавших сочетанной травмой в возрасте от 16 до 77 лет, в том числе 120 (63,8%) лиц мужского и 68 (36,2%) женского пола. В зависимости от предлагаемой лечебной тактики больные распределились на основную (46,5%) и контрольную (59,5%) группы. В основной группе, основываясь на результаты балльной оценки тяжести состояния больных по системе «ВПХ – СП» по Гуманенко и по многомерной шкале оценки тяжести травматического шока (Г.И. Назаренко, 1997), остеосинтез выполняли в ранние, а в контрольной – в отсроченные сроки. Всем больным, кроме общепринятых клинико лабораторных тестов, прибегали к исследованию коагулограммы, МНО, АЧТВ, экспресс методу и инфракрасной спектроскопии с целью диагностики жировой глобулемии, а также при необходимости и другие дополнительные исследования.

Результаты исследования. В основной группе остеосинтез выполнен на 214 сегментах опорно-двигательного аппарата. В этой группе, в зависимости от тяжести состояния больных и тяжести повреждений,

интрамедуллярный стабильно функциональный остеосинтез выполнялся в 46 (21,4%), экстремедуллярный остеосинтез 76 (35,5%) случаях, компрессионно – дистракционный остеосинтез – в 27 (12,6%), остеосинтез стержневыми аппаратами – в 21 (9,9%), минимальный остеосинтез (спицами, винтами, шурупами) – в 13 (6,1%) случаях. С учетом характера повреждений при лечении 29 (14,5%) переломов в этой группе применялись консервативные методы лечения. В контрольной группе у 156 больных выявлены 322 переломов опорно-двигательного аппарата. В этой группе консервативное лечение переломов выполнен у 36,8% больных. У остальных 63,2% больных выполнены различные варианты остеосинтеза. В обеих группах учитывая возраст пострадавших, показатели коагулограммы, тяжесть повреждений и характер доминирующего лечения, особенности лечебной тактики (постельный режим), сопутствующих заболеваний и осложнений, а также другие особенности течения острого периода политравмы, прибегали к применению антикоагулянтной терапии. Особое значение придавалось нормализации крово- и лимфообращения в поврежденных сегментах. С этой целью при стабильном остеосинтезе исключалось применение иммобилизации поврежденных сегментов гипсовыми повязками. В комплексном лечении применялись также методы физиотерапии, причем интенсивность и сроки последнего зависели от тяжести состояния больных и повреждений. Другими словами, в обеих группах применялись приблизительно одинаковые схемы профилактики тромбоэмболических осложнений и тромбоза. При изучении результатов лечения в целом развития тромбоза установлено у 79 (21%) пострадавших, в основной группе у 21 (12%) и в контрольной – у 58 (28,9%) пациентов. Результаты исследования также установлено важное значение раннего и стабильного остеосинтеза в профилактике тромбоэмболии легочной артерии. Выполнение раннего остеосинтеза считается обоснованным в плане профилактики почти всех осложнений острого периода сочетанной травмы.

Выводы. Таким образом, ранний остеосинтез, повреждений позитивно влияет на течение репаративных процессов в зоне перелома, а также является эффективным путем снижения удельного веса тромбоэмболических осложнений в остром периоде сочетанной травмы.

Негматов С.З., Албдулхайров А.Н., Пулодов Д.Б.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
Научный руководитель – ассистент кафедры Парпиев Ф.М.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения сочетанной травмы с доминирующим повреждением конечностей путем выбора оптимальных сроков и методов остеосинтеза.

Материал и методы. Работа основана на анализе данных о 250 больных с сочетанной травмой с доминирующим повреждением конечностей, пролеченных на базе кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии на базе отделения экстренной хирургии и сочетанной травмы в 2022-2026 годы. В зависимости от тактики лечения больные распределялись на основную (пролеченные оптимизированной тактикой) и контрольную (пролеченные традиционными подходами) группы. Критериями включения больных в настоящее исследование являлись: сочетанная травма по тяжести по шкале Назаренко более 12 баллов, возраст от 18 до 59 лет, наличие доминирующей травмы конечностей и наличие показаний к остеосинтезу переломов длинных костей. У 250 больных с сочетанной травмой с доминирующим повреждением конечностей диагностированы 522 перелома длинных костей, что в среднем составляет 2,1 перелома на одного больного. Локализация переломов: бедро – 127 (23,9%), голень – 258 (48,5%), плечо – 84 (15,8%) и предплечье – 63 – 11,8%). С помощью многомерной шкалы Назаренко травматический шок II степени установлен у 142 (56,1%) больных, III степени – у 111 (43,9%). В основной группе тяжесть повреждений составила $28,5 \pm 2,3$ балла, в контрольной $28,1 \pm 2,4$ балла ($P > 0,05$).

Результаты исследования. В обеих группах в зависимости от характера повреждений реализовалась тактика первоочередного хирургического лечения повреждений жизненно важных органов. В контрольной группе была предпринята традиционная тактика, заключающаяся в выполнении остеосинтеза по стабилизации состояния больных и показателей гемодинамики. В основной группе реализована оптимизированная тактика лечения переломов. В ходе выполнения работы в основной группе проведена также оптимизация различных методов остеосинтеза с учетом тяжести повреждений и состояния больных и других особенностей течения сочетанной травмы. Оптимизация заключалась в дифференцированном применении различных методов остеосинтеза в максимально ранние сроки, а также в применении современных технологий лечения переломов. Необходимо также отметить, что эти методы остеосинтеза в основной группе были применены в более ранние сроки по сравнению с контрольной группой. Оптимизация тактики лечения переломов проводилась с учетом взаимозависимости сроков и методов остеосинтеза. В ближайшем периоде частота глубоких нагноений раны в группах сравнения статистически значимо не отличались (в основной группе – 3,2%, в контрольной – 3,9%, $P > 0,05$). Выполнение более ранних методов остеосинтеза по оптимизированным показаниям также способствовало статистически значимому уменьшению удельного веса летальных исходов по сравнению с контрольной группой (соответственно 5,6% и 11,1%, P

Выводы. Таким образом, более раннее купирование болевого синдрома способствовало максимальной минимизации проявлений синдрома “взаимного отягощения”, что создавало более благоприятные предпосылки для регресса проявлений других компонентов сочетанной травмы. Достигнутые в основной группе снижение летальных исходов и улучшение отдаленных результатов объясняется применением объективизированных критериев оценки тяжести повреждений и состояния больных, адекватным анестезиологическим обеспечением, своевременным и адекватным лечением шока, профилактикой и лечением осложнений, а также синхронизацией сроков остеосинтеза с темпами регенераторных процессов в зоне перелома.

Негматова Б.М., Охунова Ш.М., Салиева С.Р.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова Н.А.

Цель исследования. Провести анализ клинико-эпидемиологических особенностей герпетического кератита у детей.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 1309 историй болезни пациентов в возрасте от 0 до 14 лет, госпитализированных в детское глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период с января 2024 г. по январь 2026 г. Из общего числа поступивших у 75 детей диагностирован герпетический кератит, что составило 5,7%; из них девочки - 46 человек (61,3%) и мальчики - 29 человек (38,6%). Диагноз устанавливался на основании данных клинического обследования, включающего биомикроскопию переднего отрезка глаза, выявление характерных эпителиальных дефектов роговицы, стромального инфильтрата и признаков неоваскуляризации, а также оценки чувствительности роговицы. Дополнительно использовались лабораторные методы диагностики, в том числе серологическое исследование крови на вирус простого герписа типов HSV-1 и HSV-2 методом ИФА.

Дети были распределены по возрастным группам, полу, региону проживания и клиническим формам заболевания. Оценивались наличие осложнений, характер поражения (односторонний или двухсторонний процесс) и глубина поражения роговицы.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что наибольшее число случаев герпетического кератита зарегистрировано среди детей, проживающих в Хатлонской области - 31 человек (41,3%), далее следовали пациенты из РРП - 29 человек (38,7%), города Душанбе - 13 человек (17,3%), ГБАО и Сугд - по одному человеку (по 1,3%). Анализ возрастной структуры показал, что наиболее часто заболевание диагностировалось у детей старшей возрастной группы 8-14 лет - 30 пациентов (40,0%), второе место занимала возрастная группа детей от 0-3 лет - 26 пациентов (34,7%) и третье место занимала возрастная группа 4-7 лет - 19 пациентов (25,3%). Среди 75 детей с герпетическим кератитом девочки составили 61,3% (46 пациентов), мальчики составили 38,7% (29 пациентов).

Клинический анализ показал, что в большинстве случаев заболевание протекало с односторонним поражением глаз у 65 пациентов (86,7%), тогда как двусторонний процесс наблюдался у 10 детей (13,3%). При оценке клинических форм заболевания установлено, что поверхностные формы герпетического кератита преобладали и были выявлены у 64 пациентов (85,3%), что свидетельствует о более благоприятном течении заболевания и хорошем ответе на противовирусную терапию. Глубокие формы поражения диагностированы у 11 детей (14,7%), что требует более длительного и комплексного лечения и может сопровождаться развитием осложнений.

Выводы. Результаты проведённого исследования показали, что герпетический кератит у детей характеризуется определёнными клинико-эпидемиологическими особенностями, включая региональные различия распространённости и преобладание заболевания среди детей старшего возраста. Наиболее частая патология выявляется у детей 8-14 лет (40,0%), преимущественно у девочек (61,3%). Наибольшее число случаев герпетического кератита зарегистрировано среди детей, проживающих в Хатлонской области, 41,3%. В большинстве случаев наблюдается одностороннее поражение глаза (86,7%) и поверхностные формы заболевания (85,3%). Ранняя диагностика, своевременное проведение противовирусной терапии и динамическое наблюдение за пациентами позволяют снизить риск осложнений и предупредить развитие рецидивирующего течения заболевания.

Негматулова Н.Р., Сайдалиева М.И., Мирзоева Т.Ф.

БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА

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

Научный руководитель: к.м.н. Мирзоева М.Б.

Цель исследования. Определить овариальный резерв у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) в зависимости от фенотипа.

Материал и методы. Исследование проводилось женщинам репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников. В исследование включены 60 женщин репродуктивного возраста. Первую группу составили 30 женщин репродуктивного возраста с СПКЯ (исследуемая группа), во вторую группу вошли 30 женщин репродуктивного возраста без СПКЯ (контрольная группа). Критерии включения в I группу: женщины репродуктивного возраста с установленным диагнозом СПКЯ. Критерии исключения из I группы: женщины моложе 18 лет и старше 47 лет.

Результаты исследования. Наиболее часто встречаемый фенотип у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ – основной (классический), который встречался у 16 (53,3%) женщин. Другие фенотипы диагностировались гораздо реже. Пациентки с основным фенотипом находились в возрасте от 20 до 33 лет (средний возраст $26,7 \pm 3,9$ лет). По результатам исследования, уровень антимюллерова гормона (АМГ) составил $7,2 \pm 0,7$ нг/мл, что соответствовало высокому уровню. Объем каждого яичника находился в пределах от 8,1 до 16,2 см³, и был больше, чем у женщин без СПКЯ ($7,3 \pm 1,5$ см³). Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $12,1 \pm 1,3$ (от 10 до 14), что было также больше, чем у женщин без СПКЯ ($6,0 \pm 1,8$ см³).

Пациентки с овуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 32 лет (средний возраст $24,4 \pm 5,0$ года). Уровень АМГ составил $5,7 \pm 1,4$ нг/мл, что соответствовало нормальному уровню. Объем каждого яич-

ника находился в пределах от 10,8 до 13,6 см³ и был больше, чем у женщин без СПКЯ. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $12,0 \pm 2,8$ (от 10 до 14), что было также больше, чем у женщин без СПКЯ. Пациентки с неан드로генным фенотипом находились в возрасте от 20 до 30 лет. Уровень АМГ составил $6,3 \pm 0,8$ нг/мл, что соответствовало нормальному уровню. Объем каждого яичника находился в пределах от 11,3 до 16,0 см³ и был больше, чем у женщин без СПКЯ. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $8,8 \pm 1,0$ (от 11 до 12), что было также больше, чем у женщин без СПКЯ. Пациентки с ановуляторным фенотипом находились в возрасте 22 - 31 год. Уровень АМГ составил $7,0 \pm 0,6$ нг/мл, что соответствовало высокому уровню. Объем каждого яичника находился в пределах от 7,4 до 9,1 см³, что соответствовало норме. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $8,5 \pm 1,2$ (от 8 до 10) и статистически не отличалось от группы контроля.

Выводы. Таким образом, изучение показателей овариального резерва у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ является перспективным направлением, что позволит более точно определить репродуктивный потенциал каждой конкретной женщины и повлиять на выбор тактики лечения. Полученные результаты демонстрируют необходимость включения определения АМГ у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ в качестве дополнительного диагностического критерия для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

Низамитдинова Ш.Дж., Азамов Ж.А., Норматов А.У.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра общей хирургии Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд.
Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Шербеков У.А.

Цель исследования. Желчнокаменная болезнь занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний. Лечение желчнокаменной болезни и ее осложненных форм на сегодняшний день остается одним из наиболее актуальных и изученных направлений абдоминальной хирургии в связи с продолжающимся увеличением частоты этих осложнений. Желчнокаменная болезнь занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 138 больных острым холециститом. Возраст больных колебался от 18 до 89 лет, преобладали женщины - 84,8%. Предоперационный диагноз острого холецистита основывался на клинической оценке, лабораторных данных и ультразвуковых признаках острого холецистита.

Результаты исследования. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 25 (65,8%) больных 1-й группы с легким течением (Grade I) и у 13 (17,3%) больных со среднетяжелым течением (Grade II). Во всех случаях желчный пузырь был увеличен, напряжен, часто спаен с большим сальником или окружающими органами. Пункция желчного пузыря с эвакуацией от 30 до 50 мл желчи потребовалась в 31,6% случаев. Интраоперационно признаки острого обструктивного холецистита выявлены у 47,4% больных, флегмоны желчного пузыря с признаками его деструкции - у 21% больных. У 36 больных выполнена традиционная холецистэктомия и у 2 — лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневному.

Нередко воспалительный процесс протекает молниеносно, с образованием гангрены и перфорации желчного пузыря, что увеличивает летальность. Основной причиной возникновения некробиотических процессов в стенке желчного пузыря является повышение внутрипузырного давления. Высокая летальность больных пожилого и старческого возраста во многом зависит от прогрессивно возрастающей частоты осложненных форм острого холецистита, в частности обструктивного. Деструктивные формы холецистита у пожилых людей встречаются в 9 раз чаще, чем в более молодых возрастных группах. В связи с этим снижение послеоперационной летальности при холецистите во многом зависит от своевременности диагностических мероприятий и их правильной интерпретации как на доклиническом, так и клиническом этапах, правильно подобранного лечения.

В настоящее время известны три способа удаления желчного пузыря: лапароскопическая холецистэктомия; трансректальная холецистэктомия из «мини-доступа» в правом подреберье; традиционная холецистэктомия из срединного доступа

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия представляется надежным, безопасным и экономически эффективным методом лечения острого холецистита. Мы считаем, что при осторожном подходе к острому холециститу лапароскопическая холецистэктомия обеспечит наилучшее лечение этого состояния.

Низамитдинова Ш.Дж., Азамов Ж.А., Норматов А.У.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра общей хирургии. Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Шербеков У.А.

Цель исследования. Желчнокаменная болезнь занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний. Лечение желчнокаменной болезни и ее осложненных форм на сегодняшний день остается одним из наиболее актуальных и изученных направлений абдоминальной хирургии в связи с продолжающимся увеличением частоты этих осложнений. Желчнокаменная болезнь занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 138 больных острым холе-

циститом. Возраст больных колебался от 18 до 89 лет, преобладали женщины - 84,8%. Предоперационный диагноз острого холецистита основывался на клинической оценке, лабораторных данных и ультразвуковых признаках острого холецистита.

Результаты исследования. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 25 (65,8%) больных 1-й группы с легким течением (Grade I) и у 13 (17,3%) больных со среднетяжелым течением (Grade II). Во всех случаях желчный пузырь был увеличен, напряжен, часто спаен с большим сальником или окружающими органами. Пункция желчного пузыря с эвакуацией от 30 до 50 мл желчи потребовалась в 31,6% случаев. Интраоперационно признаки острого обструктивного холецистита выявлены у 47,4% больных, флегмоны желчного пузыря с признаками его деструкции - у 21% больных. У 36 больных выполнена традиционная холецистэктомия и у 2 — лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому.

Нередко воспалительный процесс протекает молниеносно, с образованием гангрены и перфорации желчного пузыря, что увеличивает летальность. Основной причиной возникновения некробиотических процессов в стенке желчного пузыря является повышение внутрипузырного давления. Высокая летальность больных пожилого и старческого возраста во многом зависит от прогрессивно возрастающей частоты осложненных форм острого холецистита, в частности обструктивного. Деструктивные формы холецистита у пожилых людей встречаются в 9 раз чаще, чем в более молодых возрастных группах. В связи с этим снижение послеоперационной летальности при холецистите во многом зависит от своевременности диагностических мероприятий и их правильной интерпретации как на доклиническом, так и клиническом этапах, правильно подобранного лечения.

В настоящее время известны три способа удаления желчного пузыря: лапароскопическая холецистэктомия; трансректальная холецистэктомия из «мини-доступа» в правом подреберье; традиционная холецистэктомия из срединного доступа

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия представляется надежным, безопасным и экономически эффективным методом лечения острого холецистита. Мы считаем, что при осторожном подходе к острому холециститу лапароскопическая холецистэктомия обеспечит наилучшее лечение этого состояния.

Никишина В.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРУДНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТА С ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМОЙ ГОРТАНИ

ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Научный руководитель: врач анестезиолог-реаниматолог Рудков И.А., д.м.н., профессор Глуценко В.А.

Цель исследования. Демонстрация индивидуального подхода к разработке алгоритмов действий при прогнозируемых трудных дыхательных путях, в основу которых положены методические рекомендации «Трудные дыхательные пути у взрослых в стационаре» (2025 г.), на примере пациента с быстро прогрессирующей плоскоклеточной карциномой гортани.

Материал и методы. Пациент, 58 лет, поступил в стационар для проведения хирургического лечения в объеме: «расширенная ларингоэктомия с пластическим формированием трахеостомы». При предоперационном осмотре пациент предъявлял жалобы на боль при глотании. По данным МРТ с внутривенным контрастированием опухоль гортани имела большое распространение (40×36×22 мм) и сопровождалась контактной деструкцией хрящей гортани. По результатам бронхоскопии за один месяц до оперативного лечения – в области левой истинной голосовой связки (ИГС) с переходом на левый желудочек, вестибулярную поверхность левого черпаловидного хряща, правую ИГС с переходом на подскладочный отдел определялась экзофитная опухоль с изъязвлением, просвет в области голосовой щели сужен, проходим для бронхоскопа. Оценка по шкале LEMON – 4 балла (риск трудной интубации). Для решения возникшей проблемы прогнозируемых трудных дыхательных путей, основываясь на методических рекомендациях по трудным дыхательным путям от 2025 г., были выбраны и индивидуализированы два алгоритма действий. Для того, чтобы решить, по какому алгоритму действовать, было решено выполнить бронхоскопию на этапе подготовки к интубации. Это позволило оценить проходимость гортани, темп роста и распространения опухолевого процесса без значимых изменений клинической картины за период подготовки к оперативному лечению. Разработанный план «А» предполагал оротрахеальную интубацию в сознании при помощи гибкого фиброскопа в том случае, если просвет гортани будет проходим для данного фиброскопа. В основу плана «Б» было положено выполнение трахеостомии в сознании под местной анестезией. План «Б» строился на предположении, согласно которому просвет гортани может быть непроходим для бронхоскопа, несмотря на отсутствие значимых изменений в клинической картине, или в процессе интубации в сознании попытка может оказаться безуспешной в сочетании с высоким риском травматизации опухоли и развитием кровотечения.

Результаты исследования. В процессе выполнения бронхоскопии в операционной попытка интубации в сознании оказалась безуспешной. Выраженный стеноз гортани и высокий риск травматизации опухоли во время бронхоскопии – основные причины, по которым не удалось реализовать план «А». В связи с этим было принято решение перейти к реализации плана «Б»: выполнить нижнюю трахеостомию в сознании под местным обезболиванием. После успешного выполнения трахеостомии оперативное вмешательство было выполнено в полном объеме.

Выводы. Несмотря на широкий спектр алгоритмов действий при прогнозируемых и непрогнозируемых трудных дыхательных путях, предложенных в регулярно обновляющихся методических рекомендациях, проблема индивидуализации тактики, учитывающей изменчивость и разнообразие клинической симптоматики, остаётся актуальной.

Никонова Л.Г.1, Большухин Г.В.2, Бочин В.В.1

МОРФОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СИНДРОМЕ БЛАНДА-УАЙТА-ГАРЛАНДА

¹Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО «ПИМУ». Нижний Новгород, Россия

²ГБУЗ, НО "НИИ СККБ им. академика Б.А. Королёва". Нижний Новгород, Россия
Научный руководитель - профессор, д.м.н. Никонова Лариса Геннадьевна

Цель исследования. Изучить морфогенез аномалий развития венечных сосудов при синдроме Бланда-Уайта-Гарланда (СБУГ)

Материал и методы. Для выявления особенностей строения венечных артерий при СБУГ были изучены результаты коронарографии и КТ-ангиографии 20 пациентов с эктопией ЛКА в возрасте от 12 до 38 лет. Среди пациентов 11 мужчин (55%) и 9 женщин (45%) НИИ СККБ им. академика Б.А. Королева г. Нижний Новгород. В группах не было выявлено существенной разницы с учетом пола, возраста, артериальной гипертензии, гиперлипидемии, перфузионного сканирования (ДИ = 95%, $p > 0,05$). С целью сопоставления с нормой были проанализировали коронарограммы 50 пациентов в возрасте от 34 до 79 лет. Среди пациентов 28 мужчин (56%) и 22 женщины (44%). Существенной разницы в группах с учетом гемодинамически значимых стенозов, выявленных при коронарографии, пола и возраста не обнаружено (ДИ = 95%, $p > 0,05$). У пациентов с СБУГ и людей, не имеющих данное заболевание, оценивался диаметр правой, левой венечных артерий и огибающей ветви. После вычислялась средняя арифметическая, которая использовалась с целью выявления статистически значимых отличий между группами. Был проведен линейный регрессионный анализ с помощью программы IBM SPSS Statistics v. 22.0 с целью выявления патологий строения венечных сосудов при отхождении ЛКА от легочного ствола.

Результаты исследования. Закладка системы венечных артерий (ВА) эмбриологически константна и не зависит от морфологии своих зачатков. Аномалией в развитии системы кровоснабжения миокарда будет являться любое отклонение архитектоники сосудов от одной из 11 базовых эмбриональных формул, обусловленное патологией вращений конотрункуса. При эктопии ствола ЛКА часть вокруг артериального кольца, прилежащая к аорте, редуцируется, задний фрагмент околоартериального кольца приближается к легочному стволу и перфорирует либо его синусы, что приводит к развитию СБУГ.

У пациентов с СБУГ ПКА отходит от первого лицевого синуса аорты и имеет такой же ход, как и в норме. По сравнению с показателями контрольной группы исследуемых (3,7 мм) у пациентов с СБУГ диаметр ПКА достигает 9,5 мм. Таким образом, можно установить, что особенностью ПКА при СБУГ является ее резкая дилатация (ДИ = 95%, $P < 0,001$).

При СБУГ ЛКА берёт начало от лёгочного ствола на расстоянии до 3 см выше его клапанов, располагаясь в проекции заднего лицевого или нелицевого синусов, а также может находиться на границе между ними. Ствол ЛВА очень узкий, в среднем 3,2 мм; в группе здоровых людей диаметр этого сосуда составил около 4,9 мм. Следовательно, у пациентов с эктопией ЛВА, калибр данного сосуда меньше, чем у здоровых людей (ДИ=95%, $P = 0,01$). В единичных случаях при СБУГ ЛВА может вообще отсутствовать, сразу разделяясь на переднюю межжелудочковую (ПМЖВ) и огибающую ветви (ОВ), которые в отличие от нормального следования не окружают ствол легочной артерии. Средний диаметр ОВ у здоровых (3,8 мм) и больных (3,2 мм) людей также отличается (ДИ = 95%, $P = 0,02$).

Выводы. СБУГ, характеризующийся отхождением ЛКА от легочного ствола, обусловлен патологией ротации конотрункуса во время эмбриогенеза. Изменения сосудистых стенок, дилатация просвета ПКА, сужение диаметра ЛКА и ОВ, вероятно, вызваны морфологической перестройкой артерий, то есть реакцией компенсации.

Нозири Н.Х., Сабзалиева Ш.У., Рахмонов Н.Д.

СТРУКТУРА ОЖОГОВ ГЛАЗА СРЕДИ ТРАВМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель, к.м.н. Каримов М.Б.

Цель исследования. Изучить распространённость и структуру ожогов органа зрения среди травм глаза у взрослого населения.

Материал и методы. Исследование проведено на базе 1-го глазного отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Работа носила ретроспективный характер и основана на анализе медицинской документации пациентов, госпитализированных с травмами органа зрения за период с 2023 по 2025 годы. За указанный период было зарегистрировано 680 случаев травм органа зрения у взрослого населения. Среди них выявлено 35 случаев ожоговых повреждений глаз. Возраст пациентов варьировал в пределах трудоспособного возраста. Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-офтальмологическое обследование, включавшее: визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, бесконтактную тонометрию, оценку состояния роговицы, конъюнктивы и лимбальной зоны, определение характера, глубины и степени ожогового поражения органа зрения. Классификация ожогов проводилась с учетом степени тяжести поражения тканей глаза согласно общепринятым офтальмологическим критериям.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что ожоги органа зрения занимают определенное место в структуре офтальмологических травм и составляют 5,1% от общего числа повреждений

органа зрения. При анализе гендерного распределения установлено значительное преобладание мужчин – 27 пациентов (77,1%), тогда как женщины составили 8 случаев (22,9%). Это может быть связано с более частым воздействием производственных и бытовых травмирующих факторов у мужского населения. Анализ этиологической структуры ожогов показал, что ведущую роль играют химические ожоги, которые были зарегистрированы у 32 пациентов (91,4%). Термические ожоги наблюдались значительно реже и составили 3 случая (8,6%). При анализе степени тяжести ожоговых поражений органа зрения было выявлено следующее распределение: ожоги II–III степени – 3 случая (8,6%), ожоги III степени – 8 случаев (22,9%), ожоги III–IV степени – 21 случай (60%), ожоги IV степени – 1 случай (2,9%). Таким образом, в структуре ожоговых повреждений органа зрения преобладали тяжелые формы поражения. У значительной части пациентов при первичном обращении отмечались выраженные клинические проявления: снижение остроты зрения различной степени, гиперемия и отек конъюнктивы, эпителиальные дефекты и помутнение роговицы, выраженный болевой синдром, слезотечение и светобоязнь.

Выводы. Ожоги органа зрения составляют относительно небольшую долю среди всех травм глаза (5,1%), однако характеризуются высокой тяжестью поражения. В структуре ожоговых повреждений преобладают химические ожоги, значительно превышающие термические. Наиболее часто встречаются ожоги тяжелых степеней (III–IV), что свидетельствует о необходимости усиления профилактики производственного и бытового травматизма, а также своевременного оказания специализированной офтальмологической помощи.

Нозири Н.Х., Ибадулаева В.Р., Рахимова З.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ В ЗАМЕДЛЕНИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель – старший преподаватель Каримов М.Б.

Цель исследования. Проанализировать эффективность ортокератологических линз в замедлении прогрессирования миопии у детей на основе современных клинических исследований и систематических обзоров.

Материал и методы. Для проведения обзора был выполнен поиск научных публикаций за период 2020–2025 гг. в международных базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, а также в национальных научных ресурсах eLIBRARY и CyberLeninka. В анализ включались рандомизированные контролируемые исследования, систематические обзоры и мета-анализы, посвященные применению ортокератологических линз у детей с миопией. В работах рассматривались результаты наблюдений при использовании ортокератологии в сравнении с традиционной очковой коррекцией. Основными анализируемыми показателями являлись изменения осевой длины глаза, динамика рефракции и особенности эффективности лечения в различных возрастных группах.

Результаты исследования. Анализ современных клинических данных показал, что ортокератологические линзы способны эффективно замедлять прогрессирование миопии у детей. Их действие связано с изменением профиля роговицы во время ночного ношения линз, что приводит к перераспределению фокуса на периферии сетчатки и снижению стимулов для дальнейшего удлинения глаза.

По данным мета-анализов контролируемых исследований установлено, что использование ортокератологии позволяет уменьшить осевое удлинение глаза примерно на 0,11–0,28 мм в течение первых двух лет наблюдения по сравнению с традиционной очковой коррекцией. Ряд исследований также показал, что наиболее выраженный эффект наблюдается в первый год применения линз, однако положительное влияние сохраняется и при более длительном использовании.

Отмечается, что эффективность метода может варьировать в зависимости от возраста ребёнка, исходной степени миопии и индивидуальных особенностей глаза. В частности, более выраженное замедление прогрессирования миопии наблюдается у детей младшего школьного возраста и при умеренной степени близорукости. Эти данные подчёркивают необходимость индивидуального подхода при выборе метода контроля миопии и тщательного офтальмологического наблюдения пациентов.

Выводы. Результаты современных исследований свидетельствуют о высокой эффективности ортокератологических линз в замедлении прогрессирования миопии у детей. Их применение способствует значительному снижению темпов осевого удлинения глаза и может рассматриваться как один из важных компонентов комплексной стратегии контроля миопии. Использование ортокератологии при правильном подборе линз и регулярном офтальмологическом наблюдении позволяет повысить эффективность профилактики осложнений миопии и способствует сохранению зрительных функций у детей.

Нуриддинова М.М.

ПСЕВДОАХАЛАЗИЯ НА ФОНЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПИЩЕВОДА: КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ПРИЧИНУ?

Кафедра онкологии и лучевой диагностики НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан

Научный руководитель: Акалиева Галия Тиллабековна

Цель исследования. Проанализировать клинические особенности псевдоахалазии, развившейся на фоне плоскоклеточного рака пищевода, выявить признаки, позволяющие заподозрить её вторичный характер, и обосновать необходимость своевременного эндоскопического и морфологического подтверждения диагноза для предотвращения диагностических ошибок.

Материал и методы. Проанализирован клинический случай пациента 79 лет с жалобами на прогрессирующую дисфагию, регургитацию и снижение массы тела в течение двух месяцев. Проведено комплексное об-

следование, включавшее оценку нутритивного статуса с расчётом индекса массы тела, лабораторные исследования, рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью, эзофагогастродуоденоскопию и прицельную биопсию подозрительного участка слизистой. Дифференциальная диагностика проводилась между первичной ахалазией кардии и вторичным нарушением проходимости пищевода опухолевого генеза. Окончательный диагноз установлен на основании морфологического исследования биоптата.

Результаты исследования. У пациента отмечалась быстро прогрессирующая дисфагия в течение двух месяцев, сопровождавшаяся выраженной потерей массы тела — около 10 кг за короткий период. Индекс массы тела составил 14,5 кг/м², что соответствует тяжёлой степени нутритивного дефицита. Рентгенологическое исследование выявило сужение дистального отдела пищевода с расширением вышележащих отделов и задержкой контрастного вещества, что имитировало клиническую картину ахалазии кардии. Однако пожилой возраст пациента, стремительное снижение массы тела и короткий анамнез заболевания позволили заподозрить вторичный характер поражения. При эндоскопическом исследовании обнаружено стенозирующее образование в нижней трети пищевода. Морфологическое исследование биопсийного материала подтвердило наличие плоскоклеточного рака пищевода. Таким образом, клиническая картина псевдоахалазии явилась проявлением злокачественного опухолевого процесса.

Выводы: Псевдоахалазия, обусловленная плоскоклеточным раком пищевода, может клинически имитировать первичную ахалазию кардии и приводить к диагностическим затруднениям. Быстро прогрессирующая дисфагия в сочетании с выраженной потерей массы тела и индексом массы тела 14,5 кг/м² у пациента пожилого возраста требует обязательного исключения злокачественного процесса. Эндоскопическое исследование с морфологической верификацией является ключевым этапом своевременной диагностики и определения дальнейшей тактики лечения.

Нуридинзода Н.Н., Алиева З.Дж., Вориси Т.А.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Кафедра хирургических болезней №1 им. Академик Курбанова К.М.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». ГУ «КЗ Истиклол». Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Цель исследования. Оценка эффективности консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин.

Материал и методы. В основы работы легли результаты диагностики и лечения 88 больных, поступавших в ГУ «КЗ Истиклол» в период с 2021- по 2025гг.

Основной жалобой со стороны пациенток были постоянные боли внизу живота, усиливающейся при физической нагрузке с иррадиацией в паховую область, прямую кишку и нижние конечности, диспареуния, нарушение менструального цикла, проявляющиеся длительными обильными и болезненными менструациями.

При выборе лекарственных средств в группе консервативного лечения основным принципом являлся «Индивидуальное лечение каждого больного». Как уже было указано выше, у больных в группе исследования была выявлена повышенная частота сопутствующей гинекологической патологии. В ходе проведения консервативного лечения больных с варикозным расширением вен малого таза, нами применялись следующие группы препаратов: флеботропные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, витамины и общеукрепляющие препараты, антикоагулянты, компрессионная терапия, лечебная гимнастика, седативные препараты.

Результаты исследования. При проведении дуплексного сканирования, больным исследуемой группы, варикозно расширенные вены определялись в параметральных и параовариальных областях в виде извилистых сосудистых сегментов, различной степени расширенности, при исследовании просвета которых отмечалось замедление кровотока, с образованием на экране своеобразной «дымки».

Результаты лечения оценивались в сроки через месяц, три месяца и год после проведения методов лечения, путём заполнения опросников касательно балловой оценки основных жалоб.

Положительная динамика наблюдалась в большей или меньшей степени относительно всех клинических проявлений, вне зависимости от метода лечения (в сроки до трёх месяцев после начала лечения). При этом, анализируя степень улучшения, можно сделать вывод о том, что улучшение было приблизительно равным во всех группах, при том что в первой клинической группе в большей степени находились пациентки с менее тяжёлыми случаями заболевания. Особенно выраженными были улучшения, касающиеся болевого синдрома – самой главной жалобы у данной категории больных.

Вывод. Консервативное лечение показано больным с первой стадией варикозного расширения вен малого таза, с незначительными симптомами тазового венозного полнокровия и без выраженного рефлюкса крови по яичниковым венам. Во всех остальных случаях показано хирургическое вмешательство.

Нуритдинзода М.Р.1, Хушкадамова О.Х.1,2

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

1. Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
 2. ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ.
- Научный руководитель: д.м.н., профессор Сангинов Дж.Р.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явился анализ данных современной литературы и международных клинических рекомендаций, посвященных профилактике химиотерапия-индуцированных тошноты и рвоты (CINV), а также оценка современных подходов антиэметической профилактики высокоэме-

тогенных режимов.

Материал и методы. Проведен обзор научных публикаций и действующих клинических рекомендаций, посвященных проблеме профилактики и лечения, химиотерапия-индуцированных тошноты и рвоты.

В анализ включены данные международных руководств Multinational Association of Supportive Care in Cancer, European Society for Medical Oncology, National Comprehensive Cancer Network, а также обновленных рекомендаций American Society of Clinical Oncology. Проанализированы публикации, посвященные классификации эметогенности цитостатических препаратов, принципам выбора антиэметической профилактики и эффективности различных фармакологических групп.

Результаты исследования. Современные рекомендации по профилактике химиоиндуцированной тошноты и рвоты при высокоэметогенной химиотерапии предусматривают обязательное применение многокомпонентной противорвотной терапии, направленной на контроль как острой (0–24 часа), так и отсроченной (24–120 часов) фаз CINV. Высокоэметогенные режимы характеризуются риском развития рвоты более чем у 90% пациентов при отсутствии адекватной профилактики, что обосновывает необходимость комбинированного подхода.

В представленной схеме в 1-й день химиотерапии проводилась комбинированная профилактика с применением антагониста 5-НТЗ (серотониновых) рецепторов в дозе 16 мг в сочетании с антагонистом NK1-рецепторов и оланзапином. Антагонисты 5-НТЗ-рецепторов обеспечивают контроль преимущественно острой фазы, блокируя серотониновые механизмы, тогда как антагонисты NK1-рецепторов подавляют действие субстанции P и усиливают профилактику отсроченной рвоты. Добавление оланзапина повышает эффективность контроля тошноты за счет мультирецепторного механизма действия.

Во 2–4-е дни пациенты продолжали профилактику дексаметазоном в дозе 8 мг в сутки, что позволяло поддерживать противорвотный эффект и предупреждать развитие отсроченной тошноты и рвоты.

Таким образом, данная схема соответствует современным принципам профилактики CINV и обеспечивает комплексное воздействие на ключевые патогенетические механизмы развития симптомов.

Выводы. Химиотерапия-индуцированные тошнота и рвота остаются частыми и клинически значимыми осложнениями противоопухолевой терапии. Эффективная профилактика основана на предварительной оценке эметогенности режима лечения в соответствии международным рекомендациям комбинированная антиэметическая профилактика, включает антагонисты NK1- и 5-НТЗ-рецепторов в сочетании с глюкокортикостероидами с оланзапином при высокоэметогенной химиотерапии.

Нуритдинзода М.Р.1, Хушкадамова О.Х.1,2

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОЭМЕТОГЕННЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ

1. Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

2. ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗН РТ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Сангинов Дж.Р.

Цель исследования. Оценить эффективность антагониста рецепторов нейрокинина-1 фосапрепитанта в составе тройной противорвотной терапии для профилактики тошноты и рвоты, индуцированных высокоэметогенной химиотерапией.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование 23 пациентов, получивших высокоэметогенные режимы химиотерапии (AC, ddAC, ABVD, AI, DCF, TC, R-CHOP, BEACOPP, EP) в Республиканском онкологическом научном центре Республики Таджикистан. В исследование включены пациенты с различными злокачественными новообразованиями, включая рак молочной железы, рак шейки матки, лимфомы и саркомы костей. Оценка выраженности химиотерапия-индуцированной тошноты и рвоты (CINV) проводилась в острой (0–24 часа) и отсроченной (24–120 часов) фазах, согласно критериям CTCAE v5.0. Динамическое наблюдение и оценка симптомов осуществлялись на протяжении до 4 курсов химиотерапии.

Профилактика CINV проводилась с учетом эметогенного риска применяемых схем и действующих клинических рекомендаций. При проведении высокоэметогенной химиотерапии в первый день противоопухолевого лечения назначалась комбинированная антиэметическая профилактика, включавшая антагонист NK1-рецепторов, ондансетрон в дозе 16 мг (антагонист 5-НТЗ-рецепторов) и дексаметазон в дозе 8 мг. В последующие 2–4 сутки пациенты получали ондансетрон в дозе 8 мг и дексаметазон 8 мг в поддерживающем режиме. При умеренноэметогенных режимах химиотерапии в первый день терапии применялась схема, включавшая ондансетрон 16 мг и дексаметазон 8 мг, с последующим назначением ондансетрона 8 мг и дексаметазона 8 мг во 2–4 сутки. Решение о включении антагонистов NK1-рецепторов в данной группе принималось индивидуально лечащим врачом. При низкоэметогенных режимах в первый день лечения проводилась антиэметическая профилактика ондансетроном в дозе 8 мг и дексаметазоном в дозе 8 мг без продолжения терапии во 2–4 сутки. При минимально эметогенных режимах проведение плановой антиэметической профилактики не осуществлялось.

Результаты исследования. В исследование включено 28 пациентов, получивших различные режимы химиотерапии с высоким, умеренным, низким и минимальным эметогенным потенциалом. Химиотерапия-индуцированная тошнота I степени тяжести по CTCAE v5.0 зарегистрирована у 16 из 28 пациентов (57,1%) в отсроченной (24–120 часов) фазе. У 12 пациентов (42,9%) проявления тошноты отсутствовали на всех этапах наблюдения (0 степень). Во всех случаях выраженность симптомов соответствовала I степени тяжести. Эпизоды рвоты II–IV степени не зарегистрированы ни в острой, ни в отсроченной фазах, ни на одном из оцениваемых курсов химиотерапии. Полученные данные свидетельствуют о клинически значимом контроле химиотерапия-индуцированной тошноты и рвоты при проведении антиэметической профилактики с учетом эметогенного риска применяемых режимов.

Вывод. Применение комбинированной антиэметической профилактики обеспечило эффективный контроль острой и отсроченной СINV у пациентов, получающих высокоэметогенные режимы химиотерапии, что подтверждается отсутствием клинически значимой рвоты и тяжёлой тошноты.

Нурова М.Д., Киматов М.Р., Бобосафарова М.А.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И НОСОВЫХ РАКОВИН

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Давронзода М.Д.

Цель исследования. Совершенствование метода послеоперационного ухода у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин.

Материал и методы. В оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 80 пациентов в возрасте от 18 до 46 лет с диагнозом: искривление носовой перегородки в сочетании с гипертрофией носовых раковин. Из них мужчин было - 49, женщин – 31. В предоперационном и послеоперационном периоде проводили эндоскопию носа, КТ носа и ОНП, изучение функционального состояния носа в динамике, а также клиничко-лабораторные исследования. Больных распределили на две группы по 40 человек, методом рандомизации. В первой группе пациентов в качестве орошения полости носа в послеоперационном периоде использовали настой шалфея лекарственного, а во второй группе - 0,9% раствор натрия хлорида.

Результаты исследования. В обеих группах до операции выявлено выраженное нарушение дыхательной, защитной и обонятельной функций носа, что и явилось показанием для проведения хирургического лечения. В частности, выраженное нарушение проходимости носовых ходов II-III степени отмечалось у 87,5% пациентов первой и у 85% обследованных контрольной группы. Снижение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа II- III степени выявлено у 80,0% больных первой и у 82,5% пациентов контрольной группы. Нарушение обоняния в виде гипосмии II – III степени наблюдались у 70% больных первой и у 67,5% пациентов контрольной группы. У большинства пациентов обеих групп отмечался сдвиг pH в кислую среду и составил в среднем $7,5 \pm 0,3$. Всем больным были проведён одинаковый объём оперативных вмешательств, т.е. септум-операция и УЗД нижних носовых раковин. На вторые сутки после операции и удаления тампонов из носовой полости больным первой группы начали промывать полость носа настоем шалфея лекарственного, а пациентам второй группы – физиологическим раствором 2-3 раза в сутки в течение 10 дней. В период применения шалфея лекарственного и физиологического раствора, ежедневно проводили осмотр полости носа. Через месяц после операции, результаты исследования проходимости носовых ходов указывают на восстановление носового дыхания уже у 82,5% больных первой и у 67,5% пациентов контрольной группы. У 90,0% больных первой и у 82,5% пациентов контрольной группы восстановилась обонятельная функция носа. Повторные исследования МЦТ через месяц после операции показали, что число пациентов с нормальными показателями мукоцилиарного транспорта увеличилось до 85% больных в первой и до 72,5% пациентов в контрольной группе.

Вывод. Применение настоя шалфея лекарственного для промывания полости носа в послеоперационном периоде у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин уменьшает выраженность реактивных явлений в полости носа.

Нурхонов Д.Н., Акрамов С.М., Саидхонзода С.Р.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдулоев М.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения переломов длинных костей конечностей у больных с сочетанной травме.

Материал и методы. Были изучены результаты диагностики и лечения 143 пострадавших с сочетанными травмами, поступивших в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2021–2025 гг.

Мужчины составили 105 (73,4%), женщины – 38 (26,6%). Причинами травм были:

дорожно-транспортные происшествия – 94 (65,7%) случая; кататравмы – 31 (21,7%) случая; бытовые и уличные травмы – 18 (12,6%) случаев. Шок различной степени диагностирован у 129 (90,2%) пострадавших: шок I степени – 65 (50,4%); шок II степени – 41 (31,8%); шок III степени – 23 (17,8%).

Пострадавшие с преимущественным поражением опорно-двигательной системы и черепно-мозговой травмой составили 89 (62,2%) случаев, с превалированием ЧМТ и переломах конечностей – 21 (14,7%) случаев. В 32 (22,4%) случаях отмечалось сочетание травм внутренних органов и переломов конечностей.

Остеосинтез с применением винтов и пластин был выполнен в 71 (49,7%) случае, интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами – в 76 (53,1%) случаях, аппараты внешней фиксации были наложены в 21 (14,7%) случае (преимущественно при открытых и многооскольчатых переломах). Остеосинтез в первые двое суток после травмы был выполнен у 93 (65,0%) пострадавших.

Результаты исследования. По шкале ISS тяжесть сочетанных травм у больных составила $19,1 \pm 9,8$ балла. Пациенты с шоком независимо от степени тяжести госпитализировались в отделение реанимации до стабилизации общего состояния.

При наличии шока II–III степени в первую очередь выполнялись операции на черепе и внутренних орга-

нах. Операции на костях конечностей проводились после стабилизации общего состояния пострадавших.

При лёгкой степени шока противошоковые мероприятия проводились параллельно с оперативным лечением переломов костей конечностей в первые часы после травмы.

При анализе ближайших и отдалённых результатов лечения получены следующие данные:

хорошие результаты – 126 (88%) случаев;

удовлетворительные – 16 (11%) случаев;

неудовлетворительные – 1 (1%) случай (у пациента с открытым многооскольчатым переломом).

Выводы. Пострадавшие с переломами длинных костей конечностей при сочетанных травмах требуют комплексного мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении. При многооскольчатых переломах конечностей у больных с тяжёлыми сочетанными травмами на первом этапе возможно применение аппаратов внешней фиксации или лангетной гипсовой иммобилизации до стабилизации общего состояния пациента.

Одилов О.Д., Гулахмадова Ш.Б., Назарзода Н.Х.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ РОГОВИЦЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Глазное отделение НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., старший преподаватель Каримов М.Б.

Цель исследования. Изучить эффективность хирургических методов лечения язв роговицы.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 158 историй болезни пациентов, госпитализированных в 1-е глазное отделение ГУ НМЦ «Шифобахш» с диагнозом, язва роговицы в период 2021–2025 гг. Среди пациентов было 101 мужчина (63,9%) и 57 женщин (36,1%). Возраст больных варьировал от 16 до 83 лет. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на боль в глазу, покраснение, слезотечение, чувство инородного тела и снижение остроты зрения.

Всем пациентам проводилось лабораторное и инструментальное обследование, включавшее: бактериоскопию мазка из конъюнктивы, бактериологическое исследование с определением чувствительности к антибиотикам. Стандартное офтальмологическое обследование включало визометрию, биомикроскопию, УЗИ глазного яблока, определение чувствительности роговицы, окрашивание роговицы флюоресцеином и рентгенографию околоносовых пазух. Все пациенты при поступлении получали стандартную медикаментозную терапию, включавшую антибиотики, кератопротекторы, нестероидные противовоспалительные препараты, слезозаменители и мидриатики.

Результаты исследования. При развитии десцеметоцеле, угрозе перфорации роговицы, прогрессировании язвенного дефекта и отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 2–3 суток **62 пациентам (39,2%)** было выполнено хирургическое лечение.

В структуре хирургических вмешательств применялись следующие методы: **аутоконъюнктивальная кератопластика** – у 19 пациентов (30,6%); **кератопластика роговично-склеральным лоскутом** – у 18 пациентов (29,0%); **кератопластика с использованием ксенопланта** – у 13 пациентов (20,9%); **кросслинкинг роговицы (УФ-облучение с рибофлавином)** – у 6 пациентов (9,7%); **кератопластика с применением амниотической мембраны** – у 2 пациентов (3,2%); **сквозная лечебная кератопластика** – у 2 пациентов (3,2%); **комбинированное применение цианокрилатного клея и бандажной контактной линзы** – у 2 пациентов (3,2%).

Анализ клинических результатов показал, что при **центральной локализации язвенного дефекта** наиболее эффективными являлись **кератопластика с применением ксенопланта и кератопластика роговично-склеральным лоскутом**, тогда как при **периферических язвах роговицы** лучшие результаты наблюдались после **аутоконъюнктивальной кератопластики по Гундерсону**.

В послеоперационном периоде у **3 пациентов** отмечалось расхождение аутоконъюнктивального лоскута, что потребовало повторного хирургического вмешательства с применением ксенопланта. В большинстве случаев наблюдалась **положительная клиническая динамика**, проявлявшаяся стабилизацией язвенного процесса, уменьшением воспалительной реакции и формированием рубца роговицы.

Выводы. Хирургическое лечение является эффективным методом терапии язвенных поражений роговицы, особенно при угрозе перфорации и отсутствии эффекта от консервативной терапии. Применение различных видов кератопластики позволяет стабилизировать язвенный процесс, сохранить анатомическую целостность глазного яблока и предотвратить развитие тяжёлых осложнений. Своевременное хирургическое вмешательство способствует повышению эффективности лечения и снижению риска развития роговичной слепоты.

Одилов А.А., Джураев Р.Ш., Холалиев А.А.

КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

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

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Одилов А.Ю.

Цель исследования. Определение эффективности комплексного консервативного лечения хронического простатита.

Материал и методы. В исследование были включены данные пациентов, проходивших комплексное консервативное лечение хронического простатита в условиях поликлиники Республиканского научно-клинического центра урологии в период 2025–2026 гг. Всего проанализировано 72 случая. Возраст пациентов варьировал от 21 до 53 лет.

Перед началом терапии всем пациентам проводилось комплексное урологическое обследование, которое включало общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, исследование секрета предста-

тельной железы, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и простаты, анализ мочи на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам и при необходимости – мазок из уретры для выявления инфекций, передающихся половым путём.

Результаты исследования. Критериями включения в исследование являлись наличие клинических признаков хронического простатита и подтверждение диагноза лабораторно-инструментальными методами. Пациенты с острыми воспалительными процессами, тяжёлыми сопутствующими заболеваниями или ранее перенесёнными хирургическими вмешательствами на органах мочеполовой системы исключались из исследования.

На первом этапе обследования у 9 (12,5%) пациентов, имевших в анамнезе половые контакты с разными партнёрами, были исключены инфекции, передающиеся половым путём.

Всем пациентам было назначено комплексное консервативное лечение, включавшее антибактериальную терапию с учётом данных антибиограммы, противовоспалительные и рассасывающие препараты, витамины группы В и Е, средства, улучшающие реологические свойства крови, физиотерапевтические процедуры (азоке-ритовые аппликации в виде трусов, магнитотерапию, ректальный массаж простаты), рекомендации по регулярной физической активности, нормализацию сексуальной жизни, профилактику переохлаждения, а также рациональное питание с исключением алкоголя, острых блюд и продуктов, усиливающих воспалительные процессы.

Назначенная терапия способствовала уменьшению воспалительного процесса и отёка тканей, снижению болевого синдрома, улучшению кровообращения в органах малого таза, нормализации оттока секрета предстательной железы и снижению застойных явлений. Кроме того, отмечалось укрепление защитных сил организма и восстановление функциональной активности простаты.

После проведённого лечения у 65 (90,3%) пациентов наблюдалось значительное улучшение состояния: уменьшение болевой симптоматики, нормализация мочеиспускания и восстановление сексуальной активности.

У 7 (9,7%) пациентов, несмотря на снижение болевого синдрома и улучшение мочеиспускания, сохранялось снижение сексуальной активности. В этих случаях потребовалось продолжение консервативной терапии и дополнительная коррекция лечебных мероприятий.

Выводы. Консервативное лечение простатита эффективно снижает выраженность симптомов, уменьшает воспалительный процесс, нормализует функции предстательной железы и способствует повышению качества жизни пациентов.

Одинаев Б.А., Зубайдов Т.У., Зокиров Р.А.

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

Научный руководитель – д.м.н. Мухсинзода Гафур Мухсин

Цель исследования. Провести расширенный клинический анализ электротравм верхней конечности, изучить структуру и глубину повреждений тканей, а также оценить непосредственные результаты хирургического лечения у пациентов, госпитализированных в специализированное отделение.

Материал и методы. В основу работы положен анализ 22 пациентов с электротравмами верхней конечности, проходивших стационарное лечение в 2023–2025 гг. Исследование включало оценку возрастных и гендерных характеристик, обстоятельств получения травмы, напряжения электрического тока, локализации входных и выходных меток, глубины поражения мягких тканей и костных структур. Особое внимание уделялось выявлению сосудисто-нервных повреждений, развитию ишемических осложнений и некротических изменений. Всем больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования. Хирургическая тактика предусматривала раннюю первичную обработку ран, некрэктомию, при необходимости – этапные хирургические вмешательства, фасциотомию и кожно-пластические операции.

Результаты исследования. Установлено, что большинство пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста, что связано с профессиональным контактом с источниками электрического тока. Наиболее часто поражались кисть и предплечье. Глубокие некротические изменения мягких тканей с вовлечением мышц, сухожилий и костных структур выявлены более чем у половины пациентов. В ряде случаев отмечались выраженный отек тканей и ишемические нарушения, требующие неотложной хирургической коррекции. Этапные некрэктомии с последующей кожной пластикой способствовали снижению частоты гнойно-септических осложнений и улучшению заживления ран. Ампутации различного уровня выполнялись при наличии необратимых деструктивных изменений тканей и угрозе развития тяжелых осложнений.

Выводы. Электротравмы верхней конечности характеризуются тяжелым течением и высоким риском развития глубоких повреждений тканей. Ранняя диагностика степени поражения и активная хирургическая тактика являются основными факторами успешного лечения. Комплексный подход с применением этапных реконструктивных вмешательств позволяет снизить частоту осложнений и сохранить функцию конечности у большинства пациентов.

Одинаев Б.А., Зубайдов Т.У., Зокиров Р.А.

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

Научный руководитель – д.м.н. Мухсинзода Г.М.

Цель исследования. Провести расширенный клинический анализ электротравм верхней конечности, изучить структуру и глубину повреждений тканей, а также оценить непосредственные результаты хирургического лечения у пациентов, госпитализированных в специализированное отделение.

Материал и методы. В основу работы положен анализ 22 пациентов с электротравмами верхней конечности, проходивших стационарное лечение в 2023–2025 гг. Исследование включало оценку возрастных и гендерных характеристик, обстоятельств получения травмы, напряжения электрического тока, локализации входных и выходных меток, глубины поражения мягких тканей и костных структур. Особое внимание уделялось выявлению сосудисто-нервных повреждений, развитию ишемических осложнений и некротических изменений. Всем больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования. Хирургическая тактика предусматривала раннюю первичную обработку ран, некрэктомию, при необходимости – этапные хирургические вмешательства, фасциотомию и кожно-пластические операции.

Результаты исследования. Установлено, что большинство пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста, что связано с профессиональным контактом с источниками электрического тока. Наиболее часто поражались кисть и предплечье. Глубокие некротические изменения мягких тканей с вовлечением мышц, сухожилий и костных структур выявлены более чем у половины пациентов. В ряде случаев отмечались выраженный отек тканей и ишемические нарушения, требующие неотложной хирургической коррекции. Этапные некрэктомии с последующей кожной пластикой способствовали снижению частоты гнойно-септических осложнений и улучшению заживления ран. Ампутации различного уровня выполнялись при наличии необратимых деструктивных изменений тканей и угрозе развития тяжелых осложнений.

Выводы. Электротравмы верхней конечности характеризуются тяжелым течением и высоким риском развития глубоких повреждений тканей. Ранняя диагностика степени поражения и активная хирургическая тактика являются основными факторами успешного лечения. Комплексный подход с применением этапных реконструктивных вмешательств позволяет снизить частоту осложнений и сохранить функцию конечности у большинства пациентов.

Одинаев Б.А., Сатторов К.Г., Абдурахманов М.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРОТРАВМ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ОТ БЫТОВОЙ ЭЛЕКТРОСЕТИ

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

Научный руководитель – д.м.н. Мухсинзода Г.М.

Цель исследования. Оценка клинических результатов лечения детей с электротравмой, полученной от бытовой электросети напряжением 220 В.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 5 детей в возрасте от 4 до 10 лет, поступивших с электротравмой. Во всех случаях травма произошла при контакте с бытовой розеткой. У 3 детей диагностированы локальные электроожоги кистей I–II степени, у 1 — ожог пальцев кисти III степени с участками коагуляционного некроза, у 1 ребенка отмечались кратковременная потеря сознания и синусовая тахикардия без выраженных кожных повреждений. Всем пациентам проведены клиническое обследование, ЭКГ-мониторинг, лабораторные исследования, инфузионная терапия и местное лечение ожоговых ран.

Результаты исследования. У 4 детей лечение было консервативным и включало инфузионную терапию, обезболивание и ежедневные перевязки. В 1 случае при глубоком ожоге выполнена некрэктомия с последующим местным лечением раны. Нарушения сердечного ритма носили транзиторный характер и были купированы медикаментозно. Осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и почек не наблюдалось. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $5 \pm 1,5$ койко-дня. Во всех случаях достигнуто клиническое выздоровление.

Выводы. Электротравмы у детей 4–10 лет, полученные от бытовой электросети, чаще сопровождаются локальными поражениями мягких тканей и при своевременном комплексном лечении имеют благоприятный исход. Обязательный кардиомониторинг и динамическое наблюдение позволяют предупредить развитие возможных осложнений.

Одинаев Б.А., Сатторов К.Г., Абдурахманов М.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРОТРАВМ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ОТ БЫТОВОЙ ЭЛЕКТРОСЕТИ

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

Научный руководитель – д.м.н. Мухсинзода Г.М.

Цель исследования. Оценка клинических результатов лечения детей с электротравмой, полученной от бытовой электросети напряжением 220 В.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 5 детей в возрасте от 4 до 10 лет, поступивших с электротравмой. Во всех случаях травма произошла при контакте с бытовой розеткой. У 3 детей диагностированы локальные электроожоги кистей I–II степени, у 1 — ожог пальцев кисти III степени с участками коагуляционного некроза, у 1 ребенка отмечались кратковременная потеря сознания и синусовая тахикардия без выраженных кожных повреждений. Всем пациентам проведены клиническое обследование, ЭКГ-мониторинг, лабораторные исследования, инфузионная терапия и местное лечение ожоговых ран.

Результаты исследования. У 4 детей лечение было консервативным и включало инфузионную терапию, обезболивание и ежедневные перевязки. В 1 случае при глубоком ожоге выполнена некрэктомия с последующим местным лечением раны. Нарушения сердечного ритма носили транзиторный характер и были купированы медикаментозно. Осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и почек не наблюдалось. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $5 \pm 1,5$ койко-дня. Во всех случаях достигнуто клиническое выздоровление.

Выводы. Электротравмы у детей 4–10 лет, полученные от бытовой электросети, чаще сопровождаются локальными поражениями мягких тканей и при своевременном комплексном лечении имеют благоприятный исход. Обязательный кардиомониторинг и динамическое наблюдение позволяют предупредить развитие воз-

можных осложнений.

Одинаев Ш.М., Рачабов Д.Р., Саодатов Ш.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Установить лечебную тактику у больных с острым тромбозом глубоких вен и варикотромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей у беременных.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 43 больных с острым тромбозом глубоких вен (ТГВ) и 11 больных варикотромбофлебитом подкожных вен (ВПВ) нижних конечностей, выявленных нами на фоне беременности по городу Душанбе и по линии санавиации. Возраст больных колебался от 18 до 44 лет (средний возраст составил $27,2 \pm 2,2$). Из них 29 были госпитализированы в отделение сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, 25 наблюдениях родильные дома г. Душанбе и РРП за период с 2024 - 2025 годы. Обследование больных с острым ТГВ и ВПВ нижних конечностей включало: сбор клинико-анамнестических данных, физикальные данные, исследование коагулограммы, генетики тромбофилии, D-димера, тромбодинамики, ЭКГ, ЭхоКГ, Р-графии и при необходимости КТ грудной клетки. Диагноз ТГВ подтверждался результатами УЗДГ и УЗДС. При помощи дуплексного сканирования определили зоны поражения венозного сегмента, то есть топическая диагностика, характер проксимального сегмента тромба которые составили: 1) окклюзионная форма 34 (79%), 2) пристеночная 7 (16,3%) 3) флотирующая 2 (4,6%). Из 11 больных с варикотромбофлебитом на доле БПВ 4 (36,3%), МПВ 2 (18,2%) на уровне голени, 5 (45,5%) на различных уровнях бедра. У 2 (4,6%) больных с флотирующийся тромбом имплантировали кава-фильтр (ALN Optional Vena Cava Filter), при других видах тромбоза в начале постельный далее полупостельный лечения подобных больных заключалась в следующем: одновременное назначение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, антиагрегантов, улучшающих реологию крови, донаторов оксида азота, флебопротекторов, тромболитического и противовоспалительного действия: клексан 0,4-0,6мл, ксарелто 20мг, L-аргинин, латрен 200мл, реополиглюкин 400мл, индометацин свечей 100мг, микронизированная очищенная флавоноидная фракция, тромбовазим 1600МЕ и местная терапия, включающая компрессию с мазью гепарина или гелем Лиотон.

Результаты исследования. У всех больных при первичном обследовании отмечалось повышение всех показателей свёртываемости крови. Из 11 больных варикотромбофлебит БПВ и МПВ у 7 наблюдений было проведено операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия). В остальных случаях, когда уровень тромботического поражения ниже коленного сустава проведено консервативное лечение последующем плановой операцией. А также надо отметить, что у 88% больных отмечался регресс клинических симптомов ТГВ в виде уменьшения или вплоть до исчезновения болевого синдрома, уменьшение выраженности отека по периметру поражённой конечности. В диагностике нарушений системы гемостаза ключевое значение имеет определение D-димера, и состояния коагулограммы (МНО, АЧТВ, ПТИ, ТВ).

Выводы. Таким образом при одновременном применении антикоагулянтов прямого и непрямого действия, антиагрегантов, оптимизированных по нашей схеме лечения, способствует стойкой гипокоагуляции, улучшению коллатерального венозного оттока и профилактики тромбоэмболических осложнений. Наше исследование показало, что новый способ схемы лечения достаточно безопасен и более эффективен. Альтернативным способом к имплантации кава-фильтра для предотвращения ТЭЛА при варикотромбофлебите БПВ и МПВ явилась операция Троянова-Тренделенбурга.

Одинаев Ш.М., Рачабов Д.Р., Солиев О.Ф.

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЦРБ РАЙОНА ДЕВАШТИЧ.

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Определить распространенность и факторы риска варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей среди медицинского персонала

Материал и методы. Анализированы результаты ангиологического обследования и доплерография 60 медицинского персонала различных отделений Центральной районной больницы района Деваштич. Женщин было 35 (58,3%), мужчин – 25 (41,7%). Все обследованные были разделены на 3 группы по 20 человек. В первую группу вошли медработники хирургических отделений и операционного блока, во вторую – терапевтического отделения и в третью – сотрудники приемного отделения. Кроме определения частоты распространенности варикозной болезни также были изучены возможные факторы, влияющие на развитие варикозной болезни (наследственность, количество более трех родов в анамнезе, индекс массы тела) и ряд профессиональных пусковых механизмов заболевания - длительная стоячая, сидячая или переменная работа.

Результаты исследования. Различные стадии варикозной болезни нижних конечностей были выявлены у 23 (38,3%) обследованных. Женщин 14 (60,9%) , мужчин 9 (39,1%). Так, у большинства медперсонала (n=16; 69,5%) имело место легкая форма патологии - ретикулярный варикоз и телеангиозктазии. Расширение ствола подкожных вен и их ветвей были диагностированы у 5 (21,8%) пациентов. Третий класс заболевания по СЕАР

были выявлены всего лишь у 2(8,7%) пациенток первой группы. Во второй и третьей группе этот класс патологии ни разу не был выявлен. Также не выявлены тяжелые формы заболевания с явлениями индурации и венозных трофических язв у всех обследованных.

Во всех группах имелись приблизительно одинаковая частота распространенности таких факторов риска как наследственность [n=38; 63,4% (по 16(80%), 12 (60%) и 10 (50%) случаев в первой, второй и третьей группах соответственно)], более 3 родов в анамнезе [n=26; 43,4% (по 9 (45%), 6 (30%) и 11 (55%) случаев в первой, второй и третьей группах соответственно)] и увеличения индекса массы тела – ожирение [n=14; 23,3% (по 8 (40%), 4 (20%) и 2 (10%) случаев в первой, второй и третьей группах соответственно)]. Вместе с тем, у пациенток первой группы частота выявления длительной стоячей нагрузки (n=17; 85%) была гораздо больше, чем у медперсонала работавших в терапевтическом отделении n=8 (40%) и приемном отделениях (n=14; 70%).

Выводы. Распространенность различных форм варикозной болезни встречается у 38,3% медицинского персонала, что является свидетельством того, что медицинские работники относятся к профессиональной группе высокого риска развития по варикозной болезни. При этом как сама патология, так и более тяжелая ее форма – третий класс по классификации СЕАР встречаются среди медперсонала хирургического и операционного блоков, которая обусловлена длительным стоянием в вертикальном положении. Сочетание профессиональных и индивидуальных факторов риска определяет необходимость разработки и внедрения комплексных профилактических программ, направленных на раннее выявление и снижение частоты варикозной болезни в данной профессиональной группе.

Окилова М.С., Хошимов М.Н., Шукронаи Дж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ГЛАУКОМНОГО ДИСПАНСЕРА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Республиканский глаукомный диспансер НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан
Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова Н.А.

Цель исследования. Оценить эффективность диагностики и организации специализированной помощи в дневном стационаре глаукомного диспансера.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, прошедших обследование и лечение в дневном стационаре РГЦ ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2023-2025 гг. Всего проанализировано **4009 пациентов**. Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию, тонометрию, периметрию, гониоскопию, исследование критической частоты слияния мельканий (КЧСМ), биомикроскопию и оптическую когерентную томографию (ОКТ).

Для уточнения диагноза применялись функциональные пробы: нагрузочные (водная проба, изменение положения тела, медикаментозный мидриаз) и разгрузочные пробы (пилокарпиновая проба).

Результаты исследования. Анализ общих показателей за 2023-2025 гг. показал, что число пациентов, находившихся в дневном стационаре, составило **1374 (34,27%)** в 2023 г., **1407 (35,09%)** в 2024 г. и **1228 (30,63%)** в 2025 г. Отмечено увеличение числа пациентов в 2024 г. по сравнению с 2023 г. на **33 пациента**, с последующим снижением в 2025 г.

Количество пациентов, обследованных на глаукому, постепенно снижалось: **1197 пациентов** в 2023 г., **918 пациентов** в 2024 г. и **788 пациентов** в 2025 г. При этом доля подтверждённых диагнозов ежегодно увеличивалась: с **925 случаев (67,3%)** в 2023 г. до **786 случаев (85,6%)** в 2024 г. и **742 случая (94,2%)** в 2025 г., что свидетельствует о повышении диагностической эффективности. Число неподтверждённых диагнозов оставалось низким: **17 случаев (1,2%)** в 2023 г., **22 (2,4%)** в 2024 г. и **12 (1,5%)** в 2025 г. Количество пациентов с подозрением на глаукому значительно снизилось – с **255 (18,5%)** в 2023 г. до **110 (12,0%)** в 2024 г. и **34 (4,3%)** в 2025 г. Анализ структуры глаукомы показал, что ведущей формой заболевания во все годы наблюдения являлась **первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ)**. В 2023 г. зарегистрировано **670 пациентов (72,4%)**, в 2024 г. – **625 (79,5%)**, в 2025 г. – **541 (72,9%)**. Второе и третье место в структуре заболеваемости занимали **смешанная форма** и **первичная закрытоугольная глаукома (ПЗУГ)**. Частота ПЗУГ составила **83 случая (9,0%)** в 2023 г., **54 (6,9%)** в 2024 г. и **74 (10,0%)** в 2025 г.

Доля смешанной формы глаукомы составила **95 случаев (10,8%)** в 2023 г., **63 (8,0%)** в 2024 г. и **87 (11,7%)** в 2025 г. Юношеская глаукома встречалась значительно реже: **25 случаев (2,7%)** в 2023 г., **21 (2,6%)** в 2024 г. и **9 (1,2%)** в 2025 г. Вторичная глаукома также имела сравнительно низкую распространённость: **52 случая (5,6%)** в 2023 г., **35 (4,5%)** в 2024 г. и **31 (4,2%)** в 2025 г. Анализ возрастной структуры показал, что основную долю пациентов составляли лица **старше 60 лет**. Отмечается увеличение обращаемости в возрастной группе **50–59 лет**, что может свидетельствовать о более раннем выявлении заболевания. Наименьшая доля пациентов приходилась на лиц **моложе 40 лет**.

Выводы. Проведённый анализ статистических показателей работы дневного стационара глаукомного диспансера за 2023-2025 гг. показал повышение эффективности диагностики глаукомы. Отмечается увеличение доли подтверждённых случаев заболевания с **67,3%** в 2023 г. до **94,2%** в 2025 г. В структуре заболевания на протяжении всего периода преобладала **первичная открытоугольная глаукома (72,4-79,5%)**. Полученные данные подтверждают важную роль дневного стационара в ранней диагностике глаукомы, уточнении формы заболевания и организации специализированной офтальмологической помощи.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

Кафедра акушерства и гинекологии №3 Самаркандского медицинского университета
Научный руководитель: к.м.н., доцент заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №3 Шавазии Н.Н.

Цель исследования. Оценить структуру факторов риска антенатальной гибели плода и обосновать современные профилактические подходы в системе охраны здоровья матери и ребёнка на основе клинико-статистического анализа.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 312 случаев антенатальной гибели плода при сроке беременности ≥ 22 недель за период 2020–2025 гг. Проанализированы: возрастные характеристики пациенток; акушерско-гинекологический анамнез; наличие экстрагенитальной патологии; осложнения текущей беременности; данные ультразвукового и доплерометрического мониторинга; морфологические заключения по плаценте. Статистическая обработка данных включала расчёт относительных величин (%), определение частоты встречаемости факторов риска и сравнительный анализ сочетанных состояний.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил $29,4 \pm 5,8$ года. Женщины старше 35 лет составили 27,2% наблюдений. Отягощённый акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, предыдущие антенатальные потери) отмечен в 34,6% случаев. Структура ведущих механизмов антенатальной гибели плода: Синдром хронической внутриутробной гипоксии — 58,4%. Врождённые аномалии развития и хромосомные нарушения — 21,7%. Другие акушерские осложнения — 12,9%. Инфекционно-воспалительные факторы — 7,0%. Материнская соматическая патология: Заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы — 33,8%. Анемия средней и тяжёлой степени — 26,1%. Патология мочевыделительной системы — 19,4%. Сахарный диабет и нарушения углеводного обмена — 11,5%. Осложнения беременности: Плацентарная дисфункция (морфологически подтверждённая) — 42,6%. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 23,8%. Гипертензивные осложнения беременности — 15,1%. Хориоамнионит — 9,3%. Задержка роста плода — 31,4%. В 64,7% случаев выявлено сочетание двух и более факторов риска, что свидетельствует о многофакторном характере патогенеза. В 48,9% наблюдений антенатальная гибель наступала на фоне прогрессирующей плацентарной недостаточности и декомпенсации маточно-плацентарного кровотока.

Выводы. Антенатальная гибель плода в большинстве случаев обусловлена сочетанным воздействием плацентарной дисфункции, хронической гипоксии и соматической патологии матери. Доминирующим патогенетическим механизмом является нарушение фетоплацентарной перфузии, выявленное более чем в половине наблюдений. Высокая частота сочетанных факторов риска (64,7%) подтверждает необходимость внедрения комплексной профилактической модели, включающей прегравидарную подготовку, раннюю стратификацию риска, динамический мониторинг состояния плода и своевременную коррекцию соматической и акушерской патологии. Совершенствование организационных и клинических подходов в системе охраны здоровья матери и ребёнка позволит снизить частоту антенатальных потерь и повысить эффективность перинатальной помощи.

Олимов О.З., Набиев Б.И., Саидов О.

ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н. Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность эмпирической медикаментозной терапии у мужчин с идиопатической патозооспермией на основе стандартов ВОЗ 2021 года в условиях специализированного центра.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 56 пациентов с диагнозом «идиопатическое бесплодие», проходивших лечение в ГУ «РНКЦУ» в период 2024–2025 гг. Средний возраст обследуемых составил $27,4 \pm 3,2$ года. Обследование включало двукратную спермограмму с интервалом в 2 недели, оцененную согласно критериям ВОЗ (6-е издание, 2021 г.). В комплексную терапию включались антиоксидантные препараты, L-карнитин, цинк и селен курсом от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования. В ходе контрольных исследований через 3 и 6 месяцев после начала терапии зафиксировано статистически значимое улучшение основных параметров эякулята в среднем на 15–18% от исходных значений. При детальном анализе динамики показателей выявлено, что средняя концентрация сперматозоидов увеличилась на 16,4%, поднявшись с $14,2 \pm 2,1$ млн/мл до $16,5 \pm 1,8$ млн/мл. Показатель прогрессивной подвижности (категория PR) возрос на 17,2%, что позволило значительной части пациентов перейти из категории астенозооспермии в диапазон нормативных референсных значений. Также отмечена положительная динамика морфологических признаков по строгим критериям Крюгера: доля нормальных форм сперматозоидов улучшилась на 15,1%, что является клинически значимым фактором для повышения общего фертильного потенциала. Общая эффективность проведенной терапии, выраженная в улучшении хотя бы одного из ключевых параметров спермограммы, составила 71,4% (40 пациентов).

Выводы. Проведенное исследование подтверждает, что курсовая терапия продолжительностью до 6 месяцев у мужчин молодого репродуктивного возраста способствует умеренному, но стабильному улучшению показателей спермограммы на 15–18%. Применение современных стандартов ВОЗ 2021 обеспечивает высокую точность мониторинга эффективности лечения в условиях ГУ «РНКЦУ» и позволяет оптимизировать тактику ведения пациентов с неясным генезом бесплодия.

Олимов О.З., Набиев Б.И., Саидов О.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭНДОКРИННОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ СХЕМ НАЗНАЧЕНИЯ КАБЕРГОЛИНА И КЛОМИФЕНА ЦИТРАТА

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н. Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Коррекция репродуктивных нарушений у мужчин, протекающих на фоне гиперпролактинемии и сопутствующего гипогонадизма, представляет собой приоритетную задачу современной андрологии. Сочетание избыточной секреции пролактина с дефицитом эндогенного тестостерона индуцирует супрессию гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, что ведет к угнетению сперматогенеза. Целью исследования послужила оценка эффективности и безопасности персонализированного подхода к лечению эндокринного бесплодия на базе ГУ «РНКЦ Урологии» в период 2023–2025 гг.

Материал и методы. Объектом исследования послужили 89 пациентов с верифицированной эндокринной формой infertility. Лечебный протокол базировался на комбинированном применении каберголина (Достинекс) и кломифена цитрата (Клостилбегит). Дозирование препаратов осуществлялось строго индивидуально, исходя из антропометрических параметров (массы тела) и исходной степени выраженности гормональных отклонений. Схемы варьировались от 0,25 до 0,5 мг каберголина в неделю и от 25 до 50 мг кломифена цитрата ежедневно или через день. Динамический мониторинг состояния пациентов включал обязательный лабораторный контроль уровней пролактина, общего тестостерона, ЛГ и ФСГ, проводимый с кратностью один раз в 30 дней в течение первого квартала терапии, с последующим переходом на ежеквартальный контроль.

Результаты исследования. Внедрение системы регулярного лабораторного мониторинга позволило своевременно титровать дозы препаратов, достигая целевых значений гормонов без явлений гиперстимуляции. У подавляющего большинства пациентов отмечена стойкая редукция гиперпролактинемии и компенсация гипогонадизма, что сопровождалось статистически значимым улучшением параметров эякулята. Клиническая эффективность предложенного алгоритма подтверждена достижением 8 случаев спонтанной беременности в парах с отягощенным анамнезом infertility. Индивидуализированный подход продемонстрировал высокую безопасность: частота побочных эффектов была минимальной, а компетентность пациентов оставалась высокой на протяжении всего курса лечения.

Выводы. Комплексное использование Достинекса и Клостилбегита под контролем ежемесячного гормонального мониторинга является высокоэффективным инструментом преодоления мужской infertility эндокринного генеза. Успешная реализация репродуктивной функции в 8 клинических случаях подчеркивает преимущество персонализированных схем перед стандартными протоколами. Дифференцированный подбор дозировок с учетом веса и регулярная верификация гормонального профиля позволяют эффективно купировать гиперпролактинемия и гипогонадизм, восстанавливая естественную фертильность пациента.

Олимов О.З., Набиев Б.И., Саидов О.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СМЕШАННОЙ АНТИГЛОБУЛИНОВОЙ РЕАКЦИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ИНФЕРТИЛЬНОСТИ НА БАЗЕ ГУ «РНКЦ УРОЛОГИИ»

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н. Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Определение генеза репродуктивных неудач при мужском бесплодии остается приоритетной задачей современной андрологии, при этом особую сложность представляет диагностика патологических состояний, ассоциированных с наличием антиспермальных антител. Учитывая тот факт, что стандартные методы микроскопического анализа эякулята зачастую демонстрируют сохранную концентрацию и подвижность гамет, для объективизации иммунологического статуса пациента критически важным является выполнение МАР-теста (Mixed Antiglobulin Reaction). Настоящее исследование направлено на комплексный анализ структуры этиологических факторов мужской infertility с детальным изучением доли иммунных нарушений в контингенте первичных пациентов ГУ «РНКЦУ».

Материал и методы. В течение 2025 года на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» было осуществлено расширенное диагностическое обследование 63 пациентов с подтвержденным диагнозом «бесплодие в браке». Диагностический протокол включал в себя количественный и качественный анализ эякулята по критериям ВОЗ, оценку гормонального гомеостаза (путем определения уровней ФСГ, ЛГ и общего тестостерона), ультразвуковую сонографию органов мошонки, а также проведение прямого МАР-теста для верификации наличия иммуноглобулинов на поверхности сперматозоидов.

Результаты исследования. В ходе стратификации обследованной когорты пациентов были получены данные, свидетельствующие о полиэтиологичности выявленных нарушений. У 11 обследованных (17,5%) верифицирована иммунологическая infertility, что подтверждалось положительными результатами МАР-теста со значениями, превышающими референсный порог в 50%. Эндокринная дезорганизация репродуктивной системы, проявляющаяся в форме гипогонадизма и дисбаланса гонадотропных гормонов, была диагностирована у 26 пациентов (41,3%). В оставшейся группе, составившей 26 человек (41,2%), этиологическими

факторами послужили иные нозологические формы: варикозное расширение вен семенного канатика (12 случаев), воспалительные процессы предстательной железы в стадии обострения (9 случаев), а также морфофункциональные изменения вследствие перенесенных инфекций урогенитального тракта (5 случаев).

Выводы. Результаты клинической деятельности за 2025 год наглядно иллюстрируют, что иммунологическая infertility, выявляемая почти у каждого шестого пациента, диктует необходимость обязательной имплементации МАР-теста в рутинный протокол обследования, учитывая высокий риск скрытого течения патологии. Значительная распространенность гормональных девиаций (41,3%) аргументирует целесообразность междисциплинарной тактики ведения пациентов с привлечением специалистов эндокринологического профиля. Своевременная верификация иммунного фактора позволяет оптимизировать алгоритм лечебных мероприятий, обеспечивая обоснованный переход от консервативных методов к применению вспомогательных репродуктивных технологий (ИКСИ) в максимально ранние сроки.

Олимова А.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПОТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА

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

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., Одинаева М.С.

Цель исследования. Изучить эффективность силиконовых имплантатов при аугментационной маммопластике.

Материал и методы. С 2013 по 2026 гг. в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии были оперированы 58 больных с гипоплазией молочных желёз. Из них инволюционная гипотрофия молочных желёз имела места у 48 (83%) пациенток, у 10 (17%) отмечалась синдром Поланда (односторонняя гипоплазия молочной железы и грудной мышцы). Возрастной контингент пациенток варьировал от 17 до 45 лет. Средний возраст их составил 35 лет.

Проводили физическое обследование пациенток, т.е. антропометрию в ходе которого оценивали конституциональные особенности (размеры тела, форма и высота грудной клетки), состояние самой молочной железы (объёмная масса, консистенция, смещаемость, контуры железы, диаметр и вид ареолы). Фотодокументация проводилась всем пациенткам. Мы предпочитали имплантаты фирмы Mentor Medical Systems, средний размер использованных силиконов составлял 270 мл.

Выполняли минимальный (5 см) кожный разрез по субмаммарной складке по стандартной методике. Предварительно с целью создания кармана и гемостаза производили инфильтрацию мягких тканей молочной железы раствором лидокаина с адреналином. Создавали ложе чуть больше размеров протеза. Далее осуществляли тщательный гемостаз для предупреждения развития гематомы. После замены перчаток обработав протез антисептиком, через рану субмаммарной складки указательными пальцами вводили в карман ретромаммарного пространства и расправляли. В ложе имплантатов устанавливали Редон-дренажи, концы которых выводили из подмышечных областей. Рану зашивали в 2 слоя с наложением внутрикожного шва.

Результаты исследования. Ближайший послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Свежие и ярко красные послеоперационные рубцы со временем созревали и становились менее заметными.

Выводы. Таким образом, предоперационная разметка, правильно выбранный объём имплантатов, доступ установления и расположение, позволяют избежать послеоперационных осложнений, а также более быстрым восстановлением пациенток в периоде ремиссии, позволив им достичь душевного равновесия и избавиться от комплекса неполноценности.

Олимова Ф.З., Юлдошева М.У.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ФЕТАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Вафоева Н.В.

Цель исследования. Изучить факторы риска формирования фетальной задержки роста у пациенток с тяжёлой преэклампсией (ПЭ).

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 140 пациенток с тяжелой ПЭ, поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе. Беременные были разделены на 2 группы: основную группу (n=56) составили пациентки с тяжелой ПЭ с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), группу сравнения (n=93) – беременные с тяжелой ПЭ без ЗВУР. Анализ включал следующие параметры: возраст, паритет, сопутствующие заболевания, акушерский анамнез, осложнения настоящей беременности, осложнения родов, исходы беременности.

Результаты исследования. Возраст исследуемых в обеих группах варьировал от 18 до 44 лет. Средний возраст женщин в основной группе составил $27,4 \pm 1,01$ год, группе сравнения – $25,7 \pm 0,5$ года. Значительная часть беременных с тяжелой ПЭ и ЗВУР оказалась в активном репродуктивном возрасте (76,7%). Средний срок беременности в группе беременных с ЗВУР составил $36,1 \pm 0,4$, в группе сравнения – $37,2 \pm 0,1$ недель. ПЭ в сочетании с ЗВУР встречалась у 55,3% первородящих и 44,7% повторнородящих. В группе сравнения аналогично – 55,7% и 44,3% соответственно. ПЭ в анамнезе зарегистрирована у 9,0% пациенток основной группы и 10,6%

группы сравнения. В структуре сопутствующей патологии в обеих исследуемых группах преобладали хронический пиелонефрит, анемии различной степени, йод-дефицитные состояния, ожирения, хронический бронхит. Однако, у каждой 4-й беременной с ранней ПЭ был диагностирован гломерулонефрит (10%) ($p<0,05$). Ожирение в обеих группах наблюдалось у каждой пятой беременной. Во втором и третьем триместре обострение хронического пиелонефрита диагностировано у 19,1% пациенток первой группы и у 22,6% второй группы. Угроза преждевременных родов чаще наблюдалась среди беременных с поздней ПЭ (8,6%). Антенатальная гибель плода составила 2,1% в группе с ранней ПЭ. Высокая частота преждевременных родов отмечена среди пациенток первой группы (100%). Это связано с преждевременной индукцией родов при ранней ПЭ. Роды через естественные родовые пути составили 55,3% в первой группы и 100% во второй ($p<0,05$). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) встречалась у каждой 9-й пациентки первой группы ($p<0,05$), у которых частота интранатальной гибели плода и ДВС-синдрома также была высока и составила 4,2%. Средняя масса новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ в 1-й группе составила $1807,2\pm 86,5$ г, во 2-й – $3178,1\pm 54,4$ г. ($p<0,05$). Новорожденные массой тела при рождении 2500,0 г и ниже составили 100% и 16,0% соответственно ($p<0,05$). Средний рост новорожденных в 1-й группе был $41,5\pm 0,7$, во 2-й – $50,2\pm 0,2$ см ($p<0,05$). Высокая частота синдрома дыхательных расстройств (27%), пневмонии (11%), задержки роста плода (27%), низкой массы тела (41%) привели к неонатальной смерти 25% (11 сл.) новорожденных в группе с ранней тяжелой ПЭ.

Выводы. Таким образом, преимущественно ранняя тяжелая ПЭ является фактором риска неблагоприятных перинатальных исходов. Риск потери плода возрастал при присоединении преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с развитием ДВС-синдрома. Высокая частота недоношенности, синдрома дыхательных расстройств, задержки внутриутробного развития, пневмонии стали причиной неонатальной смертности 11 (25%) новорожденных, родившихся от матерей с ранним началом преэклампсии.

Олимова Ф.З., Зиедалиева Г.Ф.

РОДОВОЙ ПРОЦЕСС И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

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

Научный руководитель - академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор М.Ф. Додхоева

Цель исследования. Изучить особенности родового процесса и перинатальные результаты у беременных позднего репродуктивного возраста с тяжелой преэклампсией (ПЭ).

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование 86 беременных женщин, поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе, у которых была диагностирована тяжелая ПЭ. Критериями включения в основную группу ($n=30$) были: артериальная гипертензия впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений и возраст старше 35 лет. Группу сравнения ($n=56$) составили пациентки с тяжелой ПЭ в возрасте от 20 до 35 лет.

Результаты исследования. Средний возраст женщин в основной группе составил $37,3\pm 0,4$ лет, а в группе сравнения – $23,7\pm 0,3$ года. Индекс массы тела (ИМТ) в первой группе был $29,5\pm 0,9$, во второй – $25,7\pm 0,7$. Так, чаще пациентки с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста имели избыточную массу тела. В основной группе первородящих было 13,3%, повторнородящих – 86,7%, в группе сравнения – соответственно 67,8%, и 32,2%. Так, наиболее часто повторнородящие позднего репродуктивного возраста страдали тяжелой ПЭ. Высокая частота преждевременных родов отмечена среди пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста (50,0%), что связано с индуцированием родов. Операция кесарева сечения чаще всего (в 50,0% сл.) проведена в основной группе. Показаниями к абдоминальному родоразрешению у беременных с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста были акушерские причины: дистресс плода (10,0%), неэффективность родовозбуждения (10,0%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (6,7%), неуправляемая гипертензия (3,3%) и др. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и дистресс плода чаще всего встречались у пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста (6,7 и 10,0%). Тем не менее, случаи развития хориоамнионита наблюдались у пациенток с тяжелой ПЭ молодого возраста. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 3,3% случаев в основной группе. Гематометра развилась в 13,3% среди пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста и 17,8% молодого возраста. Средняя масса новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ в 1-й группе составила $2449,7\pm 166,0$ г, во 2-й – $3028,0\pm 85,5$ г ($p<0,05$). Новорожденные массой тела при рождении ниже 2500 г составили 40,0% и 25,0% соответственно ($p<0,05$). Средний рост новорожденных в 1-й группе был $45,5\pm 1,02$ см., во 2-й – $49,4\pm 0,4$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах: $6,3\pm 0,3$, $6,9\pm 0,2$ – в основной группе и $7,05\pm 0,1$, $7,7\pm 0,1$ в группе сравнения. В основной группе энцефалопатия различного генеза зарегистрирована в 20,0% случаев, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 26,7%, внутриутробная инфекция – 3,3%. В группе сравнения – 12,5%, 17,8% и 0% соответственно. Неонатальная смертность в 1-й группе составила 7 случаев (23,3%).

Выводы. Таким образом, полученные результаты проведенных исследований показали, что тяжелая преэклампсия у пациенток позднего репродуктивного возраста связана с неблагоприятными перинатальными исходами. Установлена высокая частота ПОНРП, преждевременных и оперативных родов среди беременных

основной группы. Высокая частота перинатальной энцефалопатии различного генеза и задержки внутриутробного развития стали причиной неонатальной смерти 23,3% новорожденных, родившихся от матерей с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста.

Орифов М.Б1., Юлдошев У. Р1., Джураров А. М2.

ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

²ГУ Согдийский областной онкологический центр.

Научный руководитель – д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучения функционирования цитокинов крови при раке молочной железы, для понимания механизмов развития злокачественного новообразования и эффективность иммунотерапии.

Материал и методы. Нами изучено особенности цитокиновой регуляции иммунитета в зависимости от наличия гиперэкспрессии Her-2/neu в опухолевой ткани у 42 женщин с раком молочной железы (РМЖ). Женщин с раком молочной железы разделены на 2 группы: 1 группа n=16 (38,1%) с гиперэкспрессии Her-2/neu и 2 группа n=26 (61,9%) без гиперэкспрессии Her-2/neu. Всем больным проведено исследование фактор некроза опухоли (ФНО-α), интерлейкины (IL-1β и IL-6). Вычислены соотношения значений цитокинов к значениям контрольной группы.

Результаты исследования. Выявлено, что ФНО-α в группе женщин РМЖ с и без гиперэкспрессии Her-2/neu составил 4,85 и 3,4 соответственно. IL-1β был равен 1,94 и 1,5 соответственно. IL-6 в группе женщин РМЖ с и без гиперэкспрессии Her-2/neu составил 7,4 и 3,2 соответственно. Следовательно, максимальное повышение ФНО-α и IL-6 в сыворотке крови наблюдалось в группе женщин РМЖ с гиперэкспрессией Her-2/neu. IL-6 может продуцироваться злокачественными клетками опухолей, при этом высокий уровень IL-6 может препятствовать эффективной иммунотерапии.

Многообразие биологических эффектов цитокинов, их ключевая роль как медиаторов взаимодействий в поддержании гомеостаза предполагают участие их во многих патологических процессах, в том числе и при злокачественных новообразованиях. Патогенез многих патологических процессов обусловлен нарушением баланса в системе цитокинов. Учитывая различного рода сведения о значительной роли цитокинов в развитии патологических процессов организма, представляется целесообразным исследование изменений цитокинового спектра при РМЖ. Эти исследования особенно важны для понимания механизмов развития злокачественных новообразований. Имеющиеся в литературе данные об изменениях цитокинов у больных со злокачественными опухолями, и в частности, при РМЖ носят неоднозначный характер и часто противоречивы. Множество различных факторов, в том числе наличие экспрессии генов агрессии, исходное состояние иммунной системы требуют более детального изучения для дальнейших исследований в данной области. Особенно важным является исследование цитокинов при агрессивных формах опухолей, в частности при Her-2/neu положительных опухолях, когда наблюдается молодой возраст больных и агрессивность течения. В связи с этим выявлено, что за счет гиперэкспрессии этого антигена наблюдается ускорение пролиферации и роста злокачественных клеток, что сопровождается ранним метастазированием злокачественного процесса. Her-2/neu может обуславливать резистентность опухоли к цитостатикам и к эндокринотерапии за счет вмешательства в фосфорилизацию апоптотических протеинов и рецепторов эстрогенов. По литературным данным известно, что стимуляция Her-2/neu приводит к запуску транскрипционных механизмов, которые и ускоряют пролиферацию и рост злокачественных клеток.

Выводы. При раке молочной железы изучение цитокиновой регуляции иммунитета для понимания механизмов развития злокачественного новообразования показывает максимальное повышение ФНО-α и IL-6 в сыворотке крови в группе с гиперэкспрессией Her-2/neu. IL-6 может продуцироваться злокачественными клетками опухолей, при этом высокий уровень IL-6 может препятствовать эффективной иммунотерапии.

Орифов М.Б1., Юлдошев У. Р1., Джураров А. М2.

НЕКОТОРЫЕ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

²ГУ Согдийский областной онкологический центр

Научный руководитель – д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучения некоторые иммунобиологические аспекты рака молочной железы.

Материал и методы. Нами изучено состояние иммунитета у 42 женщин раком молочной железы в зависимости от экспрессии Her-2/neu. Женщин с раком молочной железы разделены на 2 группы: 1 группа n=16 (38,1%) с гиперэкспрессии Her-2/neu, 2 группа n=26 без гиперэкспрессии Her-2/neu. Экспрессию Т-клеточных маркеров лимфоцитов определяли по относительному числу CD3+ Т-лимфоцитов, CD4+ Т-хелперов/индукторов и CD8+Т-цитотоксических лимфоцитов, а также по значению соотношения CD4+/CD8+ (иммунорегуляторный индекс – ИРИ). Изучено функциональной активности В-лимфоцитов, естественные факторы защиты активностью экспрессии CD16+ и CD56+ на ЕКК. Маркеры активации лимфоцитов изучено по повышению экспрессии CD38+ и подавлением экспрессии CD95+ на лимфоцитах. Гуморальное звено иммунитета изучали по экспрессии маркера CD20+ на В-лимфоцитах и по сывороточной концентрации основных классов иммуноглобулинов IgA, IgG и IgM.

Результаты исследования. Представлены иммунобиологические параметры женщин РМЖ с изучением особенностей иммунореактивности. Ведущее значение в противоопухолевой защите организма придается клеточ-

ному звену иммунитета, где ключевую роль играют Т-лимфоциты. Выявлено, что клеточный иммунный ответ при РМЖ характеризовался некоторыми особенностями: выраженный Т – клеточный иммунодефицит, который проявился дефицитом CD4+Т-хелперов/индукторов на фоне повышения числа CD8+Т-лимфоцитов. Однако, несмотря на повышенное число CD8+Т-цитотоксических лимфоцитов, наблюдалось подавление их абсолютных значений, главным биологическим предназначением которых, является санация организма от чужеродных агентов и уничтожение опухолевых клеток. Возможно, снижение абсолютного числа Т - цитотоксических лимфоцитов, свидетельствовало о неполноценности иммунного ответа. В результате дисбаланса субпопуляций Т-лимфоцитов отмечалось значительное снижение иммунорегуляторного индекса, что является показателем неадекватности иммунного реагирования. Кроме того, дисбаланс в клеточном звене вызвал выраженные изменения со стороны гуморальных факторов защиты. Изучение функциональной активности В-лимфоцитов выявило наличие определенного дисбаланса в продукции иммуноглобулинов. Естественные факторы защиты характеризовались повышенной активностью экспрессии CD16+ и CD56+ на ЕКК. Маркеры активации лимфоцитов характеризовались повышением экспрессии CD38+ и подавлением экспрессии CD95+ на лимфоцитах. Выявлен Т - клеточный иммунодефицит при РМЖ, который был сопряжен с дисбалансом основных иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4+Т-хелперов/индукторов и CD8+Т-цитотоксических лимфоцитов). При РМЖ наблюдалась повышенная экспрессия CD20+ на В-лимфоцитах и некая тенденция к повышению сывороточных IgG и IgA в периферической крови. Повышение CD16+ЕКК и CD56+ЕКК свидетельствует о значительном увеличении незрелых форм ЕКК, что часто наблюдается при злокачественных процессах.

Выводы. При раке молочной железы отмечается Т - клеточный иммунодефицит, с дисбалансом основных иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, дисбаланс в продукции иммуноглобулинов, повышенной активностью экспрессии естественные факторы защиты CD16+ и CD56+ на ЕКК характерные опухолевых процессах.

Орифов М.Б1., Юлдошев У. Р1., Джураев А. М2.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКСПРЕССИИ Her-2/neu

¹Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

²ГУ Согдийский областной онкологический центр.

Научный руководитель – д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучения состояние иммунитета у женщин раком молочной железы в зависимости от экспрессии Her-2/neu, для оценки тяжести, прогноза и лечения онкологического процесса.

Материал и методы. Нами проанализированы особенности иммунореактивности женщин раком молочной железы (РМЖ) в зависимости от экспрессии Her-2/neu. В зависимости от степени экспрессии тирозинкиназного рецептора (Her-2/neu) на гистологическом материале, женщины РМЖ были разделены на 2 группы: с отсутствием гиперэкспрессии n=26 (69,9%) и наличием гиперэкспрессии Her-2/neu n=26 (69,9%). Проведено анализ лимфоцитов, Т-хелперов/индукторов, иммунорегуляторный индекс, Т - цитотоксических лимфоцитов, ЕКК, CD56+, IgG и ЦИК. На нашем материале исследована экспрессия Her-2/neu на гистологических срезах при РМЖ.

Результаты исследования. Изучению иммунной системы при РМЖ посвящены многочисленные работы. Однако, проблема остается актуальной в связи с выраженной агрессивностью злокачественного процесса. В литературы показаны факторы, позволяющие опухоли ускользать от иммунной системы. В связи вышесказанным, проведены исследования по изучению экспрессии онкогенных факторов при РМЖ, влияющие на течение и исход онкологического процесса. Данные исследования в клинике позволят уточнить тяжесть онкологического процесса, прогнозировать исход заболевания и конечно определить выбор специфическое лечения, который имеет место при повышенной экспрессии антигенов. Полагают, что за счет гиперэкспрессии этого антигена наблюдается ускорение пролиферации и роста злокачественных клеток, что сопровождается ранним метастазированием злокачественного процесса. Кроме того, Her-2/neu может обуславливать резистентность опухоли к цитостатикам и к эндокринотерапии за счет вмешательства в фосфорилиацию апоптотических протеинов и рецепторов эстрогенов. Представилось интересным исследовать особенности клеточные факторы иммунитета в зависимости от наличия гиперэкспрессии Her-2/neu в опухолевой ткани. У 42 женщин РМЖ на гистологическом материале изучена экспрессия антигена Her-2/neu. У 16 женщин РМЖ идентифицирована положительная гиперэкспрессия Her-2/neu, что составило 38,1%. Из них ++ верифицированы на гистологическом материале у 6-и женщин, а +++ идентифицированы на 10-и гистологических срезах. Средний возраст женщин с гиперэкспрессией Her-2/neu составил 36,8±2,2 лет. У остальных 26 женщин (61,9%) гиперэкспрессия Her-2/neu не выявлена. Следовательно, из числа обследованных женщин РМЖ у 38,1% был выявлен положительный результат по гиперэкспрессии Her-2/neu, что согласуется с данными мировой литературы. Гиперэкспрессия Her-2/neu коррелировала с прогностически важными неблагоприятными признаками, такие как молодой возраст, инфильтративный рост опухоли, высокая степень злокачественности процесса и большие размеры первичной опухоли с сопутствующим метастатическим поражением лимфатических узлов. Основываясь на том, что гиперэкспрессия Her-2/neu является злокачественным маркером течения РМЖ, мы посчитали необходимым исследовать иммунологические параметры женщин РМЖ в зависимости от наличия гиперэкспрессии Her-2/neu. И в связи с этим женщины РМЖ были разделены на 2 группы: с наличием гиперэкспрессии Her-2/neu и без гиперэкспрессии Her-2/neu. Выявлены разнонаправленные изменения в состоянии клеточного и гуморального звеньев иммунной системы женщин РМЖ с и без гиперэкспрессии Her-2/neu. Для женщин РМЖ с гиперэкспрессией Her-2/neu оказались характерными выраженное снижение общего числа лимфоцитов, Т-

хелперов/индукторов, иммунорегуляторного индекса при повышении числа Т - цитотоксических лимфоцитов, ЕКК, несущих маркер CD56+ и повышение концентрации IgG и ЦИК 4%.

Выводы. У женщин раком молочной железы с гиперэкспрессией Her-2/neu характерны выраженное снижение общего числа лимфоцитов, Т-хелперов/индукторов, иммунорегуляторного индекса при повышении числа Т - цитотоксических лимфоцитов, ЕКК, несущих маркер CD56+ и повышение концентрации IgG и ЦИК, что можно использовать в оценки тяжести, прогноза и лечения онкологического процесса.

Остонаева О.М., Мусоев С.Ш.

ТРУБНАЯ ФОРМА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель-д.м.н., профессор Мухсинзода Г.М.

Цель исследования. Оценить клинико-anamnestические особенности трубной формы внематочной беременности, структуру сопутствующей хирургической патологии и их влияние на выбор тактики оперативного лечения и объем хирургического вмешательства.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 57 историй болезни пациенток с трубной формой внематочной беременности, оперированных в 2025 году в условиях экстренного восстановительного стационара. Возраст пациенток варьировал от 19 до 42 лет, средний возраст составил $29,8 \pm 5,6$ года.

Критериями включения являлись: подтвержденная трубная локализация плодного яйца по данным ультразвукового исследования органов малого таза. Исключались пациентки с другими формами эктопической беременности (яичниковая, шеечная, интерстициальная, брюшная).

Результаты исследования. Наиболее частыми клиническими проявлениями являлись боли внизу живота (92,0%), задержка менструации (88,5%) и кровянистые выделения из половых путей (54,0%). У 26 (44,8%) пациенток диагностирован разрыв маточной трубы с развитием внутрибрюшного кровотечения различной степени выраженности. Средний объем гемоперитонеума составил 350 ± 120 мл.

По локализации трубной беременности преобладала ампулярная форма (63,2%), реже выявлялись истмическая (21,8%) и фимбриальная (15,0%) локализации. Правосторонняя локализация отмечена у 52,9% пациенток, левосторонняя — у 47,1%.

Органосохраняющие операции (сальпинготомия) выполнены у 18 (31,5%) пациенток при отсутствии массивного разрушения трубы и стабильной гемодинамике. В 3 (5,26%) случаях произведена сальпингэктомия в связи с разрывом трубы, выраженными деструктивными изменениями или повторной эктопической беременностью в той же трубе.

Сопутствующая хирургическая патология выявлена у 40 (70,1%) пациенток. В структуре сопутствующих заболеваний преобладали: спаечная болезнь брюшной полости (15,4%), кисты яичников (49,1%). В 40 (70,1%) случаях выполнены симультанные оперативные вмешательства: адгезиолизис и кистэктомия яичника или яичников.

Наличие сопутствующей хирургической патологии достоверно увеличивало продолжительность оперативного вмешательства (в среднем на 25–35 минут) и объем интраоперационной кровопотери ($p < 0,05$). У пациенток со спаечным процессом отмечалась более высокая частота разрыва трубы и выраженного гемоперитонеума.

Послеоперационный период у большинства пациенток протекал без осложнений. Ранние послеоперационные осложнения (субфебрилитет, анемия средней степени) зарегистрированы у 9,2% больных. Средняя продолжительность госпитализации составила $4,6 \pm 1,2$ койко-дня.

Выводы. Трубная форма внематочной беременности остается актуальной проблемой urgentной гинекологии, нередко сопровождаясь развитием внутрибрюшного кровотечения и необходимостью экстренного хирургического вмешательства. Почти у трети пациенток выявляется сопутствующая хирургическая патология органов брюшной полости и малого таза, что требует комплексного интраоперационного подхода и расширения объема вмешательства.

Отаев Ш.З., Додихудоев Р.А., Холбеков А.М.

КОРРЕКЦИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК ОСНОВНОГО КОМПОНЕНТА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

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

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Оценка эффективности программной санации брюшной полости и лаважа тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором при лечении распространённого гнойного перитонита с острой печёночной недостаточностью.

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 диагнозом распространённый гнойный перитонит, подтверждённый клинически и интраоперационно, разделённых на основную ($n=35$) и контрольную ($n=34$) группы. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу,

тяжести состояния и сопутствующим заболеваниям, что позволило объективно оценить эффективность применяемых методов коррекции острой печёночной недостаточности. Оценивались клинические показатели, динамика биохимических маркеров печени (билирубин, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, ГГТ, глюкоза, мочевины, креатинин), белковые фракции крови, показатели системы гемостаза, уровни прокальцитонина, интерлейкина-6 и D-димера, данные УЗИ, доплерографии и дуплексного ангиосканирования печени. Контроль микробной контаминации осуществлялся с помощью анализа брюшного экссудата на 1, 3, 7 и 15 сутки после операции.

Результаты исследования. Интраоперационно у большинства пациентов отмечалось выраженное снижение рН экссудата брюшной полости до 6,4–6,7, что свидетельствовало о выраженном воспалительном процессе и метаболическом ацидозе. На фоне программной санации брюшной полости и лаважа тонкого кишечника отмечалась положительная динамика показателей. На 3 сутки рН повышался до 6,8–7,0, на 5 сутки - до 7,0–7,2, что свидетельствовало о снижении выраженности воспалительного процесса. Параллельно наблюдалось улучшение биохимических показателей функции печени: снижение уровня общего билирубина, активности АлАТ и АсАТ, щелочной фосфатазы и ГГТ, нормализация показателей белкового обмена. Также отмечалось уменьшение концентрации интерлейкина-6, прокальцитонина и D-димера, что свидетельствовало о снижении выраженности системной воспалительной реакции и эндогенной интоксикации. По данным литературы, при использовании традиционных методов лечения летальность при распространённом гнойном перитоните достигает 30–40%, что обусловлено выраженной эндогенной интоксикацией и развитием полиорганной недостаточности. Применение программной санации брюшной полости и ионизированного физиологического раствора способствовало более быстрому восстановлению кислотно-щелочного равновесия, снижению бактериальной контаминации и уменьшению токсической нагрузки на печень.

Выводы. Программная санация брюшной полости и лаваж тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором являются высокоэффективным методом лечения распространённого гнойного перитонита с острой печёночной недостаточностью. Сравнительный анализ показал, что внедрение предлагаемой методики позволяет значительно улучшить клинические, лабораторные и морфологические показатели, ускоряет восстановление функций жизненно важных органов и существенно снижает летальность. Метод способствует ускоренному восстановлению функции печени, снижает выраженность полиорганной недостаточности и значительно уменьшает летальность.

Отаев Ш.З., Валиев Б.К., Додихудоев Р.А.

РОЛЬ рН-МЕТРИИ ЭКССУДАТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ВЫЯВЛЕНИИ И КОРРЕКЦИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбанова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Изучить диагностическое и прогностическое значение рН-метрии экссудата брюшной полости в выявлении и коррекции печёночной недостаточности у 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 ибни Сино, клинической базой которой является Городская клиническая больница скорой медицинской помощи. В исследование включено 69 пациентов с диагнозом распространённый гнойный перитонит, подтверждённый клинически и интраоперационно. Мужчины составили 41 (59,4%), женщины - 28 (40,6%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 74 лет. По этиологии перитонита распределение было следующим: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки - 30,4%, деструктивный аппендицит - 26,1%, перфорация кишечника - 20,3%, деструктивный холецистит - 13,0%, другие причины - 10,2%. Нормальные значения рН биологических жидкостей организма находятся в пределах 7,35–7,45 и играют важную роль в поддержании гомеостаза. Нарушение кислотно-щелочного равновесия экссудата брюшной полости отражает тяжесть воспалительного процесса и степень эндогенной интоксикации. рН-метрия экссудата брюшной полости выполнялась интраоперационно и в послеоперационном периоде через дренажи на 1, 3, 5 и 7 сутки лечения. Всем пациентам проводилась программная санация брюшной полости ионизированным физиологическим раствором и лаваж тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором. Одновременно оценивались биохимические показатели функции печени: общий билирубин, общий белок, глюкоза, мочевины, креатинин, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, ГГТ, а также маркеры воспаления и интоксикации - интерлейкин-6, D-димер и прокальцитонин.

Результаты исследования. Интраоперационно у большинства пациентов отмечалось выраженное снижение рН экссудата брюшной полости до 6,4–6,7, что свидетельствовало о выраженном воспалительном процессе и метаболическом ацидозе. На фоне программной санации брюшной полости и лаважа тонкого кишечника отмечалась положительная динамика показателей. На 3 сутки рН повышался до 6,8–7,0, на 5 сутки - до 7,0–7,2, что свидетельствовало о снижении выраженности воспалительного процесса. Параллельно наблюдалось улучшение биохимических показателей функции печени: снижение уровня общего билирубина, активности АлАТ и АсАТ, щелочной фосфатазы и ГГТ, нормализация показателей белкового обмена. Также отмечалось уменьшение концентрации интерлейкина-6, прокальцитонина и D-димера, что свидетельствовало о снижении выраженности системной воспалительной реакции и эндогенной интоксикации. Применение программной санации брюшной полости и ионизированного физиологического раствора способствовало более быстрому восстановлению кислотно-щелочного равновесия, снижению бактериальной контаминации и уменьшению токсической нагрузки на печень.

Выводы. рН-метрия экссудата брюшной полости является информативным методом ранней диагностики тяжести воспалительного процесса при распространённом гнойном перитоните. Динамическое определение рН позволяет своевременно выявлять развитие печёночной недостаточности и объективно оценивать эффективность проводимого лечения. Программная санация брюшной полости и лаваж тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором способствуют нормализации кислотно-щелочного состояния экссудата, улучшению биохимических показателей функции печени и снижению выраженности системной воспалительной реакции, что повышает эффективность лечения и снижает риск летальных исходов.

Отаев Ш.З., Абдурахмонзода Л.А., Эрадж Дж.П.

РОЛЬ ИММУНОКОРРЕКЦИИ КАК КЛЮЧЕВОГО ФАКТОРА В ЛЕЧЕНИИ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексной иммунокоррекции при лечении больных с третичным перитонитом на фоне программной санации брюшной полости и лаважа ионизированным физиологическим раствором.

Материал и методы. В исследование было включено 72 пациента с диагнозом третичный перитонит, находившихся на кафедре хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбанова ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, клинической базой которой является Городская клиническая больница скорой медицинской помощи. Среди пациентов 44 мужчины (61,1%) и 28 женщин (38,9%) в возрасте от 19 до 75 лет. Этиологическая структура включала несостоятельность швов анастомоза (47,2%), повторную перфорацию кишечника (25,0%), деструктивный аппендицит (16,7%) и другие причины (11,1%). Сопутствующие заболевания включали хронические патологии печени, сахарный диабет, ишемическую болезнь сердца и артериальную гипертензию. Нормальный иммунный статус обеспечивает поддержание гомеостаза, адекватный противоинфекционный ответ и регуляцию воспалительной реакции; в исследовании оценивались показатели CD4⁺ (норма 40–60%), CD8⁺ (20–35%) и уровни иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG. Пациентам проводилась комплексная терапия, включавшая программную санацию брюшной полости и лаваж тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором, внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), плазмаферез и применение отечественного иммуномодулятора Тимоцин. В динамике оценивались биохимические показатели функции печени (билирубин, общий белок, глюкоза, мочевины, креатинин, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, ГГТ), а также маркеры воспаления и интоксикации (интерлейкин-6, прокальцитонин, D-димер).

Результаты исследования. У пациентов основной группы отмечалось восстановление иммунного статуса: CD4⁺ повышался до 42–55%, CD4⁺/CD8⁺ нормализовалось, уровни IgG и IgM достигали нормы на 3–5 сутки. Биохимические показатели печени улучшались параллельно: снижение билирубина, АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы и ГГТ, нормализация белка и глюкозы крови. Уровни интерлейкина-6, прокальцитонина и D-димера снижались уже на 3 сутки, приближаясь к норме на 5–7 сутки. Использование комплексной иммунокоррекции ускоряло восстановление функции печени, снижало выраженность полиорганной недостаточности и эндогенной интоксикации. При традиционных методах летальность при третичном перитоните достигает 40–50%, что связано с выраженным иммунодефицитом и поздней коррекцией полиорганной недостаточности. В нашем исследовании летальность снизилась до 15,3%.

Выводы. Комплексная иммунокоррекция при третичном перитоните является ключевым фактором эффективного лечения, способствуя восстановлению иммунного статуса, нормализации функции печени и снижению выраженности полиорганной недостаточности. Сочетание ВЛОК, плазмафереза, применения Тимоцина и программной санации брюшной полости с ионизированным физиологическим раствором ускоряет нормализацию биохимических и иммунологических показателей, уменьшает эндогенную интоксикацию и снижает риск летального исхода. Введение данной методики позволяет значительно улучшить клинические, лабораторные и морфологические показатели, повышает эффективность лечения и снижает летальность у пациентов с третичным перитонитом.

Отахонов Ф.Х., Ализода Г.А., Абдулов М.А.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ПОЛОСТИ НОСА

Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

ЦРБ Дангаринского района.

Научный руководитель – к.м.н., Холов А.Д

Цель исследования. Оценка эффективности различных методов диагностики и лечения полипов полости носа, а также выявление факторов, влияющих на исход терапии.

Материал и методы. Исследование проведено с участием 8 пациентов в ЛОР-отделении ЦРБ Дангаринского района в течение 2024–2026 гг. у которых был установлен диагноз «полиповидные образования в полости носа». Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от метода лечения: Консервативное лечение (группа А) – 3 пациента, получавших кортикостероиды и антигистаминные, противовоспалительные препараты, антибиотики и растворы для промывания полости носа. Комбинированное лечение (группа В) – 5 пациентов получавших как медикаментозную терапию- кортикостероиды и антигистаминные, противовоспалительные препараты, антибиотики и растворы для промывания полости носа, а также хирургическое вмешательство - полипотомия (удаление полипов из полости носа). Для оценки эффективности лечения использова-

лись следующие методы: клиническое обследование (анализ симптомов- затрудненное носовое дыхание, насморк, обонятельные нарушения, давление и дискомфорт, головные боли, храп и апноэ во сне, зуд и раздражение, слизистые выделения из полости носа и их интенсивности). Риноскопия- осмотр полости носа- полиповидные образования в полости носа и слизистые выделения из полости носа. Компьютерная томография (КТ) для оценки анатомических изменений- увеличение слизистой оболочки, обструкция носовых проходов, изменения в околоносовых пазухах.

Результаты исследования. Результаты показали, что в группе А улучшение состояния наблюдалось у 10% пациентов, отмечались повторные обращения пациентов в стационар. В группе В улучшение состояния наблюдалось у 90% пациентов. Кроме того, пациенты из группы В отмечали улучшение качества жизни по сравнению с группой А.

Выводы. Исследование показало, что комбинированный подход к лечению полипов полости носа - полипотомия и консервативное лечение является наиболее эффективным методом, обеспечивающим высокие показатели клинического улучшения и повышения качества жизни пациентов. Консервативное лечение показало низкую эффективность, что подчеркивает необходимость хирургического вмешательства в случае значительных проявлений заболевания.

Отахонов Ф.Х., Зарипова Н.С., Ализода Г.А.

ЛОР- ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОР- ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Многопрофильная областная клиническая больница г.Куляб имени А.Хакназарова.

Научный руководитель – к.м.н., Холов А.Д.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости различных лор-заболеваний и основные методы их лечения в условиях многопрофильной областной клинической больницы г.Куляб имени А.Хакназарова.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 837 пациентов, поступивших в ЛОР-отделение многопрофильной областной клинической больницы г.Куляб имени А.Хакназарова в период 2024–2025 гг. с диагнозом хронический тонзиллит - 369 (44%), искривление перегородки носа-351(42%), полипы носа-25 (3%), хронический гайморит-25 (3%), киста гайморовых пазух-5 (0,6%), острый фронтит - 21 (2,5%), риносколиоз - 3 (0,35%), ринокифоз - 4 (0,47%), ринолордоз - 2 (0,23%), аденоиды 2-3 степени - 32 (3,8%).

Результаты исследования. Исследование показало, что наиболее часто встречаемыми заболеваниями ЛОР-органов стали 369 (44%) пациентов с хроническим тонзиллитом и 351 (42%), пациентов с искривлением перегородки носа, которым проведено хирургическое лечение – тонзиллэктомия и септопластика. У 25 (3%) больных с полипом носа проведена полипотомия. При заболеваниях околоносовых пазух 25 (3%) больным с хроническим гайморитом и 5 (0,6%) больным с кистами гайморовых пазух проведена гайморотомия. При аденоидах 2-3 степени, которые в основном встречается в детском возрасте у 32 (3,8%) детей проведена аденотомия. В 2025 году в ЛОР-отделении проведено в 9 (1,07%) пациентов с риносколиозом, ринокифозом, ринолордозом проведена хирургическая операция- ринопластика. У 21 (2,5%) больных с острым фронтитом проведена анемизация полости носа с сосудосуживающими растворами. Кроме хирургических вмешательств у всех пациентов проведено консервативное лечение -кортикостероиды, антигистаминные, противовоспалительные препараты и местные сосудосуживающие препараты, антибиотики и растворы для промывания полости носа.

Выводы. Наиболее частыми встречаемыми формами ЛОР-заболеваний стали хронический тонзиллит и искривление перегородки носа 720 пациентов (86%), которым проведено хирургическое лечение в виде – тонзиллэктомии и септопластики.

Отахонов Ф.Х., Рахматов П.А., Орифов Х.Дж.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ

Кафедра хирургических дисциплин № 4, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Холов А.Д.

Цель исследования. Проанализировать структуру и частоту хирургических вмешательств на полости носа и околоносовых пазухах в ЛОР-отделении многопрофильной клинической больницы города Куляб имени А. Хакназарова.

Материал и методы. Материалом исследования послужили данные 410 историй болезни ЛОР-отделения многопрофильной клинической больницы города Куляб имени А. Хакназарова за 2024-2025 годы. Был проведён статистический анализ частоты встречаемости каждой патологии и структуры оперативной активности.

Результаты исследования. В ходе анализа установлено, что за 2024–2025 годы в отделении выполнено 410 операций на полости носа и околоносовых пазухах. Наибольшее количество вмешательств пришлось на септопластику - 351 операция (85,6% от общего числа). Это говорит о том, что искривление носовой перегородки является самой частой патологией, требующей хирургического лечения. Полипотомия носа выполнена 25 пациентам (6,1%). Столько же - 25 операций (6,1%) - составила гайморотомия, которую проводили при гнойном гайморите и кистах гайморовой пазухи. Таким образом, воспалительные заболевания и полипозные процессы встречаются с одинаковой частотой и занимают второе место в структуре операций.

Ринопластика проведена 9 пациентам (2,2%). Среди них распределение по видам деформации наружного носа следующее: риносколиоз (боковое искривление) - 3 случая, ринокифоз (горбинка) - 4 случая, ринолордоз (западение спинки носа) - 2 случая.

Выводы. Всего за 2024–2025 годы в ЛОР-отделении многопрофильной клинической больницы города Куляб имени А. Хакназарова выполнено 410 хирургических вмешательств на полости носа и околоносовых пазухах. Доминирующей патологией является искривление носовой перегородки — 351 случай (85,6%), что требует проведения септопластики как основного вида оперативного лечения. Полипозные и воспалительные заболевания околоносовых пазух наблюдались реже, но с равной частотой (по 6,1%) и в сумме составляют 12,2% от всех операций.

Охунова Ш.М., Негматова Б.М., Рахимова Н.Т.

АНАЛИЗ РАННИХ ВИЗУАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ FEMTO-LASIK

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

Научный руководитель – доцент кафедры, к.м.н. Останаева П.М.

Цель исследования. Оценить динамику восстановления некорригированной остроты зрения в раннем послеоперационном периоде после Femto-LASIK.

Материал и методы. Коррекция аномалий рефракции остаётся одной из актуальных задач офтальмологии, при этом Femto-LASIK рассматривается как современный высокоточный метод лазерной коррекции зрения. Проведён ретроспективный анализ 320 пациентов (622 глаза) в возрасте от 18 до 42 лет, средний возраст которых составлял 25 ± 6 лет, которым была выполнена лазерная коррекция зрения методом Femto-LASIK. Общая выборка составила 622 глаза, средняя исходная максимально корригированная острота зрения (CDVA) в этой группе была 0.99. Для оценки эффективности метода на здоровых глазах и исключения влияния амблиопии, в основной анализ были включены только глаза с исходной CDVA 1.0 и выше, что составило 412 глаз (66,2% от общей выборки). Критериями включения являлись пациенты с миопией и миопическим астигматизмом, не желающие носить очки и контактные линзы. До операции всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включающее определение манифестной и циклоплегической рефракции, максимально корригированной остроты зрения, авторефрактометрию, биометрию, кератотопографию, пахиметрию и комплексную оптическую когерентную томографию структур глаза (ОКТ).

Результаты исследования. Всем пациентам была выполнена лазерная коррекция методом Femto-LASIK. Наблюдение проводилось через 1 сутки и 1 месяц после вмешательства. В отобранной группе средняя исходная миопия (сферозэквивалент) составляла -3.13 ± 1.5 дптр (диапазон от -0.25 до -7.75 дптр), а средний астигматизм (цилиндр) -1.09 ± 0.8 дптр (диапазон от 0 до -5.0 дптр). Средняя CDVA до операции была 1.04. Через 1 сутки после операции оценена некорригированная острота зрения (UDVA) на 401 глазу (97,3% от отобранной группы). Показатель UDVA 1.0 и выше достигнут на 329 глазах (82,0%) от числа обследованных в этот срок. Через 1 месяц обследовано 390 глаз (94,7% от отобранной группы). В данном периоде UDVA 1.0 и выше наблюдалась на 329 глазах (84,4%). Статистически значимого влияния пола и возраста пациента на послеоперационные результаты выявлено не было. Высокая острота зрения после операции достигалась у пациентов независимо от демографических характеристик.

Выводы. Femto-LASIK обеспечивает быстрое восстановление зрительных функций в раннем послеоперационном периоде у пациентов с миопией и миопическим астигматизмом. Уже к первому месяцу после операции 84,4% этих глаз достигают некорригированной остроты зрения 1.0 и выше, что подтверждает высокую эффективность метода.

Попова А.О., Кутин Е.С., Моисеенко А.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИФАЗНЫХ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СШИВКИ НА ПРОЦЕССЫ НЕОКОЛЛАГЕНОГЕНЕЗА КОЖИ.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Научный руководитель – д.м.н., профессор Васильев Ю.Л., к.м.н., доцент Кытько О.В.

Цель исследования. Целью исследования являлось изучение влияния бифазных филлеров на основе гиалуроновой кислоты с различной степенью сшивки и длиной молекулярных цепей на морфофункциональное состояние кожи и процессы неоколлагеногенеза при возрастных изменениях, а также определение оптимальных характеристик препарата для стимуляции регенеративных процессов в дерме.

Материал и методы. Экспериментальное исследование проводилось на модели возрастных изменений кожи у кроликов породы «Советская шиншилла» в возрасте 5 лет. Лабораторные животные содержались в стандартных условиях с соблюдением требований к проведению биомедицинских исследований. Подкожно в области спины вводили бифазные филлеры на основе гиалуроновой кислоты, различающиеся концентрацией препарата, степенью сшивки и длиной молекулярных цепей. Инъекции выполнялись однократно в несколько участков кожи, при этом один участок служил контрольным. Перед введением проводилась антисептическая обработка кожи, после чего формировались папулы и линейные депо препарата для последующей идентификации зон инъекции. Экспериментальные животные были распределены на три группы в зависимости от срока исследования: через 1, 2 и 3 месяца после введения филлеров. Полученные образцы кожи подвергались гистологическому исследованию с использованием стандартных методов окрашивания.

Результаты исследования. В течение всего периода эксперимента у животных не наблюдалось воспалительных, инфекционных или иных патологических реакций в местах введения препаратов. Через 1 месяц после инъекции морфологическая структура кожи в целом сохраняла нормальное строение, однако в зонах введения филлеров отмечалось умеренное уплотнение соединительнотканых структур дермы и гиподермы. Наиболее

выраженные морфологические изменения были выявлены через 2 месяца после введения препаратов. В этот период отмечалось увеличение плотности коллагеновых волокон, повышение количества фибробластов и признаки активного ремоделирования внеклеточного матрикса. Наиболее выраженная стимуляция соединительнотканых структур наблюдалась в участках введения филлеров с более высокой степенью сшивки гиалуроновой кислоты и большей длиной молекулярных цепей. Через 3 месяца после инъекции полученные морфологические изменения сохранялись, однако их выраженность существенно не отличалась от результатов, зафиксированных на втором месяце наблюдения.

Выводы. Проведенное экспериментальное исследование показало, что подкожное введение бифазных филлеров на основе гиалуроновой кислоты с различной степенью сшивки является безопасной процедурой и не сопровождается развитием воспалительных или патологических реакций. Установлено, что такие препараты оказывают стимулирующее воздействие на соединительную ткань кожи, способствуя активации фибробластов и усилению синтеза коллагена. Наиболее выраженные морфологические изменения наблюдаются при использовании филлеров с более высокой степенью сшивки и большей длиной молекулярных цепей гиалуроновой кислоты. Пик стимулирующего эффекта отмечается примерно через два месяца после введения препарата, что может служить ориентиром для определения оптимального интервала между процедурами.

Пулатова С.В.

СПЕЦИФИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ РАЗВИТИЕМ ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ.

Кафедры Хирургические болезни и трансплантология №1 Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Научный руководитель: старший преподаватель Юлдашов П.А.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж при выраженной подкожно-жировой клетчатке.

Материал и методы. Исследование основано на клинко-лабораторном обследовании 109 больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ), которые были оперированы в период с 2015 по 2024 год.

Результаты исследования. В исследуемый период (2015–2024 годы) выбор методики герниопластики основывался на количественной оценке факторов риска развития осложнений как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Лапароскопическая протезирующая герниопластика выполнялась при наличии малых и средних грыж (W1–W2), соответствующих размерам дефектов апоневроза до 10 см. Учитывалось, что все пациенты этой группы ранее перенесли операции на органах брюшной полости, что обусловило наличие спаечной болезни средней степени выраженности.

Для оптимизации лапароскопической герниопластики в условиях выраженной подкожно-жировой клетчатки был разработан и применен модифицированный троакар с пневматическими фиксаторами. Устройство обеспечивает надежную фиксацию троакара в тканях передней брюшной стенки, герметизацию брюшной полости и предотвращение утечек углекислого газа при инсuffляции.

Модифицированный троакар включает две раздувные полимерные манжеты, закрепленные на несущей полимерной трубке. Принцип работы:

1. Троакар вводится через предварительно вскрытую брюшную стенку.
2. Нижняя манжета раздувается под апоневрозом, обеспечивая начальную фиксацию.
3. Троакар подтягивается, фиксируясь на уровне задней стенки апоневроза.
4. Верхняя манжета раздувается над апоневрозом, создавая герметичное положение устройства.

Для надувания манжет использовался шприц объемом 20 мл. После завершения операции манжеты сдувались, и троакар извлекался. Использование устройства минимизировало риск повреждения тканей и обеспечивало свободное движение лапароскопа.

Выводы. Совершенствование технических аспектов (включая использование модифицированного троакара) позволило оптимизировать ход операции, минимизировать потери пневмоперитонеума, сократить длительность операции ($96,5 \pm 1,9$ до $71,1 \pm 1,2$ минут) и улучшить послеоперационные результаты.

Сравнительный анализ лапароскопического и открытого методов герниопластики выявил преимущества лапароскопического метода, включая сокращение длительности болевого синдрома (в 2 раза), более раннюю активизацию пациентов (в 2,8 раза) и снижение частоты послеоперационных осложнений.

Равшанов Ш.У.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ВОСХОДЯЩЕМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Кафедра хирургических болезней №2 СамГМУ, Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель — д.м.н., заведующий кафедрой Рузибоев С.А.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндовенозной лазерной облитерации у пациентов с острым восходящим варикотромбофлебитом ствола большой подкожной вены в сравнении с антикоагулянтной терапией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, включившее 64 пациента с острым восходящим варикотромбофлебитом ствола БПВ, находившихся на лечении в 2022–2024 гг.

Критерии включения: длительность симптомов ≤ 14 суток, проксимальная граница тромба ≥ 3 см от

сафено-фemorального соустья по данным ультразвукового ангиосканирования, возраст 18–80 лет. Критерии исключения: флотирующий тромб, распространение тромба <3 см от соустья, тромбоз глубоких вен или тромбоз болевой артерии при поступлении, онкологические заболевания, известные тромбофилии.

Тактика лечения определялась сосудистым хирургом на основании клинической картины и данных ультразвукового исследования. Основная группа (n=32) — выполнена ЭВЛО тромбированного ствола БПВ с использованием радиального световода (1470 нм, LEED 70–80 Дж/см) под тумесцентной анестезией. Световод позиционировался под ультразвуковым контролем на 1–2 см дистальнее проксимальной границы тромба с последующей абляцией ствола БПВ. Группа сравнения (n=32) — антикоагулянтная терапия (низкомолекулярные гепарины или фондапаринукс с переходом на ПОАК не менее 45 суток) в сочетании с компрессионной терапией II класса.

Первичные конечные точки: технический успех (полная окклюзия БПВ), комбинированная безопасность (прогрессия тромба до соустья, ТГВ или ТЭЛА в течение 30 суток). Вторичные конечные точки: частота эндотермически индуцированного тромбоза (ЕНИТ II–IV), динамика болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале, геморрагические осложнения. Контрольное ультразвуковое исследование выполнялось на 3, 7 и 30 суток. Статистический анализ проводился с использованием точного критерия Фишера и U-критерия Манна–Уитни ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Группы не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, классу СЕАР (C2–C4), протяжённости тромбоза ($12,5 \pm 4,2$ см) и диаметру БПВ (8,4 мм). Технический успех в группе ЭВЛО составил 96,9% (31/32). Прогрессирования тромбоза до сафено-фemorального соустья, развития ТГВ или ТЭЛА в группе ЭВЛО не наблюдалось. В группе антикоагулянтной терапии проксимальное распространение тромба отмечено у 2 пациентов (6,3%; $p = 0,15$). Частота ЕНИТ II степени в группе ЭВЛО составила 3,1% (1 случай) и регрессировала на фоне краткого курса антикоагуляции. Снижение болевого синдрома $\geq 50\%$ по ВАШ на 7 сутки наблюдалось у 84,4% пациентов после ЭВЛО против 56,3% в группе антикоагулянтов ($p = 0,02$). Геморрагические осложнения в группе ЭВЛО были представлены подкожными гематомами (BARC тип 1) у 9,4% пациентов. Клинически значимых кровотечений не зарегистрировано.

Выводы. Эндовенозная лазерная облитерация является эффективным методом лечения острого восходящего варикотромбофлебита ствола большой подкожной вены при условии наличия свободного сегмента вены ≥ 3 см от сафено-фemorального соустья. Выполнение ЭВЛО у тщательно отобранных пациентов сопровождается высоким техническим успехом и низкой частотой тромбоэмболических осложнений. ЭВЛО обеспечивает более быстрое купирование болевого синдрома по сравнению с изолированной антикоагулянтной терапией. Ранняя эндовенозная абляция может рассматриваться как перспективная стратегия активной хирургической тактики при остром варикотромбофлебите.

Раджабзода Н.Ф.

ИЗМЕНЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ОСТАНОВКЕ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Узакова У.Д.

Цель исследования. Оценить особенности вагинального биотопа у пациенток с неразвивающейся беременностью.

Материал и методы. Проведено исследование микробиоценоза влагалища у 90 женщин с диагнозом неразвивающейся беременности и у 40 пациенток со спонтанным аборт (группа сравнения). Бактериологический анализ осуществлялся с забором материала из цервикального канала с последующей идентификацией микроорганизмов.

Результаты исследования. У 65,0% пациенток основной группы при бактериологическом исследовании выявлена микст-инфекция, представленная сочетанием двух и более микроорганизмов. Среди аэробной флоры преобладали условно-патогенные микроорганизмы — стафилококки и стрептококки, суммарная частота которых составила 35,0%.

В обеих группах была обнаружена грибковая инфекция, преимущественно представленная грибами рода *Candida*. Наиболее часто выявлялась *Candida albicans*, которая диагностировалась примерно в каждом третьем случае. Несмотря на наличие грибковой флоры, типичные клинические симптомы кандидоза (зуд, жжение, творожистые выделения) отсутствовали у большинства пациенток: в 75,0% случаев в основной группе и в 25,0% — в группе сравнения.

В группе женщин с неразвивающейся беременностью клинические проявления кандидоза выражались наличием патологических выделений у 11,7% обследованных и жалобами на зуд у 6,5%. В группе сравнения аналогичные жалобы отмечались у 11,1% и 5,6% пациенток соответственно.

Общие клинические показатели в обеих группах находились в пределах физиологической нормы и статистически значимо не различались.

Выводы. Анализ микробиоценоза влагалища при неразвивающейся беременности показал увеличение доли условно-патогенной микрофлоры по мере прогрессирования срока гестации. Частота грибковых поражений также возрастала с увеличением срока беременности и регистрировалась чаще, чем в ранние сроки. Спектр микроорганизмов, ассоциированных с бактериальным вагинозом, был представлен преимущественно облигатно-анаэробными бактериями родов *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Mobiluncus*. Однако их частота при неразвивающейся беременности оказалась на 4,5% ниже по сравнению с группой спонтанного аборта. Полученные данные подтверждают значимость нарушений вагинального микробиоценоза в патогенезе неразвивающейся беременности и необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Раджабзода Н.Ф.
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ПРИВЕДШИХ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Выявление и анализ основных этиологических факторов, приведших к неразвивающейся беременности.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 800 историй болезни пациенток, госпитализированных в родильный дом №1 в период с 2024 по 2026 гг. По результатам обследования неразвивающаяся беременность диагностирована у 500 (40%) женщин.

Результаты исследования. Возраст пациенток варьировал от 18 до 35 лет. Анализ клинической симптоматики показал, что наиболее частыми жалобами являлись тянущие боли в нижних отделах живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности.

Изучение случаев по срокам гестации в 73,3% наблюдений неразвивающейся беременности (НБ) диагностировалась до 12 недель. В более поздние сроки (16–20 недель) данная патология встречалась значительно реже — в 3,75% случаев. По паритету 192 (37,3%) пациентки относились к первородящим, 295 (60,3%) — к повторнородящим, и 13 (2,4%) — к многорожавшим. Отягощенный акушерский анамнез выявлен в 10 (2,08%) случаях. Среди гинекологической патологии в анамнезе отмечались эрозия шейки матки — у 26 (5,4%) женщин, кольпит — у 6 (1,25%), а рубец на матке после оперативных вмешательств — у 150 (31,2%) пациенток, что может рассматриваться как потенциальный фактор риска нарушения имплантации и развития плодного яйца. Значимую роль в развитии НБ играют инфекции, передаваемые половым путем. В анамнезе пациенток были зарегистрированы случаи токсоплазмоза (0,4%), генитального герпеса (0,2%) и трихомониаза (0,6%). Экстрагенитальная патология выявлена в 51 (10,6%) случае, при этом наиболее часто регистрировалась анемия беременных — у 37 (7,7%) женщин, хронический пиелонефрит — у 10 (2,08%), гипотиреоз — у 4 (0,8%).

При подтверждении диагноза НБ 270 (52,7%) пациенткам проведено медикаментозное прерывание беременности с использованием мифепристона и мизопростола по стандартной схеме. В 230 (47,2%) случаях выполнено инструментальное опорожнение полости матки методом кюретажа. Выбор метода зависел от срока беременности, клинического состояния пациентки и наличия противопоказаний.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о многофакторной природе НБ. Существенное значение имеют экстрагенитальная патология, прежде всего заболевания щитовидной железы и анемия, а также воспалительные заболевания органов малого таза и инфекционные процессы. Наличие в анамнезе повторных абортов, самопроизвольных выкидышей и ранее перенесенной замершей беременности также повышает риск развития данной патологии.

Абдурахмонов У.Ж., Раджабзода С.М., Давлатова М.П.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОСТНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра рентгенологии и радиологии
ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино" Таджикистан
Научный руководитель – ст.преподаватель кафедры Рахмонов Б.И.

Цель исследования. Цель исследования определение костного возраста с помощью рентгенологических методов является оценка стадий формирования и окостенения костей и их сопоставления с нормативными анатомо-возрастными показателями.

Материал и методы. Рентгенологические методы определения костного возраста основаны на анализе рентгенограмм кисти и лучезапястного сустава с использованием стандартизированных методик (например, Greulich-Pyle и Tanner-Whitehouse), что позволяет объективно оценивать степень окостенения костей и биологическое развитие человека. Исследование включало анализ рентгенограмм кисти и лучезапястного сустава 63 пациентов с нарушением развития за период 2023–2026 год с возрастным диапазоном от 10 до 18 лет.

Результаты исследования. В ходе исследования были проанализированы рентгенограммы кисти и лучезапястного сустава 63 пациентов в возрасте от 10 до 18 лет за период 2023–2026 г с различными нарушениями развития. По результатам оценки костного возраста с использованием методик Greulich-Pyle и Tanner-Whitehouse установлено, что у большинства обследованных пациентов наблюдалось несоответствие костного возраста паспортному. У 38 пациентов (60,3%) выявлено отставание костного возраста от хронологического на 1–3 года, что свидетельствует о задержке скелетного созревания. У 17 пациентов (27,0%) костный возраст соответствовал паспортному. У 8 пациентов (12,7%) отмечалось опережение костного возраста, что указывает на ускоренное биологическое развитие. Наиболее выраженные отклонения выявлялись в группе пациентов в возрасте 10–14 лет, где чаще регистрировалась задержка процессов окостенения эпифизов фаланг и костей запястья. Сравнительный анализ показал, что метод Tanner-Whitehouse обеспечивает более детальную и точную оценку стадий скелетного созревания, тогда как метод Greulich-Pyle удобен для быстрой ориентировочной диагностики. Таким образом, рентгенологические методы продемонстрировали высокую информативность и диагностическую ценность при оценке костного возраста и могут эффективно применяться для выявления нарушений биологического развития у подростков.

Выводы. Таким образом, рентгенологические методы не только служат инструментом мониторинга роста и развития, но и являются ценным клиническим инструментом для планирования наблюдения и лечения пациентов с нарушениями физического развития, особенно в возрастные периоды активного скелетного роста.

Раджабова С.Ш., Валиева. К.Э.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

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

Республиканский научный центр сердечно - сосудистой хирургии

Научный руководитель-д.м.н., профессор, член корреспондент АНРТ Гаибзода А.Ч.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов диагностики и хирургического лечения симптоматической артериальной гипертензии.

Материал и методы. Проанализированы данные 30 пациентов с симптоматической артериальной гипертензией, с вазоренальной гипертензией было- 15 случаев (50%), Феохромоцитомы — 15 случаев (50%). Диагностический алгоритм включал клинико-anamnestическую оценку, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), биохимические исследования крови, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, доплерографию почечных артерий, компьютерную томографию (КТ), определение уровня кортизола, адреналина, норадреналина, метанефринов и норметанефринов (при подозрении на феохромоцитому). Всем пациентам с ВГ выполняли МРТ, ангиографию.

Результаты исследования. У 15 пациентов с ВГ диагностирован гемодинамически значимый стеноз почечной артерии, подтвержденный данными доплерографии и КТ-ангиографии. Всем пациентам проводилась комбинированная антигипертензивная терапия; а затем в плановом порядке выполняется эндоваскулярная баллонная ангиопластика с стентированием почечной артерии. После реваскуляризации отмечено стойкое снижение уровня артериального давления и повышение потребности в медикаментозной терапии.

У 15 пациентов-Феохромоцитом, подтвержденная повышением уровня метанефринов и данными КТ надпочечников. Предоперационная подготовка включала назначение α -адреноблокаторов с последующей хирургической адреналэктомией (удаление опухоли). После оперативного вмешательства у большинства пациентов отмечена нормализация показателей артериального давления либо значительное снижение его уровня.

Выводы. Симптоматическая артериальная гипертензия является наиболее распространенным заболеванием среди лиц молодого возраста. Своевременная ее диагностика позволяет предотвратить необратимые осложнения данного состояния. Узи, КТ и контрастная ангиография позволяют распознать причины заболеваний в ранней стадии развития патологии. Опирающимся выбором при вазоренальной гипертензии является эндоваскулярная ангиопластика и стентирование, которое удалось выполнить в 204 наблюдениях. Наличие феохромоцитомы является абсолютным показателем ее удаления вместе с надпочечником.

Рамков А.Г.

ВЛИЯНИЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА БИОИМПЕДАНСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТКАНЕЙ И НА ПРОЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского института в УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь

Научный руководитель – д. м. н., доцент Ключко Д.А.

Цель исследования. Оценить влияние способов фиксации сетчатых имплантатов, шовного материала и гиалуроновой кислоты на давление разрыва передней брюшной стенки при моделировании интраабдоминальной гипертензии в эксперименте.

Материал и методы. Эксперимент выполнен на 120 морских свинках, разделённых на 6 групп. Выполняли пластику грыжевого дефекта с использованием полипропиленовых сеток, фиксированных рассасывающимися (ПГА, Сургикрол, Сургикрол Плюс) и нерассасывающимися (Даклон) швами, а также хирургическим клеем. В трёх группах дополнительно применяли 1% и 2% растворы гиалуроната натрия. На сроках 7, 14, 21 и 30 суток после операции определяли давление разрыва брюшной стенки при пневматическом растяжении до 100–110 мм рт. ст. с визуальным контролем. Дооперационно и в послеоперационном периоде проводили биоимпедансный мониторинг с использованием аппарата «Диамант-АИСТ-мини» на частотах 28 кГц и 115 кГц с расчётом диагностического коэффициента $K = Z_{115}/Z_{28}$. Наличие серомы верифицировали пальпаторно и при выводе животного из эксперимента. Статистическая обработка данных осуществлялась в SPSS Statistics v.27.

Результаты исследования. Применение растворов гиалуроновой кислоты сопровождалось статистически значимым ($p < 0,001$) снижением импеданса на частотах 28 кГц и 115 кГц в 1-е сутки после операции, что отражало уменьшение внеклеточного и внутриклеточного отека. Наиболее выраженный эффект зафиксирован в группе с адгезивной фиксацией в сочетании с гиалуронатом натрия. Серома диагностирована у 13,3% животных. Разработанный диагностический коэффициент с пороговым значением 0,92 продемонстрировал высокую специфичность (97,1%) и точность (AUC 0,85) в выявлении серомы. У животных с серомой значения импеданса на обеих частотах были достоверно ниже, чем в группе без осложнения.

Разрыв брюшной стенки зарегистрирован у 28 из 120 животных (23,3%). Наибольшая частота разрывов наблюдалась в группах без применения ГК: при пластике местными тканями – 32,1% (9/28), при пластике сеткой – 28,6% (8/28). В группах с использованием ГК частота разрывов была ниже и варьировала от 3,6% до 17,9%. Среднее давление разрыва варьировало от $35,0 \pm 7,1$ до $81,3 \pm 24,2$ мм рт. ст. Многофакторный логистический и линейный регрессионный анализ не выявили независимого влияния наличия сетчатого имплантата, типа фиксации, шовного материала и применения гиалуроновой кислоты на риск разрыва и величину давления разрыва ($p > 0,05$).

Выводы. Локальное применение гиалуроновой кислоты приводит к значимому снижению тканевого

импеданса в раннем послеоперационном периоде, что свидетельствует об оптимизации репаративных процессов. Биоимпедансный анализ с расчётом коэффициента $K = Z_{115}/Z_{28}$ является эффективным неинвазивным методом ранней диагностики послеоперационной серомы, обладающим высокой специфичностью и прогностической ценностью. Применение гиалуроновой кислоты в сочетании с различными методами фиксации сетчатых имплантатов не оказывает отрицательного влияния на механическую прочность формирующегося рубца. Наблюдаемые межгрупповые различия в частоте разрывов обусловлены индивидуальной вариабельностью, а не исследуемыми факторами. Гиалуроновая кислота может рассматриваться как безопасный компонент локальной модуляции заживления при герниопластике.

Рауфов Ф.М.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ОНКОЛОГИИ

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель - д.м.н. доц. Улмасов Ф.Г.

Цель исследования. Подбор и обоснование схем лечения периферической полинейропатии (ППН), при различных онкологических заболеваниях.

Материал и методы. Обследование и лечение было проведено в 44 случаях развития ППН. Все пациенты предъявляли жалобы на боли, онемение, покалывания, судорожные стягивания и отечность кистей и стоп, 3 (6,8%) из них также жаловались на затруднение ходьбы из-за слабости в ногах; 4 (9,1%) пациента вынуждены были прервать лечение цитостатиками до разрешения симптомов полинейропатии. При объективном исследовании у 35 (79,5%) больных выявлялись синюшность, отечность кистей и стоп, гипестезия болевой чувствительности по типу «перчаток» и «носков», из них в 14 (31,8%) наблюдениях отечность и синюшность распространялись на предплечья и голени, и гипестезия определялась в виде «высоких перчаток» и «высоких гольф».

Комплексное лечение ППН заключалось в сочетании алло-, гомеопатического лечения и гидротерапии. Что касается первого, то для лечения основного заболевания использовали различные схемы химиотерапии, включающие препараты, обладающие нейротоксическим действием — прокарбазин, винбластин, карбоплатин, оксалиплатин, доцетаксел, капецитабин.

Пациенты получали два курса терапии, в течение каждого из них все перечисленные ниже препараты принимали одновременно: 5% раствор мексидола 2,0 мл в/м ежедневно, 20 дней; берлитион (α-липоевая кислота) 0,3 г: по 1 таблетке 2 раза в день, 20 дней; диакарб 0,25 г: по 1 таблетке утром натощак через день, 10 дней; дибазол 0,02 г по 1 таблетке 1 или 2 раза в день, 10 дней; гидропроцедуры (теплый душ-массаж) на руки и ноги по 15 мин ежедневно, на курс лечения 15-20 процедур.

Результаты и обсуждение. После проведенного лечения клиническое улучшение состояния наблюдалось у всех пациентов. У 23 (52,3%) больных была отмечена полная регрессия патологических симптомов (период наблюдения от 4 до 9 мес), у 16 (47,7%) — наблюдалось выраженное улучшение состояния по субъективным и объективным показателям (уменьшение онемения и слабости в конечностях, степени выраженности других симптомов). 4 пациента были вынуждены из-за осложнений прервать химиотерапию, но затем смогли вернуться к прерванному лечению.

Выводы: Таким образом, в настоящем исследовании было подтверждено, что ППН обладает рядом клинических особенностей, основной из которых является превалирование чувствительно-вегетативного компонента нарушений над двигательным. Учитывая особенности данного контингента больных (противопоказания к физио- и грязелечению, применению биостимуляторов, неэффективность препаратов, применяемых при других видах полинейропатии), описанное комплексное лечение представляется адекватной альтернативой и может быть рекомендовано для лечения ППН.

Рауфов Ф.М.

ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель - д.м.н. доц. Улмасов Ф.Г.

Цель исследования. Изучить разных клинических явлений периферической полинейропатии (ППН) у онкологических больных после химиотерапевтического лечения.

Материал и методы. Проанализированы клинические и лечебные данные 74 пациентов, лечившихся в 2024-2025-г.г. в химиотерапевтических отделениях в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. Всем больным был диагностирован рак молочной железы и проведены операции мастэктомия. До и послеоперационном периоде им назначили курсы химиотерапии с карбоплатином, оксиплатином. Основными жалобами пациентов было на боли, онемения, отекам верхних и нижних конечностей. Некоторым пациентам из-за острых проявлений ППН вынуждены были прервать лечение цитостатиками до разрешения симптомов.

При объективном исследовании у 55 (74,3%) больных выявлялись синюшность, отечность кистей и стоп, гипестезия болевой чувствительности по типу «перчаток» и «носков», из них в 34 (45,9%) наблюдениях отечность и синюшность распространялись на предплечья и голени, и гипестезия (симптом «высоких перчаток» и «высоких гольф»). Пациенты получали два курса терапии, в течение каждого из них все перечисленные ниже

препараты принимались одновременно: 5% раствор мексидола 2,0 мл в/м ежедневно, 20 дней; берлитион (α-липоевая кислота) 0,3 г: по 1 таблетке 2 раза в день, 20 дней; диакарб 0,25 г: по 1 таблетке утром натощак через день, 10 дней; 10 дней; гидропроцедуры (теплый душ-массаж) на руки и ноги по 15 мин ежедневно, на курс лечения 15-20 процедур.

Результаты исследования. Период наблюдения пациентов после проведенной терапии колебался от 4 до 12 месяцев. Состояние пациентов оценивали по субъективным и объективным клиническим показателям (уменьшение онемения и слабости в конечностях, степени выраженности других симптомов). Проведено «прямое» (при личных обследованиях) и «непрямое» анкетирование пациентов (анкету отправляли по «Telegram» или «Whatsap»).

После проведенного лечения у всех пациентов наблюдалось клиническое улучшение общего состояния. Полная регрессия патологических симптомов была отмечена у 32 (43,2%) больных, выраженное улучшение состояния наблюдалось у 36 (48,6%) пациентов. 6 (8,1%) больным были вынуждены прервать химиотерапию из-за глубоких осложнений, но затем смогли вернуться к прерванному лечению.

Выводы. Проведенное комплексное лечение ППН у больных раком молочной железы после химиотерапии имеет ряд особенностей для данного контингента больных (противопоказания к физио- и грязелечению, применению биостимуляторов, неэффективность препаратов, применяемых при других видах полинейропатии), описанное комплексное лечение представляется адекватной альтернативой и может быть рекомендовано для лечения ППН.

Рахимзода Ш.Ш., Шерматов З.Т., Пиров К.М.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМ ЛОР-ОРГАНОВ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б.Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Проведение ретроспективного анализа частоты встречаемости травмы ЛОР органов по данным статистики экстренной службы Национального медицинского центра «Шифобахш» РТ.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ медицинских документов 8257 взрослых больных с различными травмами ЛОР –органов, которые обратились в кабинет экстренной ЛОР службы Национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахш» Республики Таджикистан за период с 2020 по 2025 годы. В качестве источника информации для ретроспективного исследования служили медицинские карты, журналы регистрации больных, записи дежурных врачей о состоянии поврежденных ЛОР –органов, протоколы хирургических процедур и вмешательств, журналы отказа больных от необходимой ургентной помощи и годовые отчетные документы. Алгоритм обследования включал осмотр ЛОР –органов, рентгенографию носа и околоносовых пазух, а при необходимости консультацию челюстно-лицевого хирурга, невропатолога и нейрохирурга.

Результаты исследования. Демографический анализ выявил преобладание лиц мужского пола – 6192 (74,9%) по сравнению с 2065 женщинами (25,1%). Возрастной диапазон обследованных пациентов варьировал от 15 до 70 лет. Абсолютное большинство травмированных - 6460 (78,2%) были люди молодого возраста от 16 до 30 лет, а пациенты среднего и выше среднего возраста составили 18,2 % от общего числа пострадавших. Среди обратившихся 68,1% составили жители города Душанбе, 31,4 % - из близлежащих районов республиканского подчинения. По причинам получения травмы пострадавшие распределились следующим образом. Бытовая травма выявлена у 3560 (43,1%)пострадавших, спортивная травма – у 2350 (28,5%), травма, полученная при дорожно-транспортных происшествиях - у 1545 (18,7%) и при строительных работах –у 415 (5,0%) больных. Следует отметить, что 387 (4,7%) пострадавших, повреждения ЛОР –органов различной степени тяжести получили в состоянии алкогольного опьянения. По характеру и тяжести травмы получены следующие статистические данные. Ушиб мягких тканей носа диагностирован у 1865 (22,6%), закрытый перелом костей носа (ЗПКН) без смещения костных отломков – у 2130 (25,8%), ЗПКН со смещением костных фрагментов носа – у 1480 (17,9%), открытый перелом костей носа со смещением костных отломков – у 1650(19,9%), сочетанная травма носа и костей лицевого черепа – у 415 (5,0%) пациентов. Повреждение ушной раковины выявлено у 432 (5,2%) и разрыв барабанной перепонки – у 285 (3,5%) обратившихся. Из общего числа обратившихся за помощью в экстренную службу, только 470 больных госпитализированы в ЛОР отделения НМЦ, что составляет всего 5,7%. Из записей в журналах и протокола хирургических вмешательств следует, что больным с открытыми травмами носа и уха проведена первичная хирургическая обработка раны в области носа и уха, редрессация костей носа при переломах костей носа со смещением костных отломков с традиционной передней марлевой тампонадой носа полости носа. Из протоколов хирургических процедур выясняется, что современные экстраназальные шины для фиксации костей носа, назальтампоны с воздупроводящей трубкой или эндоназальные силиконовые сплинты практически не использовались.

Выводы. 1. Среди повреждений ЛОР органов наиболее часто встречаются травмы костно-хрящевого каркаса носа и его мягких тканей. 2. Основными причинами травм ЛОР – органов являются бытовые, спортивные травмы и дорожно-транспортные происшествия. 3. Качество оказания экстренной помощи больным с ЛОР травмой носа требует оптимизации и кардинального улучшения.

Рахимзода Ш.Ш., Саидова Ф.Ф., Рачабзода У.М.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАВМ НОСА

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б.Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Изучить и оценить возможности эндоскопической и современной лучевой диагно-

стики при травмах носа.

Материал и методы. В период с 2024 по 2025 год в кабинете экстренной ЛОР службы Национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахш» нами обследованы 125 пациентов с травмами различного характера и тяжести. Возраст больных составил от 12 до 64 лет. Из них, мужчин было 68 (54,4%), женщин – 39 (31,2%) и детей – 18 (14,4%). Обследование больных включало эндоскопию носа и компьютерную томографию (КТ) околоносовых пазух ОНП. Эндоскопическое исследование полости носа проводили с помощью ригидных эндоскопов фирмы "Шторц" с оптикой 0°, 30° и гибким эндоскопом фирмы «Olimpus». При проведении эндоскопического исследования уделяли внимание на состояние слизистой оболочки полости носа, носовой перегородки, нижней и средней носовых раковин и остеомеатального комплекса. КТ носа и ОНП проводили в центре компьютерных исследований НМЦ на аппарате «ASTION». Исследования выполнялись в аксиальной и коронарной проекциях. Томография в аксиальной проекции осуществлялась в положении больного на спине, плоскость томографии - параллельно инфраорбито - меатальной линии, начало сканирования - горизонтальная пластинка небной кости. Томография в коронарной проекции выполнялась в положении больного лежа на спине, плоскость сканирования - перпендикулярно орбито-меатальной линии, начало сканирования - передний край орбиты. Шаг томографа составлял 4 мм, а толщина выделяемого слоя - 4мм.

Результаты исследования. Основными клиническими симптомами травм носа были припухлость и отек мягких тканей носа (95,2%), ссадины и раны на коже наружного носа (38,4%), кровотечение из носа (66,4%), крепитация и подвижность костных отломков при пальпации (60,8%) и нарушение формы наружного носа (78,4%). Эндоскопическое исследование полости носа с использованием жесткой и гибкой волоконной оптики позволили оценить степень повреждения слизистой оболочки внутриносовых структур, перегородки носа и определить источник кровотечения. В частности, у 72 (57,6%) больных выявили кровоизлияния в слизистую оболочку полости носа, у 46 (36,8%) разрывы слизистой полости носа различной локализации, у 31 (24,8%) фибриновые налеты в задних отделах носа и у 19 (15,2%) перелом перегородки носа. Эндоскопическими признаками перелома перегородки носа были гематома, изгибы перегородки носа под острым углом патологическая подвижность при зондировании отёк и кровоизлияния слизистой оболочки в месте перелома. КТ носа и ОНП позволила выявить перелом носовых костей без смещения и боковых смещений костных отломков у 58 (46,4%), лобных отростков верхней челюсти у 39 (31,2%), перегородки носа у 18 (14,4%) и у 10 (8,0%) линейные переломы стенок орбиты.

Выводы. 1. Эндоскопия полости носа позволяет выявить повреждения слизистой оболочки внутриносовых структур и источник кровотечения. Особую помощь эндоскопическое исследование оказывает в диагностике травматических повреждений задних и верхних отделов полости носа.

2. КТ носа и ОНП необходимо для определения точного объёма и характера травматических повреждений наружного носа, внутриносовых структур и стенок лицевого черепа и околоносовых пазух. Использование трёхмерной реконструкции КТ-изображений открывает новые перспективы в диагностике травматических повреждений носа и стенок ОНП.

Рахимзода У.И., Самадова М.Х.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры Юлдошева М.У.

Цель исследования. Изучить течение беременности и исходы родов у женщин после ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) за период 2023-2025 годы по городскому родильному дому №1.

Материал и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ 56 историй родов женщин. Все исследуемые женщины разделены на 2 группы: основная группа – беременные женщины после ЭКО (n=56) и группа сравнения – женщины с естественной беременностью (n=48). В обеих исследуемых группах были изучены следующие параметры: возраст, индекс массы тела (ИМТ), особенности акушерско-гинекологического анамнеза, частота сопутствующей экстрагенитальной патологии, особенности течения беременности.

Результат исследования. Средний возраст беременных в основной группе составил $34,5 \pm 2$ года; в группе сравнения составил $29,2 \pm 3$ года. В ходе анализа акушерского анамнеза у 11 (16,0%) женщин в основной группе отмечены самопроизвольные выкидыши, в группе сравнения этот показатель составлял 14 (29,15%) случаев. Из гинекологического анамнеза у 17 (30,3%) женщин в основной группе было диагностировано первичное бесплодие и 39 (69,6%) женщин было диагностировано вторичное бесплодие. В группе сравнения первичное бесплодие в анамнезе было диагностировано у 3 (6,5%) женщин и вторичного бесплодия не отмечалось. При изучении первого триместра беременности всем беременным женщинам основной группы с началом программы ЭКО назначались гестагены. При изучении течения беременности, в I - м триместре настоящей беременности в основной группе отмечалась угроза прерывания беременности у 12 (21,4%) беременных женщин, у 5 (10,8%) женщин в группе сравнения. В первом триместре беременности из основной группы ранний токсикоз был у 18 (32,1%) женщин, в основной группе был у 5 (10,8%) женщин. На втором триместре обострение хронического пиелонефрита отмечалось у 16 (28,5%) беременных женщин из основной группы и у 9 (19,5%) женщин с группы сравнения. У 11 (19,6%) беременных женщин течение беременности осложнилось гипертензивными нарушениями, в группе сравнения данное осложнение составило 3 (6,5%) случая. У 19 (33,9%) беременных женщин беременность осложнилось дородовым разрывом плодных оболочек, в группе сравнения данное осложнение возникло у 6 (13,0%) женщин, которые досрочно были госпитализированы в родильный дом. На II и III триместрах беременности в исследуемых группах была выявлена патология околоплодных вод. Так, у 16 (23,2%) женщин из основной группы встречалось многоводие, в группе сравнения у 3 (6,5%)

женщин. Маловодие в основной группе отмечалось у 7 (12,5%) женщин в основной группе, в группе сравнения отмечалось у 3 (6,5%) беременных женщин. Избыточная масса тела и ожирение 1 степени в основной группе составили 13 (23,2%) женщин, а в группе сравнения составили 8 (16,6%) женщин. Ожирение 2 степени в основной группе составили 5 (8,9%) женщин, в группе сравнения составили 3 (6,2%) женщины. При изучении экстрагенитальных заболеваний было выявлено, что в основной группе ведущее место заняли анемии легкой степени (уровень гемоглобина-90-110 г/л), которые наблюдались у 15 (26,7%) женщин, в группе сравнения - 7 (15,2%).

Заболевания желудочно-кишечного тракта достоверно чаще встречались в основной группе - 7 (23,2%) против 6 (13%) в группе сравнения. Заболевания мочевыводящих путей в анамнезе у женщин основной группы отмечались у 11 (19,4%) женщин, а в группе сравнения отмечались у 4 (8,6%) женщин.

Выводы. Результаты нашего исследования также показали, что при наступлении беременности с помощью ЭКО вероятность гипертензивных нарушений, частота токсикозов, многоводия и маловодия была выше, чем при спонтанной беременности. Учитывая полученные результаты, беременных после ЭКО следует относить к группе высокого риска по развитию акушерских осложнений.

Рахимов Х.С., Мамадаминова Х.Х., Одинаев Б.А.

КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОТРАВМ

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

Научный руководитель – д.м.н. Мухсинзода Гафур Мухсин

Цель исследования. Изучить частоту и клинические особенности формирования контрактур нижней конечности после электротравм, а также оценить результаты хирургического лечения и реабилитации пациентов.

Материал и методы. Проанализированы данные 16 пациентов с посттравматическими контрактурами нижней конечности, развившимися после перенесённых электротравм в 2023–2025 гг. Оценивались локализация контрактур (область голеностопного, коленного суставов, стопы), степень ограничения движений, вовлечение кожных покровов, мышц и сухожилий. Проводилась клиническая оценка объема активных и пассивных движений, при необходимости выполнялись рентгенологические исследования. Хирургическое лечение включало иссечение рубцовых тканей, кожную пластику местными тканями и свободными кожными трансплантами, удлинение сухожилий по показаниям. Послеоперационно проводилась этапная реабилитация.

Результаты исследования. Наиболее часто контрактуры формировались в области стопы и голеностопного сустава, что приводило к нарушению опорной и двигательной функции конечности. У большинства пациентов выявлены грубые рубцовые изменения кожи с вовлечением подлежащих тканей. Своевременная хирургическая коррекция позволила увеличить объем движений в суставах и улучшить способность к самостоятельному передвижению. Комплексное лечение с обязательной реабилитацией способствовало снижению риска рецидива деформаций.

Выводы. Контрактуры нижней конечности после электротравм являются тяжелым осложнением, значительно нарушающим функцию опоры и ходьбы. Ранняя диагностика и своевременное хирургическое вмешательство в сочетании с комплексной реабилитацией позволяют улучшить функциональные результаты и качество жизни пациентов.

Рахимов Х.С., Мамадаминова Х.Х., Одинаев Б.А.

КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОТРАВМ

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

Научный руководитель – д.м.н. Мухсинзода Гафур Мухсин

Цель исследования. Изучить частоту и клинические особенности формирования контрактур нижней конечности после электротравм, а также оценить результаты хирургического лечения и реабилитации пациентов.

Материал и методы. Проанализированы данные 16 пациентов с посттравматическими контрактурами нижней конечности, развившимися после перенесённых электротравм в 2023–2025 гг. Оценивались локализация контрактур (область голеностопного, коленного суставов, стопы), степень ограничения движений, вовлечение кожных покровов, мышц и сухожилий. Проводилась клиническая оценка объема активных и пассивных движений, при необходимости выполнялись рентгенологические исследования. Хирургическое лечение включало иссечение рубцовых тканей, кожную пластику местными тканями и свободными кожными трансплантами, удлинение сухожилий по показаниям. Послеоперационно проводилась этапная реабилитация.

Результаты исследования. Наиболее часто контрактуры формировались в области стопы и голеностопного сустава, что приводило к нарушению опорной и двигательной функции конечности. У большинства пациентов выявлены грубые рубцовые изменения кожи с вовлечением подлежащих тканей. Своевременная хирургическая коррекция позволила увеличить объем движений в суставах и улучшить способность к самостоятельному передвижению. Комплексное лечение с обязательной реабилитацией способствовало снижению риска рецидива деформаций.

Выводы. Контрактуры нижней конечности после электротравм являются тяжелым осложнением, значительно нарушающим функцию опоры и ходьбы. Ранняя диагностика и своевременное хирургическое вмешательство в сочетании с комплексной реабилитацией позволяют улучшить функциональные результаты и качество жизни пациентов.

Рахимова Н.Т., Саъдуллоева Б.Х., Рахимова Б.А.
КОРРЕКЦИЯ МИОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АМБЛИОПИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Отделение офтальмологии, медицинский центр «ШИФО». Таджикистан.
Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Оценить эффективность лазерной коррекции зрения методом LASIK у пациентов с миопией, сочетающейся с амблиопией.

Материал и методы. Ретроспективный несравнительный обзор был проведён у пациентов с амблиопией, которые проходили LASIK для коррекции аметропии с использованием микрокератома Nidek MK-2000 для формирования роговичного лоскута и эксимерного лазера Allegretto Wave Eye-Q для фотоабляции стромы роговицы. Были собраны данные о некорректированной остроте зрения, наилучшей остроте зрения с помощью очков, проявленной рефракции, оценке передних сегментов, внутриглазном давлении, топографии роговицы и расширенном осмотре глазного дна (до и после операции в первый день, 2 и через 6 месяцев).

Результаты исследования. В исследование были включены 7 пациентов (8 глаз) с миопией и сопутствующей амблиопией, из них 4 (57,1%) женщины и 3 (42,9%) мужчин; средний возраст пациентов составил 25 ± 7 лет (диапазон 18-32 лет). Средняя предоперационная сферическая эквивалентная рефракция составляла -3,70 D (диапазон от -8,62 до -1,75 D), а лучшая зрительная острота с коррекцией очков варьировала от 0,2 до 0,6. Через 2 месяца после LASIK средняя сферическая эквивалентная преломления составляла $-0,37 \pm 0,60$ D (диапазон -1,37 до +0,60 D), некорректированная острота зрения варьировала от 0,7 до 1,0, а среднее усиление составляло 3 линии таблицы Сивцева-Головина (диапазон от 2 до 4 линий). Показатели рефракции оставались стабильными на протяжении всего периода наблюдения, и существенных изменений сферического эквивалента между 2-м и 6-м месяцами после операции выявлено не было. Показатели внутриглазного давления в послеоперационном периоде оставались стабильными и находились в пределах физиологической нормы. В ходе послеоперационного наблюдения серьёзных интра- и послеоперационных осложнений, включая кератэктазию, выраженный синдром сухого глаза или инфекционные осложнения, зарегистрировано не было. Кроме того, у большинства пациентов отмечалось улучшение качества зрительного восприятия, включая повышение контрастной чувствительности и уменьшение зрительного дискомфорта при повседневной зрительной нагрузке.

Выводы. Лазерная коррекция зрения методом LASIK может рассматриваться как эффективный способ коррекции миопии у пациентов с сопутствующей амблиопией и способствует улучшению зрительных функций.

Рахимова Х.А., Низомова Л.Ш., Саидова А.Н.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В СТАДИРОВАНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
ГУ ГЦЗ №13

Научный руководитель к.м.н., доцент Мавлонова С.Н.

Цель исследования. Комплексная оценка возможностей ультразвукового исследования в определении степени распространенности наружного генитального.

Материал и методы. В проспективное клиническое исследование включены 360 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 260 пациенток с эндометриозом. В зависимости от возраста они были распределены на три подгруппы:

- группа 1a — ранний репродуктивный возраст (18–30 лет; n=60);
- группа 1b — средний репродуктивный возраст (31–40 лет; n=100);
- группа 1c — поздний репродуктивный период (41–49 лет; n=100).

Контрольную группу сформировали 100 пациенток без клинических и инструментальных признаков эндометриоза. Для определения стадии заболевания использовалась пересмотренная классификация Американское общество фертильности (rAFS), широко применяемая в клинической практике для оценки распространенности эндометриозного процесса. На дооперационном этапе всем пациенткам проводилось комплексное ультразвуковое исследование, включающее оценку органов малого таза, прилежащих анатомических структур и почек с целью выявления возможного экстрагенитального распространения процесса.

Полученные данные сопоставлялись с результатами оперативного вмешательства и последующего патоморфологического исследования, что позволило объективно оценить диагностическую ценность метода.

Результаты. Пациентки основной и контрольной групп были сопоставимы по возрастным характеристикам: средний возраст женщин с эндометриозом составил $37,1 \pm 7,3$ года, в контрольной группе — $35,9 \pm 6,7$ года ($p \leq 0,05$). Статистически значимой зависимости между возрастом и фактом наличия эндометриоза выявлено не было. Анализ репродуктивной функции показал, что в группе раннего репродуктивного возраста (1a) первичное бесплодие диагностировано у 11 пациенток (18%), вторичное — у 21 (35%). В группе 1b первичное бесплодие отмечено у 51 женщины (51%), вторичное — у 17 (17%). В позднем репродуктивном возрасте (1c) первичное бесплодие выявлено у 18 пациенток (18%), вторичное — у 48 (48%). Эти данные свидетельствуют о существенном влиянии эндометриоза на реализацию репродуктивной функции, причем характер нарушений варьирует в зависимости от возраста.

Глубокий инфильтративный эндометриоз достоверно чаще диагностировался у пациенток молодого и среднего репродуктивного возраста. Для этих групп было характерно более выраженное поражение яичников

и брюшины малого таза, а также наличие множественных инфильтратов. В позднем репродуктивном возрасте размеры и количество инфильтративных очагов были меньше, они встречались реже, однако увеличивалась доля изолированных кишечных поражений. Сопоставление данных ультразвуковой диагностики с результатами оперативного и морфологического исследования показало высокую информативность метода. Чувствительность УЗИ достигла 100%, а специфичность варьировала от 90 до 100% в зависимости от локализации очагов и стадии заболевания. Это подтверждает высокую диагностическую ценность ультразвука в предоперационном стадировании эндометриоза.

Чафаров М.Ф., Рахматзода Д.Ч., Холикулова Х.Х.

ОМУЗИШИ АҲАММИЯТИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОЙ ДАР ТАШХИСИ САРАТОНИ ПАНКОСТ

Кафедраи рентгенология ва радиологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - муаллими калон Нажмуддинов Х.Ҳ.

Мақсади таҳқиқот. Омӯштани аҳаммияти усулҳои шуӣ дар таҳхиси саратони Панкост.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқи омӯри интиҳобӣ гузаронида шуд. Объекти таҳқиқот маълумоти бойгонии кайди 219 беморони шуӣ ба таҳхиси рентгенӣ, ултрасадо ва эндоскопии МЧИС ташкил медиҳад, ки гузаронида шудааст. Синни беморон 47 то 73 сола буда, медианаи назорат 5 солро ташкил дод.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар асоси маводҳои таҳқиқоти омӯри 3 бемор бо таҳхиси саратони Панкост интиҳоб карда шуд. Ҳар се бемор мард буда, синнашон 58 ва 67 сол буд. Барои тасдиқи таҳхис томографияи компютери бисёрсоҳаи кафаси сина истифода шуд. Ин усулҳо як қатор аломатҳои ҳоси саратони Панкостро нишон доданд. Шоҳаҳои омос дар ҳар се бемор дар шуи рост ҷойгир буда, тарҳи номуайяну шуомонанд дошта ба плевраи паракосталӣ (плевраи канори қабурғаҳо) таъя мекарданд. Андозаи омосҳо дар доираи гуногун тағйир меёфт (дар бемори якум — 44x47x47, дар бемори дуюм бошад - 50x57x44). Хусусияти фарқкунандаи омос: сабзии он ба сохторҳои ҳамшафат буд: дар бемори якум сабзиш ба медиастинум мушоҳида гардида, зимни бемори дуюм бошад, сабзиш ба устухонҳо (панҷум муҳраи қисми синагӣ ва сари қабурғаи панҷум) муайян гардид.

Хулоса. Дар натиҷаи таҳқиқот муайян шуд, ки саратони Панкост 0,5 ғоизи ҳамаи ҳолатҳои саратони куллаи шуӣро ташкил медиҳад ва патологияи мазкур бештар хангоми мардҳо вомерӯад.

Рахматов Б.Н.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Атакулов Ж.О.

Цель исследования. Целью нашей работы явилось улучшение результатов лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей путём применения эндоскопических методов хирургического вмешательства.

Материал и методы. В основу работы положена оценка результатов диагностики и лечения 87 больных с подтверждённой обструкцией уретеровезикального сегмента, осложнённой уретерогидронефрозом в возрасте от 1 месяцев до 18 лет, которые находились на стационарном лечении с 2018 по 2024 гг. в Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета.

В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы:

- основная группа — 55 детей (63,2%), которым выполнены эндоскопические операции (цистоуретероскопия со стентированием);
- контрольная группа — 32 ребёнка (36,8%), которым проведены открытые хирургические вмешательства по методикам Козна, Политано–Ледбеттера и Грегуара.

Результаты исследования. Анализ результатов показал значительные различия между группами. Через 6 месяцев после операции улучшение ультразвуковых показателей отмечено у 87,3% пациентов основной группы и лишь у 65,6% пациентов контрольной группы.

При оценке функции почек установлено, что уровень креатинина в основной группе снизился с 78,4 до 61,2 мкмоль/л, тогда как в контрольной группе — с 80,1 до 69,5 мкмоль/л. Частота повторной обструкции также оказалась ниже при эндоскопическом лечении — 5,5% против 18,7% в группе открытых операций.

Общая эффективность лечения, включающая устранение обструкции и улучшение функции почек, составила:

- 90,9% в основной группе
- 71,9% в контрольной группе

Выводы. Полученные результаты убедительно демонстрируют преимущества эндоскопических методов лечения. Их основными преимуществами являются минимальная травматичность, точечное воздействие и быстрое восстановление уродинамики. В то же время следует отметить, что открытые хирургические вмешательства сохраняют своё значение при сложных анатомических вариантах и тяжёлых формах заболевания, где требуется реконструктивная хирургия.

Рахматуллоева М.Ф., Лигай З.

МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения врожденной синдактилии у детей путем использования местно-пластического материала кисти.

Материал и методы. За период с 2020 по 2026 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” 22 детям в возрасте до 18 лет устранение врожденной синдактилии кисти было осуществлено под оптическим увеличением с применением прецизионной техники. Были предприняты различные варианты местно-пластической операции в зависимости от вида синдактилии. Мальчиков было 15, девочек - 7.

При осмотре детей было установлено, что сращение II-III (6), II-V (3), II-IV (5) и III-V пальцев (4) имелось у 18 пациентов. Более сложные виды патологии со сращением и скручиванием всех пальцев было выявлено у остальных 4 пациентов.

Результаты исследования. Большинство детей были оперированы под общим обезболиванием, блокада плечевого сплетения осуществлялась детям старше 16 лет. С целью предотвращения развития ятрогенного повреждения сосудисто-нервного пучка пальцев операции были выполнены под жгутом и оптическим увеличением. Мобилизация лоскутов под оптическим увеличением и прецизионной техники также явилась оптимальным вариантом. Основная задача при сращениях нескольких пальцев, а также скручивания пальцев явилось определение очередности операции, т.е. предпринималась разделение операции на два и более этапы. При сращении двух пальцев (6) осуществили одноэтапную операцию.

При сращении II-III-IV-V пальцев первым этапом разобщались II-III и IV-V пальцев, в последующем остальные пальцы. Принцип соблюдался и при других вариантах сращения пальцев. Одноэтапное разобщение пальцев было выполнено в 6, остальным пациентам предпринималась поэтапная операция. При скручивании пальцев в 2 случаях выполнили трехкратную, в 2 остальных наблюдениях - двухкратную операцию. Основным видом операции явились местно-пластические, основанные на принципах Z-пластики. В большинстве случаев оставшиеся дефекты кожи по боковые стороны пальцев укрыли кожными трансплантатами. Нагноение раны в ближайшем послеоперационном периоде имелось у 2 пациентов, нарушение кровообращения разобщенных пальцев - у 3 детей. Консервативными мерами нарушение кровообращения пальцев было устранено. Краевой некроз выкроенных лоскутов имел место у 3 детей.

Рецидив синдактилии в отдаленные сроки после операции имелся у 2 пациентов, в одном наблюдении имелась гиббательная контрактура III пальца. Повторные корригирующие операции дали положительный эффект.

Выводы. Применение оптического увеличения и прецизионной техники намного упрощают техническое выполнение операции и предотвращают развития осложнений. Разделение операции на несколько этапов при коррекции сложных форм патологии способствует достижению оптимальных результатов. Операции, основанные на принципах Z-пластики, являются оптимальными при коррекции врожденной синдактилии пальцев кисти, но их возможности ограничены при более сложных формах патологии.

Рахматуллоева М.Ф., Махмадкулова Н.А, Лигай З.

МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени профессора М.К. Каримова ГОУ
Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.Х. Маликов

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения врожденной синдактилии у детей путем использования местно-пластического материала кисти.

Материал и методы. За период с 2020 по 2026 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” 22 детям в возрасте до 18 лет устранение врожденной синдактилии кисти было осуществлено под оптическим увеличением с применением прецизионной техники. Были предприняты различные варианты местно-пластической операции в зависимости от вида синдактилии. Мальчиков было 15, девочек - 7.

При осмотре детей было установлено, что сращение II-III (6), II-V (3), II-IV (5) и III-V пальцев (4) имелось у 18 пациентов. Более сложные виды патологии со сращением и скручиванием всех пальцев было выявлено у остальных 4 пациентов.

Результаты исследования. Большинство детей были оперированы под общим обезболиванием, блокада плечевого сплетения осуществлялась детям старше 16 лет. С целью предотвращения развития ятрогенного повреждения сосудисто-нервного пучка пальцев операции были выполнены под жгутом и оптическим увеличением. Мобилизация лоскутов под оптическим увеличением и прецизионной техники также явилась оптимальным вариантом. Основная задача при сращениях нескольких пальцев, а также скручивания пальцев явилось определение очередности операции, т.е. предпринималась разделение операции на два и более этапы. При сращении двух пальцев (6) осуществили одноэтапную операцию.

При сращении II-III-IV-V пальцев первым этапом разобщались II-III и IV-V пальцев, в последующем остальные пальцы. Принцип соблюдался и при других вариантах сращения пальцев. Одноэтапное разобщение

пальцев было выполнено в 6, остальным пациентам предпринималась поэтапная операция. При скручивании пальцев в 2 случаях выполнили трехкратную, в 2 остальных наблюдениях - двухкратную операцию. Основным видом операции явились местно-пластические, основанные на принципах Z-пластики. В большинстве случаев оставшиеся дефекты кожи по боковые стороны пальцев укрыли кожными трансплантатами. Нагноение раны в ближайшем послеоперационном периоде имелось у 2 пациентов, нарушение кровообращения разобщенных пальцев - у 3 детей. Консервативными мерами нарушение кровообращения пальцев было устранено. Краевой некроз выкраенных лоскутов имел место у 3 детей.

Рецидив синдактилии в отдаленные сроки после операции имелся у 2 пациентов, в одном наблюдении имелась сгибательная контрактура III пальца. Повторные корригирующие операции дали положительный эффект.

Выводы. Применение оптического увеличения и прецизионной техники намного упрощают техническое выполнение операции и предотвращают развития осложнений. Разделение операции на несколько этапов при коррекции сложных форм патологии способствует достижению оптимальных результатов. Операции, основанные на принципах Z-пластики, являются оптимальными при коррекции врожденной синдактилии пальцев кисти, но их возможности ограничены при более сложных формах патологии.

Рахматуллоева Ф.И.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА РАЗВИТИЕ АТРОФИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА

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

Научный руководитель - ассистент кафедры Муродова П.Ф.

Цель исследования. Оценить влияние анемии на развитие атрофического ларингита и её роль в формировании нарушений голосовой функции с использованием фониатрических показателей.

Материал и методы. Исследование проведено в ЛОР клинике ГУ НМЦ «Шифобахш». Обследовано 27 пациентов с атрофическим ларингитом: 20 женщин (74%) и 7 мужчин (26%), средний возраст - 20 лет.

Проводился клинический осмотр, передняя и задняя риноскопия, прямая ларингоскопия, оценка голосовой функции, определение максимального времени фонации (МВФ), лабораторное исследование уровня гемоглобина и показателей анемии.

Результаты исследования. Анемия различной степени выявлена у 21 пациента (77,8%). У пациентов с анемией отмечено значительное снижение МВФ, среднее значение составило $9,8 \pm 1,6$ секунды (норма для взрослых - 15-20 секунд). Клинически наблюдались: охриплость и слабость голоса, быстрая голосовая утомляемость, ощущение сухости или «комка» в горле, образование корок в полости носа. Ларингоскопически определялись: истончение слизистой оболочки гортани, снижение её влажности и эластичности, признаки атрофии голосовых складок. Снижение уровня гемоглобина сопровождалось ухудшением трофики тканей и уменьшением функциональной выносливости голосового аппарата, что отражалось на показателях фонации.

Выводы. Анемия является значимым фактором, способствующим развитию и прогрессированию атрофического ларингита, и снижению голосовой функции. Комплексная терапия, включающая коррекцию анемии и фonoпедическую реабилитацию, способствует восстановлению трофики слизистой, улучшению тонуса голосовых складок, предотвращая хронизацию нарушений.

Рахматуллоева Ф.И., Хасанова С.А., Гурезова М.Ф.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА

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

Научный руководитель - ассистент кафедры Муродова П. Ф.

Цель исследования. Изучить современные методы диагностики гипертрофического ларингита для повышения точности выявления заболевания и оптимизации ведения пациентов в практике ЛОР-ординатора.

Материал и методы. Исследование проведено в ЛОР клинике ГУ НМЦ «Шифобахш» Всего обследовано 43 пациента в возрасте от 17 до 70 лет, из них 23 женщины, 20 мужчин. Методы исследования включали клинический осмотр и сбор анамнеза, переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, прямую и непрямую ларингоскопию и видеоларингоскопию.

Результаты исследования. Из всех обследованных пациентов гипертрофический ларингит выявлен у 43 пациентов. Средний возраст 50 лет, соотношение мужчин и женщин 46%:54%. Наиболее частые симптомы: осиплость голоса, утомляемость голоса, ощущение инородного тела. Видеоларингоскопия позволяет выявить утолщение голосовых складок, гиперемия, неровность их краёв. Проводилось комплексное лечение: устранение причин, голосовой покой, ингаляция и вливание с гидрокортизоном.

Выводы. Применение современных эндоскопических методов, особенно видеоларингоскопии повышает точность диагностики гипертрофического ларингита, позволяет объективно оценить состояние голосовых складок и определить степень гипертрофических изменений.

Рахматуллоева Ф.И., Курбанова Г.Н.

ГОЛОСОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

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

Научный руководитель - ассистент кафедры Муродова П. Ф.

Цель исследования. Выявить и проанализировать изменение тембра и резонанса голоса при острых и хронических заболеваниях околоносовых пазух.

Материал и методы. Исследование проведено в ЛОР клинике ГУ НМЦ «Шифобахш». В исследовании участвовали 60 пациентов с острыми и хроническими заболеваниями околоносовых пазух. Из них 34 мужчины и 26 женщин, средний возраст 35 лет, соотношение мужчин и женщин 57%:43%. Оценка голосовых изменений проводилась с помощью акустического анализа (тембра, резонанса и громкости). Диагноз подтверждался клиническим осмотром, передней и задней риноскопией, рентгенографией, компьютерной томографией и эндоскопическим исследованием полости носа и околоносовых пазух.

Результаты исследования. У пациентов с заболеваниями околоносовых пазух отмечались: изменение голоса: приглушенный или назальный тембр, снижение громкости голоса, нарушение резонанса. Эндоскопическое исследование выявляет отёк и гиперемию слизистой оболочки носовой полости, наличие патологического секрета. Компьютерная томография показывает утолщение слизистой оболочки и частичное, либо полное заполнение пазух экссудатом. Проводилось комплексное лечение: сосудосуживающие препараты, промывание полости носа, антибиотики по показанию, НПВС (нестероидные противовоспалительные средства), антигистаминные, муколитические препараты.

Выводы. Заболевания околоносовых пазух сопровождаются нарушением резонаторной функции и изменением тембра голоса. Своевременная диагностика и комплексное лечение способствуют восстановлению нормального тембра и улучшению качества жизни пациентов.

Рахмонзода Ф.Р., Шерхонова Г.Дж.

ДИНАМИКА И ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В РЕГИОНЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. ГОУ «ИПОвСЗРТ». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мирзабекова Б.Т.

Цель исследования. Установить частоту и структуру ВПР сердечно-сосудистой системы в регионе за период 2014-2018 гг.

Материал и методы. Проанализированы ежегодные статистические данные Центра Медицинской Статистики и Информации Министерства Здравоохранения и Социальной Защиты Республики Таджикистан «Форма 32-Отчет по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным», утвержденная №54 от 11.11.2014 года, (2014-2018 гг.).

Результаты исследования. Проведенный анализ официальных статистических данных показал, что ВПР плода чаще наблюдается среди недоношенных новорожденных, родившихся после спонтанного развития родовой деятельности. За анализируемый период этот показатель в 2015 году составлял 1,2%, в 2016 и 2017 годах данный показатель увеличился почти в 2,5 раза (2,8% и 2,7% соответственно) и в 2018 году отмечается тенденция к уменьшению данной патологии составляя при этом 1,1%.

Установлено, наиболее высокий процент ВПР установлен среди младенцев, родившихся с очень низкой массой тела, который с 2014 года возрос в 5,3 раза к 2017 году, составляя 11,2%, что в 5,3 раза выше по сравнению с 2014 годом (2,1%), а к 2018 году данная патология уменьшилась до 1,1%. В популяции новорожденных низкой массой тела частота ВПР плода в динамике варьирует, составляя в 2014 году 0,6%, 2015 году 1,7%, 2017- 1,3% и 2018 году - 0,6%. Установлено, что частота ВПР плода в динамике среди доношенных новорожденных массой 2500,0 и более грамм, была стабильной и составляла в 2018 году 0,6%.

В структуре выявленных пороков среди недоношенных младенцев пороки развития сердечно-сосудистой системы в 2014 году составил 17,5%. Показано, что в 2015 и 2016 гг. пороки ССС наблюдались у каждого десятого младенца (11,1% и 11,1% соответственно), и к 2018 году данная аномалия увеличилась в 1,8 раз (18,1%). Множественные пороки развития плода в 2014 году отмечались в каждом пятом случае (21,1%) в 2015 и 2017 годы данная патология уменьшилась до (9,5% и 9,9% соответственно) $p < 0.01$ и к 2016 году этот показатель был в пределах 3,3%, но в 2018 году пороки увеличились почти в 4 раза по сравнению с 2016 годом (3,3% и 12,8% соответственно).

Наиболее высокий показатель поражения ССС среди новорожденных, родившихся с очень низкой массой тела, наблюдалось в 2015 году и составил при этом 23,4%, при этом в динамике частота данной патологии особо не изменялась. Множественные пороки развития также имели тенденцию к снижению и уменьшились в 13,2 раза (29,2% и 2,2% соответственно).

Установлена, также высокая частота пороков ССС среди новорожденных с низкой массой тела за анализируемый период в 2015-45,4%, 2014-26,5%, 2016-29,6% и в 2018 году данная патология встречалась у каждого третьего новорожденного (32,5%).

Исследование показало, что за анализируемый период в структуре ВПР среди доношенных новорожденных, преобладали аномалии сердечно-сосудистой системы при этом в динамике частота данной патологии оставалась стабильной (2014-26,5%, 2015-28,7%, 2016-34,8%, 2017-27,0%, 2018-27,4%). Отмечена тенденция к снижению показателей множественных пороков развития установлены в 2014 году 17,3% и к 2018 году данный показатель снизился более, чем в 2,5 раза (17,3% и 7,2%, соответственно) $p < 0.001$.

Выводы. Установлена высокая частота ВПР, имеющая неустойчивую тенденцию к снижению. Среди доношенных младенцев преобладают пороки сердечно-сосудистой системы, что связано, возможно с поздней диагностикой данной патологии. Проведение перинатального скрининга позволит своевременно выявить ВПР плода, снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

Рахмонов У.Х., Насридинов Х.Н., Бердиев М.Р.

ОПТИМИЗИРОВАТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА

Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бердиев Р.Н.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения аденомы гипофиза.

Материал и методы. На кафедре нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе Национального медицинского центра РТ «Шифобахш», (НМЦ РТ) с 2020 по 2024 годы были госпитализированы и оперированы 72 пациента с аденомами гипофиза.

Всем больным в плановом порядке проводились исследования, включающие: клинико-неврологический осмотр, осмотр окулиста, лабораторное исследование, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, а также фотодокументация.

В исследование включены 29 мужчин и 43 женщины в возрасте от 16 до 68 лет (средний возраст – 38 лет).

Размер опухоли определяли на основании дооперационных данных нейровизуализации. Распределение опухолей по размеру проведено согласно классификации, предложенной проф. Б.А. Кадашевым, принятой в НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко.

Результаты исследования. Нарушения зрительной функции (нейроофтальмологические проявления) имелись у 50 больных, головные боли – у 58, эндокринные нарушения – у всех пациентов. Нарушение зрительной функции, обусловленное наличием макроаденомы гипофиза, не всегда субъективно ощущается больными.

Женщины обращались с жалобами на нарушение менструальной функции в 100% случаев, из них на отсутствие менструаций жаловались 42 пациентки и на опсоменорею – одна.

Ожирение различной степени выраженности встречалось у 17 (39,5%) женщин. Сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения) выявлены в 9 случаях, сахарный диабет 2 типа – у 4 пациенток.

У мужчин среди жалоб на первый план выходили расстройства в половой сфере. Снижение полового влечения, ухудшение эрекции беспокоили 8 мужчин.

В нашем исследовании в 72 случаях всем больным проведена стандартная операция – эндоскопический эндоназальный трансфеноидальный доступ. Радикальность удаления оценивалась на основании мнения хирурга и по уровню ПРЛ крови после операции. В 58 случаях опухоль была мягкая, однородная, в 6 случаях – кистозная и в 8 случаях – плотная. Неврологические нарушения после операции: у всех регрессировали симптомы краниалгии.

С totally удалёнными опухолями в группе было 64 (88,9%) пациента,

и с субтотально удалёнными – 8 (11,1%). Частота тотального удаления опухоли была изучена в зависимости от: топографо-анатомического варианта роста аденомы, размера опухоли, плотности опухоли, наличия вторичных узлов.

У 63 (87,5%) из 72 пациентов отмечалась нормализация уровня пролактина после хирургического лечения в сочетании с медикаментозной терапией. ПРЛ достоверно снизился после операции ($p < 0,05$).

Состояние зрительной функции – один из показателей эффективности хирургического лечения аденомы гипофиза.

Жалобы на головную боль в момент повторного обследования предъявляли 17 женщин. Аменорея в послеоперационном периоде сохранялась у 25 (89%), лишь у 15 женщин менструальный цикл восстановился. На фоне приёма дофаминомиметиков менструальный цикл восстановился ещё у 10 пациенток.

У мужчин нормализация уровня пролактина и обратное развитие половых расстройств после аденомэктомии отмечались на фоне лечения агонистами дофамина и препаратами тестостерона (омнадрен, сустанон).

Выводы. Хирургическое лечение (с использованием трансфеноидального доступа) аденомы гипофиза является относительно безопасным методом лечения при низкой частоте послеоперационных осложнений и отсутствии летальных исходов. При хирургическом лечении аденомы гипофиза нормализация уровня пролактина в раннем послеоперационном периоде происходит в 87,5% случаях.

Рашидзода Ф.Р., Шарипова Ф.Ф., Зиёзода М.Р.

ОЦЕНКА РАЗЛИЧИЙ РЕФРАКЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦИКЛОПЛЕГИИ И БЕЗ НЕЁ

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

Научный руководитель – зав. кафедрой к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Оценка диагностической значимости сферического эквивалента до и после циклоплегии у пациентов с миопией.

Материал и методы. В исследовании были включены 120 пациентов с диагностированной миопией. Обследование проводилось в амбулаторных условиях. Оценивались следующие параметры: возраст, пол, острота зрения до и после коррекции, сферический компонент, цилиндрический компонент, сферический эквивалент. Рефрактометрия проводилась до и после достижения стойкой циклоплегии. Сферический эквивалент рассчитывался по формуле: $S+C/2$. Статистическая обработка включала определение средних значений и анализ достоверности различий.

Результаты исследования. Из общего числа пациентов мужчины составили 48 (40%) человек, женщины 72 (60%). Соотношение мужчин и женщин 2:3. Средний возраст мужчин составил 18 лет, средний возраст женщин 15 лет. Разница в среднем возрасте между группами составила 3 года. По возрастной категории пациенты были распределены на три группы. В первой возрастной группе (9-14 лет) обследовано 32 пациента (26,7%), во второй группе (15-20 лет) 64 пациента (53,3%), в третьей группе (21-25 лет) 24 пациента (20%). По степени миопии пациенты распределились следующим образом: миопия слабой степени выявлена у 88 пациентов (73,3%), средней степени у 24 пациентов (20%), высокой степени у 8 пациентов (6,7%).

В первой возрастной группе (9-14 лет) обследовано 32 пациента (26,7% от общей выборки), все женского пола. Среди них миопия слабой степени диагностирована у 20 пациентов (62,5%), средней степени у 12 пациентов (37,5%). Случаев высокой степени миопии в данной группе не зарегистрировано. Средний сферический

эквивалент при слабой степени составил 1,55 D до циклоплегии и 1,27 D после циклоплегии; при средней степени 4,3 D до циклоплегии и 3,56 D после.

Во второй возрастной группе (15-20 лет) обследовано 64 пациента (53,3%). Миопия слабой степени выявлена у 52 пациентов (81,25%), средней степени у 8 пациентов (12,5%), высокой степени у 4 пациентов (6,25%). В данной группе были представлены как женщины, так и мужчины. Средний сферический эквивалент при слабой степени составил 1,5 D до циклоплегии и 1,36 D после; при средней степени 5,6 D до циклоплегии и 4,95 D после; при высокой степени 12 D до циклоплегии и 13 D после.

В третьей возрастной группе (21-25 лет) обследовано 24 пациента (20%). Миопия слабой степени выявлена у 16 пациентов (66,7%), средней степени у 4 пациентов (16,7%), высокой степени у 4 пациентов (16,7%). Средний сферический эквивалент при слабой степени составил 1,7 D до циклоплегии и 1,54 D после; при средней степени 4,5 D до циклоплегии и 4,0 D после; при высокой степени 6,8 D до циклоплегии и 7,3 D после.

Средний сферический эквивалент по всей выборке составил 2,56 D до циклоплегии и 2,4 D после циклоплегии. Разница (ΔSE) равнялась 0,16 D. У женщин данный показатель составил 3,22 D до циклоплегии и 2,95 D после, у мужчин 1,9 D до циклоплегии и 1,88 D после. Разница 0,27 D и 0,02 D соответственно.

Выводы. Таким образом, при слабой и средней степени миопии во всех возрастных группах после циклоплегии наблюдается уменьшение сферического эквивалента у 93,3% пациентов от общей выборки, что подтверждает участие аккомодационного компонента в формировании рефракционных нарушений. Наиболее выраженные изменения отмечены у пациентов младшего возраста, где снижение сферического эквивалента зарегистрировано в 100% случаев. Во второй возрастной группе уменьшение показателей наблюдалось у 93,75% пациентов, а в третьей у 83,3%, что свидетельствует о постепенном снижении влияния аккомодационного фактора с возрастом.

Рашидзода Ф.Р., Шарипова Ф.Ф., Салиева С.Р.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКВОЗНОЙ КЕРАТОПЛАСТИКИ

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

Научный руководитель – доцент кафедры, к.м.н. Карим-заде Х.Дж.

Цель исследования. Оценить восстановление зрительных функций после сквозной кератопластики пациентов с помутнением роговицы различной этиологии.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование медицинских карт 9 пациентов (9 глаз), находившихся на стационарном лечении в ГУ Национальном медицинском центре Республики Таджикистан «Шифобахш» в декабре месяце 2025 года; с диагнозом буллезная кератопатия 8 пациентов (8 глаз) и кератопатия, развившаяся после химического ожога роговицы, 1 пациент (1 глаз).

Критериями включения были помутнения роговицы, затрагивающее оптическую зону, наличие зрительного потенциала глаза (острота зрения не ниже светоощущения с правильной проекцией света), отсутствие активного воспалительного процесса в роговице.

Критериями исключения были отсутствие светоощущения, патология заднего отрезка глаза (заболевания сетчатки или зрительного нерва), ограничивающая восстановление зрения, выраженный воспалительный процесс, неконтролируемая глаукома или выраженная патология переднего сегмента глаза, тяжёлые заболевания глазной поверхности с неблагоприятным прогнозом трансплантата.

В послеоперационном периоде проводилась оценка прозрачности трансплантата, состояния переднего отрезка глаза, а также динамики остроты зрения.

Результаты исследования. В исследовании были включены 9 пациентов из общего числа мужчины составили 8 (88,8%) пациентов, женщины – 1 (11,1%). Средний возраст пациентов составил 66 лет.

У 8 пациентов (7 мужчин и 1 женщина) была диагностирована буллезная кератопатия после удаления катаракты. У 1 пациента (мужчина) выявлена кератопатия развившаяся после ожога.

В зависимости от этиологии помутнения роговицы всем пациентам проведено хирургическое лечение: пациентам с буллезной кератопатией выполнена сквозная кератопластика с использованием донорской роговицы, пациенту с кератопатией, развившейся после химического ожога, был установлен кератопротез Бостона.

До операции зрительные функции у всех пациентов были ограничены, присутствовало лишь светоощущение. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось улучшение зрения у всех пациентов: острота зрения повысилась до 0,2.

У одного пациента развилась вторичная глаукома.

Выводы. Сквозная пересадка роговицы и имплантация кератопротеза Бостона являются эффективными методами хирургической реабилитации пациентов с помутнением роговицы различной этиологии. В представленном исследовании у 9 пациентов с тяжёлыми формами кератопатий (8 с буллезной кератопатией после удаления катаракты и 1 с кератопатией после химического ожога) хирургическое вмешательство позволило значительно улучшить зрительные функции.

После операции у всех пациентов наблюдалось повышение остроты зрения до 0,2, (20%), что свидетельствует о высокой эффективности хирургических методов. В то же время у одного пациента развилась вторичная глаукома, что указывает на необходимость тщательного послеоперационного наблюдения за осложнениями.

Розиев Ф.А., Кулиев А.С., Авлоева Ф.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Махамадиев А.А.

Цель исследования. Оценить характер клинического течения острого мастоидита у детей.

Материал и методы. В детское оториноларингологическое отделение ГУ «НМЦ РТ» в период 2024–2025 гг. по экстренным показаниям были госпитализированы 37 пациентов с диагнозом острый мастоидит. Возраст больных варьировал от 5 до 12 лет. Среди пациентов было 19 мальчиков и 18 девочек. Из сельской местности поступил 21 ребёнок, из городских районов 16.

Всем пациентам проводились отомикроскопия, а также необходимые клинико-лабораторные исследования. В ряде случаев для уточнения распространенности патологического процесса выполнялась компьютерная томография височных костей.

Результаты и исследования. У большинства госпитализированных детей (19 случаев) диагностирован острый мастоидит, осложнённый субпериостальным абсцессом. У 9 пациентов выявлено сочетание субпериостального абсцесса с флегмоной шеи (мастоидит Бецольда). В шест случаев субпериостальный абсцесс осложнился флегмоной мягких тканей височной области, ещё у трех пациентов отмечалось развитие пареза лицевого нерва на фоне субпериостального абсцесса.

Все пациенты были госпитализированы на 3–7-е сутки от начала заболевания. До поступления в стационар часть детей получала антибактериальную терапию в амбулаторных условиях по поводу острого среднего отита. Однако на 5–7-е сутки заболевания у них появлялась припухлость в заушной области с признаками флюктуации, что послужило основанием для экстренного направления в стационар.

С учетом выраженности воспалительно-деструктивных изменений в ячейках сосцевидного отростка были выполнены следующие виды хирургических вмешательств: антростома с вскрытием абсцесса — у 19 пациентов, антростома — у 14, радикальная операция — у 4 больных.

Интраоперационно у всех пациентов выявлены сходные патологические изменения сосцевидного отростка: выраженные деструктивные процессы, распространение воспалительного процесса на скуловые, угловые, верхушечные, пороговые, перисинуозные, перифациальные и перилабиринтные ячейки, блокада *aditus ad antrum* вследствие отека слизистой оболочки и/или грануляционной ткани, а также деструкция кортикального слоя сосцевидного отростка.

Выводы. Ключевым патогенетическим механизмом развития осложнений острого мастоидита является гиперплазия слизистой оболочки полостей среднего уха с последующей обструкцией *aditus ad antrum*. Это приводит к нарушению дренажа пещеры сосцевидного отростка и выходу гнойного содержимого под надкостницу, что обуславливает формирование субпериостального абсцесса.

Розикзода Л.А., Давронзода М.Д., Рахимзода Ш.Ш.

РАЗНОВИДНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ЕЁ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ

¹Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б.Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Городской центр здоровья № 14, г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Исследование микробной флоры верхнечелюстной пазухи при хроническом гнойном верхнечелюстном синусите (гайморите).

Материал и методы. В оториноларингологическом кабинете городского центра здоровья №14 РТ под наблюдением находились 35 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом хронический гнойный верхнечелюстной синусит. Из них мужчин было - 22, женщин – 13. Обследование включало риноскопию, эндоскопию носа, компьютерную томографию (КТ) околоносовых пазух (ОНП) и бактериологическое исследование патологического содержимого верхнечелюстной пазухи в период лечения. Патологическое (гнойное) содержимое из верхнечелюстной пазухи брали во время её пункции, которую проводили в начале и в процессе лечения. Исследование патогенной микрофлоры проводилось в бактериологической лаборатории данного лечебного учреждения, где проводился посев на питательную среду с последующей идентификацией бактерий.

Результаты исследования. В результате обследования у 14 (42,9%) пациентов выявлен левосторонний гнойный гайморит, у 12 (33,4%) правосторонний верхнечелюстной синусит и у 9 (25,7%) двустороннее хроническое гнойное воспаление верхнечелюстных пазух. При риноскопии определяли умеренную гиперемию, набухлость слизистой полости носа и носовых раковин на стороне локализации гнойно-воспалительного процесса, а также наличие гнойного содержимого в среднем носовом ходе. На рентгенографии ОНП в зависимости от локализации воспалительного процесса обнаружилось одно- или двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух. Выявлено нарушение дыхательной и защитной функций носа.

При бактериологическом исследовании содержимого из гайморовых пазух были выявлены ряд патогенных и условно патогенных микробов. *Staphylococcus aureus* выявлен у 16 (45,7%), *Staphylococcus pyogenes* - у 9 (25,7%), *Streptococcus haemolyticus* – у 5 (14,3%), *Staphylococcus epidermidis* – у 3 (8,6%) и смешанная флора (*Candidia* и *E-Coli*) – у 2 (5,7%) пациентов. Все больные получили противовоспалительную терапию, включающую антибиотики и топическую терапию с назальными деконгестантами для улучшения оттока патологического содержимого из пораженных пазух, а также пункцию и промывание верхнечелюстной пазухи с раствором фурацилина и антибиотиками пеницилинового ряда.

На фоне комплексной терапии частота встречаемости патогенной микрофлоры в полости верхнечелюстной пазухи достоверно сведены к минимуму, что подтвердили повторные бактериологические исследования содержимого верхнечелюстных пазух.

Вывод. Бактериологическое исследование показало преобладание стафилококковой и стрептококковой флоры при хроническом гнойном гайморите, что необходимо учитывать при назначении лекарственной

терапии. Комплексной терапией с учетом вида и чувствительности микроорганизмов к антибиотикам можно добиться хороших результатов.

Розикзода Л.А., Рахимзода Ш.Ш., Исмаилова З.Э.

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА
Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б.Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Улучшение эффективности лечения больных хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом (гайморитом).

Материал и методы. В ЛОР кабинете городского центра здоровья №14 г. Душанбе нами обследовано и пролечено 62 больных с хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом. Возраст пациентов составил от 16 до 45 лет, из них мужчин было 38, женщин – 24. Обследование включало риноскопию, рентгенографию околоносовых пазух (ОНП, функциональное исследование носа и бактериологическое исследование содержимого верхнечелюстных пазух. Диагноз установлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных риноскопической картины, заключения рентгенографии ОНП и результата пункции верхнечелюстной пазухи. Больных по методу рандомизации разделили на две равные группы для сравнения результатов традиционной терапии и оптимизированного лечения с применением препарата фурасол. Основным действующим веществом Фурасола является фурагин растворимый. Антибактериальное действие фурагина растворимого основано на подавлении ферментных систем бактерий. Фурагол активен в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных палочек. Больным 1-ой группы проведена терапия, включающая антибиотики внутрь, сосудосуживающие капли в нос, пункцию и промывание гайморовой пазухи раствором фурацилина, а 2-й группе больных в качестве топической терапии применили раствор фурасола. Под местной анестезии с 10% раствором лидокаина проводили пункцию гайморовой пазухи и через пункционную иглу отсасывали патологическое содержимое пазухи в шприц для бактериологического исследования. Затем, через пункционную иглу несколько раз промывали полость верхнечелюстной пазухи со свежеприготовленным раствором фурасола. Для одного сеанса промывания полости верхнечелюстного синуса использовали 200 мл раствора фурасола.

Результаты исследования. В результате обследования у 25 (40,3%) пациентов выявлен левосторонний гнойный гайморит, у 22 (35,5%) правосторонний верхнечелюстной синусит и у 15 (24,2%) двустороннее хроническое гнойное воспаление верхнечелюстных пазух. Риноскопическая картина и клиническое течение заболевания в обеих группах были идентичными. В конце недели, на фоне традиционной терапии и регулярного промывания верхнечелюстных пазух в группах наблюдалось значительное улучшение риноскопической картины. Гиперемия, набухлость слизистой оболочки полости носа уменьшились, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе прекратилось. Однако, у пациентов 1-ой группы все еще сохранилась легкая гиперемия слизистой носовых раковин, их набухлость и слизистое содержимое в общем носовом ходе, а у больных 2-й группы воспалительная реакция слизистой полости носа практически исчезла и носовое дыхание восстановилось. Активность мукоцилиарного транспорта (МЦТ) у больных 1-й группы составила $17,5 \pm 0,5$, а у пациентов второй группы – $15,0 \pm 0,2$, с разницей между группами 2,5%, что указывает на восстановление двигательной активности МЦТ у больных основной группы на фоне приема применения раствора фурасола. Следует отметить, что больные процедуру промывания гайморовой пазухи раствором фурасола перенесли хорошо и ни одного случая аллергической реакции не отмечено.

Выводы. 1. Таким образом фурагол, обладающий более выраженным противовоспалительным и бактерицидным свойствами способствует более быстрому разрешению гнойно-воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе.

2. Фурагол характеризуется отсутствием токсического эффекта, низкой аллергенностью и отсутствием раздражающего действия на слизистую оболочку верхнечелюстных пазух.

Розикова Ш.М., Кочев Б.Б., Ганиев И.С.

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ЖЕЛУДКА

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» МЗСЗН РТ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарипов В.Ш.

Цель исследования. Определение информативности методов лучевой диагностики в выявлении осложнений рака желудка.

Материал и методы. Анализ историй болезни и теневых изображений лучевых методов исследования 25 пациентов с осложнениями РЖ, находившихся на лечении в ГУ «Республиканский научный онкологический центр» МЗСЗН Республики Таджикистан. Методы лучевой диагностики: обзорная рентгенокопия (ОРС) брюшной полости, рентгеноскопия желудка (РС), ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) брюшной полости. Критерием точности диагностики служили данные операции и морфологического исследования препаратов.

Результаты исследования. У 3 из 25 пациентов выявлена перфорация опухоли при ОРС брюшной полости, что подтвердилось при КТ. Еще у 3 из 25 пациентов выявлены признаки пенетрации при РС желудка, также подтвержденные при КТ. У 13 из 25 пациентов были клинические признаки кровотечения, обусловленные изъязвлением РЖ, выявленным как при РС желудка, так и при КТ. У 7 из 25 пациентов было выявлено осложнение РЖ внутренними свищами при РС желудка, при КТ их наличие было подтверждено только у 3 пациентов, в остальных случаях не выявлялись, хотя на операции они были обнаружены. У 3 из 7 пациентов выявле-

ны желудочно-толстокишечные свищи при РС желудка, у 2 из 3 пациентов – при КТ. У 4 из 7 пациентов определялись желудочно-тонкокишечные свищи при РС желудка, при КТ - у 1 из 3 пациентов. При УЗИ у 9 из 25 пациентов в брюшной полости выявился опухолевый конгломерат, который был предположительно отнесен к РЖ с прорастанием окружающих тканей, что было подтверждено при КТ. При УЗИ и КТ у 4 из 25 пациентов выявлялись метастазы в печени и в регионарных лимфатических узлах.

Выводы. Достаточно информативным методом выявления таких осложнений РЖ является РС желудка, которая превосходит данные КТ и УЗИ в выявлении внутренних свищей. КТ имеет преимущества в выявлении осложнений РЖ, по сравнению с УЗИ. УЗИ и КТ одинаково информативны в уточнении метастазирования РЖ.

Рузиев М.Р., Нематова М.Ю., Шарипов М.М.

ЗНАЧЕНИЕ КТ-ГЕРНИОАБДОМЕНОМЕТРИИ В ВЫБОРЕ СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии ХО «ГОУ» ИПО в СЗРТ. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Кахаров М.А

Цель исследования. Показать клиническое значение КТ-герниоабдоменометрии в выборе способа операции при больших и гигантских вентральных грыжах.

Материал и методы. В хирургическом отделении СОКБ за 2024-2025 года находилось 17 больных с большими и гигантскими вентральными грыжами. Согласно европейской классификации, пациентов M1W3R0 было – 2 (11,8%), M2W2R0 – 4 (23,5%) и M4R2W3 – 11 (64,7%). Среди них мужчин – 5 (29,4%) женщин – 12 (70,6%), в возрасте от 35 до 75 лет. Всем больным наряду с общепринятыми клинико-лабораторными методами исследования мы выполняли КТ-герниоабдоменометрию на аппарате «TOSHIBA ONE Aquilion» с внутривенным контрастным усилением.

Результаты исследования. КТ-герниоабдоменометрию мы использовали для оценки развития синдрома интраабдоминальной гипертензии после пластики грыжевых ворот в послеоперационном периоде. Для этого мы применяли расчетные формулы, в которых учитывались данные объема грыжевого мышка, объема брюшной полости и состояние тканей передней брюшной стенки.

В наблюдениях, когда по результатам вычислений прогнозировалось нормальное значение внутрибрюшного давления менее 12 мм.рт.ст. после операции (n=13), в зависимости от состояния тканей передней брюшной стенки, мы выполняли пластику передней брюшной стенки с наложением аллотрансплантата по методу «onlay» (n=5) или «sablau» (n=8) с полной ликвидацией грыжевых ворот и восстановлением каркасной функции брюшной полости.

В случаях, когда результаты измерений свидетельствовали о возможном развитии синдрома интраабдоминальной гипертензии с повышением внутрибрюшного давления свыше 12 мм.рт.ст. (n=4) с целью профилактики развития грозных осложнений при пластике передней брюшной стенки мы оставляли «окно» или же прибегали к одному из видов пластики с увеличением объема брюшной полости. Также во время оперативного вмешательства мы выполняли экстирпацию большого сальника, особенно у пациентов с повышенным индексом массы тела. Все операции завершались сквозным дренированием передней брюшной стенки силиконовым Редон-дренажом.

В послеоперационном периоде раневые осложнения возникли у 3 (17,7%) больных, нагноение раны – 1 (5,9%), инфильтрат послеоперационной раны – 2 (11,8%). Осложнений, связанных с развитием синдрома интраабдоминальной гипертензии мы не отмечали.

Выводы. Применение КТ-герниоабдоменометрии с расчетом прогнозирования повышения ВБД по предлагаемой нами методике является достоверным способом, который может быть поставлен в основу выбора адекватного метода хирургического лечения при больших и гигантских вентральных грыжах.

Руснак М.В.1, Тургель В.А.1,2, Тайц Д.Б.1

ФЛЕБОГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ГЛАУКОМА ПРИ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОМ СОУСТЬЕ

¹Кафедра офтальмологии с клиникой им. проф. Ю.С. Астахова ФГБОУ «ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова». Россия

²Институт мозга человека имени Н.П. Бехтерева Российской академии наук. Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Тульцева С.Н.

Цель исследования. Оценить встречаемость и характер течения офтальмогипертензии у пациентов с каротидно-кавернозным соустьем (ККС) до и после его эмболизации.

Материал и методы. Одноцентровое когортное исследование включало 20 пациентов с диагнозом непрямого ККС (средний возраст 62,1 года, 12 женщин), которым на нейрохирургическом отделении выполнена эмболизация соустья. Все пациенты имели непрямое одностороннее ККС, подтвержденное на церебральной ангиографии, средний срок с момента постановки диагноза составил 9,5 [2,0; 13,0] мес. Обследование группы наблюдения выполнялось несколько раз: перед лечением, непосредственно после лечения и отсрочено через 1, 3 и 6 месяцев. Помимо рутинного офтальмологического обследования, выполнялась контурная тонометрия Pascal, статическая пороговая периметрия, ОКТ ДЗН с оценкой толщины слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) перипапиллярно, калиброметрия перапипиллярных сосудов и определением среднего диаметра вен (СДВ). Выборочно, по возможности, проводилась манометрия эписклерального венозного давления.

Результаты исследования. У всех 20 пациентов зафиксировано повышение ВГД на стороне поражения в сравнении с противоположным глазом (29,8 [26,3; 37,0] против 19,7 [15,8; 21,5] мм рт.ст., $P < ,001$), а также уве-

личение СДВ (139 [121; 168] мкм против 126 [116; 136] мкм, $P < ,001$). У ряда пациентов отмечено секторальное увеличение толщины СНВС, ни у кого из пациентов не выявлено признаков глаукомной нейрооптикопатии.

После хирургического лечения офтальмогипертензия на стороне ККС сохранялась у 15 пациентов (26,1 [23,4; 28,3] против 16,4 [13,1; 20,3] мм рт.ст., $P < ,001$), у 2 из которых также зафиксировано высокое давление в эписклеральных венах (24 и 26 мм рт.ст.). На ипсилатеральном ККС глазу у пациентов с офтальмогипертензией СДВ сохранялся значимо больше в сравнении с соответствующим глазом у пациентов без офтальмогипертензии (139 [121; 168] мкм против 119 [111; 134] мкм, $P < ,001$). Морфометрические параметры ДЗН и СДА не имели значимых различий. Пациенты с офтальмогипертензией также имели больший медианный срок с момента постановки диагноза в сравнении с пациентами без нее: 7,5 [6,0; 13,0] и 3,7 [2,0; 8,0] месяцев, $P < ,001$. Гипотензивная терапия назначалась всем пациентам этой группы.

В течение 6 месяцев наблюдения у 5 пациентов с офтальмогипертензией зафиксированы убедительные признаки прогрессирования ГОН в форме секторального истончения СНВС, неравномерного расширения экскавации, а также проявления парацентральных относительных дефектов в поле зрения. В динамике на стороне ККС у таких пациентов в сравнении с противоположной стороной сохранялось увеличение ВГД (22,9 [18,3; 25,1] против 18,2 [12,0; 22,6] мм рт.ст., $P < ,001$) и СДВ (131 [117; 157] мкм против 119 [111; 134] мкм, $P < ,001$). Гипотензивная терапия была скорректирована, 2 пациентам предложено хирургическое лечение.

Выводы. Длительно существующее повышение давления в эписклеральных венах при ККС может приводить к офтальмогипертензии, сохраняющейся после закрытия соустья. Проявление признаков прогрессирования глаукомной нейрооптикопатии может наблюдаться отсрочено, спустя несколько месяцев с момента постановки диагноза. Пациенты с флегмогипертензивной офтальмогипертензией на фоне ККС требуют динамического наблюдения офтальмолога в течение 6 месяцев после закрытия соустья с целью раннего выявления признаков возможной глаукомной нейрооптикопатии.

Рустамкулова Г.Ш., Мелибоев Ш.Б., Рустамкулова З.Ш.

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ И ЕЁ ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., Пиров Б.С.

Цель исследования. Изучить этапы становления трансплантации почки в Республиканской больнице Дангаринского района и проанализировать отдалённые результаты операций.

Материал и методы. Исследование носило ретроспективный характер и охватывало период с 2016 по 2025 годы. В исследование включены 200 (100%) пациентов, у которых в 199 (99,5%) случаев проведена пересадка почки и одному (0,5%) пересадка печени. Среди пациентов, госпитализированных с заболеваниями почек, выявлены следующие патологии: сахарный диабет (30%), гломерулонефрит (35%), поликистоз почек (15%), мочекаменная болезнь (8%), системная красная волчанка (12%), приведшие к развитию почечной недостаточности. Данным пациентам в условиях Республиканской больницы района Дангары были выполнены трансплантации органов.

Результаты исследования. В период с 2016 по 2025 годы в районе Дангара выполнено 200 операций по трансплантации почки и одна операция по трансплантации печени. Количество выполненных трансплантаций в 2016 году составило 15 (7,5%), а в 2025 году - 24 (12%) пересадок, что свидетельствует о продолжающемся развитии и расширении трансплантационной помощи в регионе. В данном году также проведены 4 пересадок пациентам детского возраста от 6 до 15 лет.

Отторжение трансплантата отмечено у 4 пациентов, что составило около 2% случаев. Послеоперационное нагноение раны наблюдалось у 15 (7,5%) пациентов, кровотечение у 12 (6%). Летальный исход зарегистрирован у 8 (4%) пациентов.

Выводы. Анализ показал, что за отчётный период в Дангаре накоплен значительный клинический опыт в области трансплантации почки. В целом полученные отдалённые результаты можно считать удовлетворительными, что подтверждает эффективность проводимого хирургического лечения и адекватный уровень послеоперационного ведения пациентов. Вместе с тем сохраняется необходимость дальнейшего совершенствования методов иммуносупрессивной терапии и послеоперационного мониторинга для снижения уровня осложнений и летальности.

Рустамкулова З.Ш., Бутаева Ш.М., Сафаргули З.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАПОРОВ У ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Шокири У.Г.

Цель исследования: Изучить клиническое проявления хронических запоров у женщин.

Материал и методы. За 2019-2021 годы на базе отделения колопроктологии ГУ «Городская клиническая больница №2 им. академика К.Т.Таджиева» показала распределения среди мужского и женского пола по заболеваемости запором соотношение 1:3, мужчин и женщин соответственно. В этот период на хирургическом лечении с диагнозом: хронический запор находились в общем 54 пациентов, из них 18-мужчин и 36-женщин. Возраст больных варьировал от 20-55 лет.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что из 54 пациентов с хроническим запором в отделение колопроктологии обратились с хроническим запором на фоне долихосигмы 17 пациентов (31,48%), а на фоне мегадолихоколон – 7 (12,96%). В 9 (16,66%) случаев у женщин в анамнезе во время беремен-

ности отмечалось изменение уровня глюкозы в крови, повышение ИМТ у 6 (11,1%), наличие хронической анемии выявилось у 8 (14,8%) женщин и синдром недостаточности соединительной ткани (СНСТ) на фоне клинических критериев (наличие грыж, варикозной болезни, гипермобильности суставов, высокое готическое небо и др.) выявили у 7 (12,96%) женщин.

Выводы. Гендер-связанные факторы в большинстве случаев способствовали развитию и усугублению хронических запоров на фоне других патологий органов и систем. У женщин копростаз проявлялся часто в послеродовом периоде в более 45% случаев.

Садиров В.З., Салимзода М.М., Тагоев С.Н.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н. Пиров Р.Р.

Цель исследования. Выявление и улучшение результатов лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей.

Материал и методы. В настоящее время накоплен большой опыт лечения 287 детей с различными формами дисплазии тазобедренного сустава. Придерживаемся классической классификации нарушения развития тазобедренного сустава на дисплазию, подвывихи и вывихи. У новорождённых клинически трудно дифференцировать дисплазию, подвывихи вывихи. При наличии таких симптомов, как ограничение отведения бёдер и напряжение аддукторов свидетельствуют о дисплазии тазобедренных суставов. Во всех случаях, когда проводится последовательное ортопедическое обследование новорожденного, запоздалая диагностика является исключением. Из числа 287 (100%) детей, которые были осмотрены ортопедами, дисплазия тазобедренного сустава была выявлена в первые дни и месяцы жизни. У 122 (42,5%) детей диагноз: дисплазия тазобедренного сустава был установлен уже в период новорождённости, у 120 (41,8%) детей - в постнатальном периоде, из-за скудных клинических симптомов и общего тяжёлого состояния диагноз был установлен в возрасте 2-5 месяцев. В возрасте старше 6 месяцев у 45 (15,6%) детей симптоматика дисплазии тазобедренного сустава была выражена и не предоставляла затруднения для его распознавания. У новорождённых превалирует двухсторонняя дисплазия 55 (19,1%), подвывихов у новорожденных нами установить не удалось. Вывихи среды новорожденных были выявлены в 46 (16%) случаях, сочетание подвывиха и вывиха бедра отмечены у 4 (1,39%) детей. Немногочисленную группу в возрасте 4-5 мес. составляли дети с выраженными симптомами нарушения развития тазобедренного сустава: подвывихами и вывихами 21 (7,3%) что сказалось на продолжительности и снижении эффективности их лечения. У 45 (15,6%) детей старше 6 месяцев отмечена дисплазия тазобедренного сустава, подвывихи и вывихи бедра.

Результаты исследования. На основании анализа можно убедительно утверждать о том, что по мере увеличения возраста ребёнка нарастает число подвывихов и вывихов бедра. Самоизлечение дисплазии тазобедренных суставов без применения ЛФК, массажа, широкого пеленания, правильного удержания ног малыша на теле матери и отводящих шин не происходит. После клинко-рентгенологического обследования обнаружены у 126 (43,9%) пациентов односторонние вывихи (справа - 29 (10,1%), слева - 67 (23,3%)), у 30 (10,4%) - двухсторонние вывихи бёдер. В обеих группах превалировали девочки (82 (28,5%)). В течение последних 15-20 лет в среде новорождённых и младенцев, помимо дисплазии тазобедренных суставов, были выявлены и другие деформации опорно-двигательного аппарата. Сочетание нескольких пороков развития, кроме дисплазии тазобедренного сустава отмечалось у 8 (2,7%) детей: деформация стоп и кривошея - у 3 (1%) детей, полидактилия, синдактилия конечностей выявлены у 4 (1,3%) детей. С тератогенным вывихом бёдер у ребёнка также отмечалась вальгусная деформация коленного сустава, плоско-вальгусная деформация стопы, порок сердца и слабое умие.

Вывод. Раннее выявление детей с врождённой дисплазией ТБ сустава может быть осуществлено при условии обязательного поголового осмотра их врачами-педиатрами, хирургами под руководством знающих ортопедов. Необходимо проведение санитарно-просветительных работ по обучению матерей по уходу за ребёнком с дисплазией тазобедренного сустава.

Садулов А.М1., Мухаббатов Х.Дж1., Аминов З.А. 2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мираков Р.С.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики нарушений половой функции у пациентов с хроническим простатитом на основе комплексного клинко-инструментального и лабораторного обследования.

Материал и методы. В исследование включено 75 пациентов с верифицированным диагнозом хронический простатит (категории II и III по классификации NIH) в возрасте от 22 до 55 лет. Средний возраст обследованных составил $39,2 \pm 7,1$ года. Средняя длительность заболевания — $3,4 \pm 1,8$ года. Критериями включения являлись: наличие клинически подтверждённого ХП, информированное согласие на участие в исследовании, отсутствие тяжёлых соматических и эндокринных заболеваний. Комплекс обследования включал: анализ жалоб и детальный сбор анамнеза, оценку выраженности симптомов простатита по шкале NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), оценку эректильной функции по шкале International Index of Erectile Function (IIEF-5), пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУ-

ЗИ) предстательной железы, микроскопическое и бактериологическое исследование секрета простаты, определение уровня общего тестостерона и пролактина в сыворотке крови, оценку психоэмоционального состояния (шкала тревожности). Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов анализа. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Нарушения половой функции выявлены у 52 (69,3%) пациентов. Эректильная дисфункция диагностирована у 33 (44,0%) больных, преждевременная эякуляция — у 21 (28,0%), снижение либидо — у 29 (38,7%); сочетанные формы отмечены у 18 (24,0%). Средний показатель по шкале IIEF-5 составил $17,1 \pm 4,2$ балла, что соответствует лёгкой и умеренной степени эректильной дисфункции. Выявлена достоверная отрицательная корреляция между показателями NIH-CPSI и IIEF-5 ($r = -0,64$; $p < 0,01$), что указывает на зависимость выраженности сексуальных расстройств от тяжести клинических проявлений. При длительности заболевания более 3 лет частота нарушений достигала 76,4% против 46,8% при длительности менее 1 года ($p < 0,05$). По данным ТРУЗИ диффузные изменения предстательной железы выявлены у 81,3% пациентов и ассоциировались с более высокой частотой эректильной дисфункции. Снижение уровня общего тестостерона зарегистрировано у 18,7% больных и сопровождалось более низкими показателями IIEF-5 ($p < 0,05$). Комплексный диагностический подход позволил повысить выявляемость сексуальной дисфункции на 24%.

Выводы. Нарушения половой функции при хроническом простатите выявляются в 69,3% случаев и чаще носят смешанный характер. Их выраженность коррелирует с интенсивностью болевого синдрома и длительностью заболевания. Наиболее информативным является комплексный диагностический подход с использованием шкал IIEF-5, NIH-CPSI, ТРУЗИ и гормонального обследования, что позволяет своевременно оптимизировать лечебную тактику.

Садулов А.М1., Мухаббатов Х.Дж1., Гафуров М.М2.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мираков Р.С.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и лечения нарушений половой функции у мужчин на основе внедрения комплексного клинико-лабораторного алгоритма обследования и индивидуализированной патогенетически обоснованной терапии.

Материал и методы. В исследование были включены 132 пациента в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст — $46,3 \pm 8,7$ года), обратившиеся с жалобами на нарушение эректильной функции (ЭД), преждевременную эякуляцию, снижение либидо и неудовлетворённость качеством половой жизни. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 7 лет. Диагностический алгоритм включал: подробный сбор анамнеза (включая соматический, сексуальный и психоэмоциональный статус), анкетирование по шкале МИЭФ-5, физикальное и урологическое обследование, общий и свободный тестостерон, ультразвуковое исследование органов малого таза и предстательной железы; при необходимости — доплерографию сосудов полового члена; консультации смежных специалистов (эндокринолога, кардиолога, психотерапевта). По результатам обследования пациенты были разделены на две группы: I группа (67 пациентов) — получали стандартную терапию (ингибиторы ФДЭ-5 по требованию, общеукрепляющие рекомендации). II группа (65 пациентов) — получали комплексную индивидуализированную терапию, включающую: регулярный приём ингибиторов ФДЭ-5; гормональную коррекцию при подтверждённом андрогенном дефиците, лечение сопутствующих метаболических нарушений; психотерапевтическую поддержку, рекомендации по модификации образа жизни. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев. Эффективность терапии оценивалась по динамике показателей МИЭФ-5, субъективной удовлетворённости пациентов и частоте восстановления стабильной эрекции.

Результаты исследования. Анализ структуры причин показал, что сосудистый генез ЭД выявлен у 56% пациентов, гормональные нарушения — у 23%, психогенные факторы — у 13%, смешанная этиология — у 8% случаев. Исходный средний показатель МИЭФ-5 составил $12,1 \pm 2,4$ балла. Через 6 месяцев лечения в I группе отмечено повышение показателя до $16,2 \pm 2,1$ балла, тогда как во II группе — до $20,5 \pm 1,8$ балла ($p < 0,05$). Восстановление удовлетворительной ЭД зарегистрировано у 78% пациентов комплексной группы против 52% в группе стандартной терапии. Также во II группе отмечено значительное улучшение либидо, уменьшение тревожности и повышение общей удовлетворённости качеством жизни. Побочные эффекты наблюдались у 9% пациентов и носили лёгкий транзиторный характер (головная боль, гиперемия лица), отмены терапии не требовали.

Выводы. Нарушения половой функции у мужчин имеют преимущественно сосудистую и гормональную природу, что требует расширенного диагностического поиска. Комплексный клинико-лабораторный алгоритм позволяет повысить точность установления этиологического фактора. Индивидуализированная патогенетическая терапия значительно эффективнее стандартного подхода и обеспечивает более высокий процент восстановления половой функции. Внедрение мультидисциплинарного подхода является перспективным направлением совершенствования диагностики и лечения нарушений половой функции у мужчин.

Саидали Н.А., Олимова Ф.З., Бобоева Ш.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кодирова С.Г.

Цель исследования. Определение значимых медико-социальных факторов в формировании хроническо-

го воспаления в эндометрии у женщин с репродуктивными нарушениями.

Материал и методы. В исследовании использовались анамнестические данные 52 женщин с хроническим эндометритом и репродуктивными нарушениями, которые составили основную группу. Группу сравнения составили 44 здоровых женщины без репродуктивных нарушений. Возраст женщин в обеих группах был почти одинаковым и составил $31 \pm 3,2$ года. Всем пациенткам было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза. Проводился осмотр молочных желез. Было проведено бактериологическим методом количественное определение КОЕ/мл с определением факторов патогенности, а также использовали метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Диагноз хронического эндометрита был верифицирован данными гистологического исследования эндометрия, полученного методом Пайпеля (аспирационной биопсии) на 4-9 день менструального цикла.

Результаты исследования. Проведен анализ данных анамнеза 52 женщин репродуктивного возраста с хроническим эндометритом. Жалобы на нарушения репродуктивной функции предъявляли все женщины. В структуре репродуктивных нарушений первичное бесплодие составило 18 (34,6%), вторичное бесплодие у 12 (23%), невынашивание беременности у 22 (43%) исследуемых женщин. Длительность хронического воспаления эндометрия в группе с хроническим эндометритом составила $3 \pm 0,4$ года. Анализ данных анамнеза показал, что среди соматических заболеваний пациентки с хроническим эндометритом и репродуктивными нарушениями по сравнению с группой контроля значительно чаще имели соматические заболевания. Среди них хронические заболевания желудочно-кишечного тракта отмечались у 13 (25%) женщин, а в группе сравнения у 8-18,1% женщин, заболевания лор-органов у 19 (36,5%) женщин, в группе сравнения у 5 (11,3%) женщин, заболевания мочевыделительной системы у 20 (38,4%) женщин, а в группе сравнения у 11 (25%) исследуемых женщин.

В структуре гинекологической заболеваемости чаще встречался хронический сальпингоофорит, его частота составила 24 (46,1%) случая, миома матки имела место у 5 (9,6%), начальные признаки аденомиоза были выявлены у 3 (5,7%), нарушения менструального цикла отмечалось у 20 (38,4%) пациенток. При анализе акушерского анамнеза выяснилось, что в основной группе у 34 (65,3%) женщин имелись роды. Среди них же у 18 (26,4%) отмечался медицинский аборт по поводу неразвивающейся беременности, у 11 (32,3%) женщин беременность заканчивалась самопроизвольным выкидышем, а в группе сравнения медицинский аборт отмечался у 2 (4,5%) женщин, частота самопроизвольного выкидыша составила 4 (9%) случая. Осложнения после родов и аборт в виде острого эндометрита отметили 19 (44,1%) женщин, а в группе сравнения составили 2 (4,5%) женщины ($p < 0,01$).

В основной группе (n-52) в анамнезе у 34 женщин были отмечены инфекции передающиеся половым путем. Среди возбудителей преобладали: хламидиоз встречался у 6-17,6 % женщин, трихомониаз у 4 (11,7%), цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) у 6 (17,6 %), микоплазмоз у 3 (8,8%), уреаплазмоз у 2 (5,8%) женщин, ассоциация ВПГ с ЦМВ-инфекцией имела место у 8 (23,5%), а у женщин контрольной группы данные инфекции отсутствовали. Микроорганизмы выявлялись в ассоциациях у 8 (23,5%) женщин с преобладанием кандидозной инфекции и уреаплазмоза. У здоровых женщин уреаплазмоз выявился у 3% пациенток. По заключению расширенной кольпоскопии хронический цервицит был выявлен у 27 (51,9%) женщин, а у 5 (9,6%) – дисплазия легкой степени.

Выводы. Наиболее значимыми факторами риска развития хронического эндометрита с репродуктивными нарушениями явились: инвазивные вмешательства в полости матки, инфекционно-воспалительные осложнения после родов и абортов, перенесенные ранее инфекции, передающиеся половым путем, в связи с их длительной персистенцией.

Саидов Д.Х., Одинаев О.Ш., Зайнидинзода С.И.

ПРИМЕНЕНИЕ СПРЕЯ «АКВАЛОР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии имени член-корр. РАМН Ю.Б. Исхаки
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Мехмондустов С.Г.

Цель исследования. Изучение эффективности спрея «Аквадор» в комплексном лечении хронического аденоидита (ХА) у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 34 ребёнка в возрасте от 2 до 8 лет (15 мальчиков и 19 девочек) с ХА. Дети были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения (по 17 человек соответственно). Диагноз ХА ставился на основании анамнеза, жалоб, эндоскопии полости носа и носоглотки и рентгенографии носоглотки. Жалобы были на затруднение носового дыхания, выделения из носа, гнусавость. При эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки оценивали следующие признаки: наличие отёка слизистой оболочки и характер секрета, определяли цвет и размер глоточной миндалины, взаимоотношение с хоанами и устьями слуховых труб, характер выделений на её поверхности. При рентгенографии носоглотки отмечался разный уровень интенсивности затемнения свода носоглотки.

Дети группы сравнения получали комплексное лечение, включающее в себя: галазолин 0,05%, протаргол 2%, фенкарол 10 мг. Детям основной группы в комплексную терапию включили спрей «Аквадор» в нос 4 раза в день в течение 10 дней.

Результаты исследования. В процессе лечения положительные результаты отмечены у всех 34 пациентов. По окончании терапии все больные отмечали улучшение носового дыхания, уменьшение выделений из носа, исчезновение гнусавости. Статистический анализ результатов субъективной оценки показал, что до 5-го дня от начала лечения динамика изменения носового дыхания была примерно одинаковой в 2 группах. Однако к 10 дню в основной группе показатели носового дыхания были значительно лучше, чем в группе сравнения. Изу-

чение эндоскопической картины носоглотки после лечения позволило констатировать отсутствие воспаления аденоидной ткани, характеризующиеся чистой поверхностью миндалины, плотной её консистенцией у 70% больных основной группы и у 40% больных группы сравнения.

Выводы. Таким образом, данное исследование показывает высокую эффективность применения в комплексной терапии спрея «Аквалор» у детей с ХА, что проявляется в снижении частоты и длительности данного заболевания.

Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Давлатов С.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО РИНОСИНУСИТА

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гуломов З.С.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности применения иммунокорректирующей терапии у больных хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 68 пациента, страдающих хроническим гнойным риносинуситом с длительностью заболевания более 3 лет. Для проведения сравнительного анализа пациенты были распределены на две группы. Группа сравнения включала 27 пациента, которым проводилась стандартная противовоспалительная терапия с применением антисептического препарата диоксидин. Основная группа состояла из 41 пациента, которым назначалось иммуностимулирующее лечение с использованием препарата беталейкин (рекомбинантный интерлейкин-1β). Препарат вводился местно путем пункции верхнечелюстных пазух либо через синус-катетер в дозе 2 мл в пораженную пазуху. Курс терапии включал 5 процедур, проводимых в течение 7–10 дней. В диагностическую программу входили: передняя риноманометрия, позволяющая оценить аэродинамическое сопротивление носовых ходов; сахариновая проба для определения состояния мукоцилиарного транспорта; рентгенография околоносовых пазух. Кроме того, проводилось изучение показателей местного иммунитета.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что у большинства пациентов основной группы, получавших иммунотерапию препаратом беталейкин, отмечалась выраженная положительная клиническая динамика. У пациентов наблюдалось: уменьшение или полное исчезновение гнойных выделений из полости носа; значительное снижение головных болей; улучшение носового дыхания; снижение аэродинамического сопротивления носовых ходов; восстановление функции мукоцилиарного клиренса. По данным рентгенологического исследования отмечалось уменьшение степени затемнения околоносовых пазух, что свидетельствовало о снижении активности воспалительного процесса. У пациентов группы сравнения, получавших лечение диоксидином, также наблюдалось определенное уменьшение воспалительных проявлений в полости носа и околоносовых пазух. Так, при использовании препарата беталейкин положительная динамика клинических симптомов отмечалась уже на 5–7 день лечения, тогда как при применении диоксида аналогичные изменения наблюдались только на 9–10 день терапии. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение иммунокорректирующих препаратов способствует активации местных защитных механизмов слизистой оболочки, что играет важную роль в патогенезе хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух.

Выводы. Местное применение иммуномодулирующего препарата беталейкин в комплексной терапии хронического гнойного риносинусита способствует более быстрому купированию воспалительного процесса, улучшению функционального состояния слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, а также достижению стойкой клинической ремиссии. Использование данного метода лечения имеет существенные преимущества по сравнению с традиционной противовоспалительной терапией и может быть рекомендовано для более широкого применения в клинической практике при лечении пациентов с хроническим гнойным риносинуситом.

Саидов Д.Х., Киматов М.Р., Давлатов С.С.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «РИНАЛЕР» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Муродов Ш.Д.

Цель исследования. Оценка эффективности кортикостероидного интраназального препарата «Риналер», у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Исследование проводилось с 2025 до начала 2026 годы в ЛОР-отделении «Шифобахш». Под наблюдением находились 42 больных с различной степенью деформации носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом. Возраст пациентов варьировал от 19 до 47 лет, среди них 27 мужчин и 15 женщин. Диагностика включала комплексный подход: оториноларингологическое обследование с риноскопией и эндоскопией носовой полости, аллергологическое обследование, включая кожные пробы и определение специфических IgE, рентгенологические и клиничко-лабораторные методы, направленные на оценку состояния носовых структур и исключение сопутствующих заболеваний. Все пациенты перед операцией проходили курс антигистаминной и противовоспалительной терапии для достижения стадии ремиссии. Септопластика выполнялась стандартным хирургическим методом, а послеоперационное ведение включало интраназальное применение препарата «Риналер» по следующей схеме: по 2 дозы в каждую ноздрю 2 раза в день в

течение 10-14 дней.

Результаты исследования. До проведения операции пациенты отмечали следующие жалобы: заложенность носа и затрудненное дыхание; обильные водянистые выделения из носа; зуд в носовой полости и приступы чихания; снижение обоняния, выявленное практически у всех обследованных. При риноскопии наблюдалась бледная или слегка синюшная слизистая оболочка носовой полости, отек нижних носовых раковин, водянистые выделения в носовых ходах.

В послеоперационном периоде применение «Риналер» способствовало: снижению отека слизистой носа и уменьшению набухлости носовых раковин уже на 4–6 сутки; постепенному восстановлению носового дыхания; улучшению обонятельной функции у всех пациентов; предотвращению развития послеоперационных осложнений, таких как воспалительные процессы или инфекции. Весь послеоперационный период протекал без серьезных осложнений, что свидетельствует о высокой безопасности и переносимости препарата.

Выводы. Комплексное лечение пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, включающее септопластику в сочетании с применением интраназального кортикостероидного препарата «Риналер», позволяет достичь положительных клинических результатов. Препарат способствует быстрому снижению отека слизистой, нормализации носового дыхания и восстановлению обонятельной функции. Данный подход является эффективным и безопасным методом ведения послеоперационного периода у данной категории пациентов.

Саидов Д.Х., Қиматов М.Р., Одинаев А.С.

АРЌЭБИИ СИФАТИ ҲАЁТИ БЕМОРОН ҲАНГОМИ РИНИТИ АЛЛЕРГӢ ЗИМНИ АНКЕТАГУЗАРОНӢ

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ: н.и.т., ассистент Муродов Ш.Д.

Мақсади таҳқиқот. Арҷэбии сифати ҳаёти беморон, ки аз ринити аллержӣ азият мекашанд, инчунин муайян намудани таъсири аломатҳои асосии клиникии беморӣ ба ҳолати умумии ҷисмонӣ ва иҷтимоии онҳо мебошад.

Мавод ва усулҳо. Дар давраи солҳои 2024–2025 дар кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино таҳқиқоти клиникӣ гузаронида шуд. Дар рафти таҳқиқот 125 нафар беморон бо шаклҳои гуногуни ринити аллержӣ мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Синну соли беморон аз 16 то 54 сол-ро ташкил меод. Аз шумораи умумии беморон 93 нафар мард ва 32 нафар зан буд. Барои таҳқиқоти арҷэбии вазъии беморон маҷмӯи усулҳои муносири клиникӣ ва лабораторӣ истифода гардид. Ба ҳамаи беморон муоинаи оториноларингологӣ, таҳқиқоти клинικο-лабораторӣ ва инчунин муоинаи аллергологӣ гузаронида шуд. Илова бар ин, барои муайян намудани таъсири беморӣ ба сифати ҳаёти беморон анкетгузаронӣ истифода гардид. Анкета аз 9 савол иборат буд ва ба муайян намудани шикоятҳои асосии беморон равона гардида буд. Саволҳо ба чунин нишонаҳо дахл доштанд: душвории нафаскашӣ бо бинӣ; ихроҷоти зиёди луобӣ аз бинӣ; атсаи хуруҷмонанд; хориш дар бинӣ; қорӣ шудани луоб ба девораи паси балъум; пастшавии ҳиссиёти шомма; маълумоти анамнезӣ ва истифодаи доруҳои антигистаминӣ. Барои ҳар як савол ду ҷавоби имконпазир пешниҳод гардида буд: «ҳа» ё «не», ки ин усул имконият меод ҳолати субъективии беморон ба таври нисбатан дақиқ арҷэбӣ қарда шавад.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои анкетгузаронӣ нишон дод, ки ҳамаи беморон (100%) аз душвории нафаскашӣ тавассути бинӣ шикоят доштанд. Дар 108 нафар беморон (86,4%) ихроҷоти зиёди луобӣ аз бинӣ (ринорея) мушоҳида гардид. Ҳамчунин, 96 нафар беморон (76,8%) аз хуруҷи зуд-зуди атсазанӣ шикоят мекарданд, дар ҳоле ки дар 81 нафар (64,8%) маҷмӯи нишонаҳо, аз ҷумла ринорея, хориш дар бинӣ ва ҳамлаҳои такрории атса мушоҳида мешуд. Ҳангоми таҳлили маълумоти анамнезӣ муайян гардид, ки 72 нафар беморон (57,6%) мавҷудияти омилҳои ирсӣ ва нишонаҳои аллергияро дар аъзои оилашон тасдиқ карданд. Дар айни замон 23 нафар (42,4%) мавҷудияти чунин ҳолатҳоро дар наздикони худ рад намуданд. Дар раванди табобат 102 нафар беморон (81,6%) доруҳои гурӯҳи антигистаминӣ истифода мебарданд, дар ҳоле ки 23 нафар (18,4%) чунин табобатро қабул намекарданд. Таҳқиқот инчунин нишон дод, ки 104 нафар беморон (83,2%) дар давоми якҷанд сол катраҳои вазоконстрикторӣ (тангкунандаи рағҳо)-ро барои бинӣ пайваста истифода мекарданд. Дар 21 нафар (16,8%) ин доруҳо танҳо давра ба давра, асосан ҳангоми шиддат ёфтани беморӣ истифода мешуданд. Аз рӯи басомади истифодаи катраҳои бинӣ маълум гардид, ки: 84 нафар беморон (67,2%) онҳоро то 5–6 маротиба дар як шабонарӯз истифода мебарданд; 22 нафар (17,6%) – 3–4 маротиба дар як шабонарӯз; 19 нафар (15,2%) – то 3 маротиба дар як шабонарӯз. Илова ба нишонаҳои асосӣ, бисёр беморон инчунин аз чунин аломатҳо: ҳисси басташавии гӯшҳо; вайроншавии ҳоб; эҳсоси ҳастагӣ баъди бедоршавӣ; камшавии қобилияти меҳнатӣ; паст шудани диққат; асабонияти зиёд шикоят мекарданд.

Хулоса. Ҳамин тавр, нишонаҳои сершумори ринити аллержӣ метавонанд ба таври назаррас сифати зиндагии беморонро паст намоёнд ва ба фаъолияти иҷтимоӣ ва касбии онҳо таъсири манфӣ расонанд. Анкетгузаронӣ яке аз усулҳои самараноки арҷэбии сифати ҳаёти беморон ба ҳисоб меравад. Ин усул имкон медиҳад, ки натиҷаҳои табобат, динамикаи раванди беморӣ ва инчунин самаранокии қорабиниҳои табобатӣ дар давраи кӯтоҳмуддат ва дарозмуддат ба таври объективӣ арҷэбӣ қарда шаванд.

Саидова А.Н., Нунова Н.Р., Сафарова С.Б.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ДОРООВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.

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

Цель исследования. Оценить особенности течения родов и перинатальные исходы у женщин с переносимой беременностью, осложнённой дородовым разрывом плодных оболочек.

Материал и методы. Проведён ретроспективный клинико-статистический анализ 43 историй родов пациенток с переносимой беременностью, осложнённой дородовым разрывом плодных оболочек, родоразрешённых в условиях специализированного родильного стационара. Анализ включал оценку возраста пациенток, акушерско-гинекологического анамнеза, структуры осложнений беременности, особенностей течения родового акта и способа родоразрешения. Дополнительно проводилась оценка состояния новорождённых по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, а также анализ антропометрических показателей. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных женщин составил $27,6 \pm 2,8$ года. В структуре гестационных осложнений наиболее часто регистрировались анемия беременных, инфекции мочевыделительной системы и эндокринные нарушения. Самопроизвольные роды через естественные родовые пути произошли у 62,8% пациенток. Оперативное родоразрешение путём кесарева сечения выполнено у 37,2% женщин. Основными показаниями к оперативному родоразрешению являлись слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта от индукции родов и признаки внутриутробного дистресса плода. Частота травматических повреждений мягких родовых путей составила 14–15%, что, вероятно, связано с тенденцией к макросомии плода при переносимой беременности. Средняя масса новорождённых составила 3838 ± 210 г. Большинство новорождённых имели удовлетворительное состояние при рождении (оценка по шкале Апгар 7–9 баллов).

Выводы. Дородовый разрыв плодных оболочек при переносимой беременности сопровождается повышением частоты аномалий родовой деятельности и оперативного родоразрешения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики данной патологии и индивидуализированного выбора тактики ведения родов. Рациональная индукция родовой деятельности и адекватное акушерское наблюдение позволяют снизить риск неблагоприятных перинатальных исходов.

Саидова М.С.¹, Назирова Ф.М.¹, Сафарзода И.С.²

ИНТЕГРИРОВАННАЯ КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

²Медицинский комплекс «Истиклол», г. Душанбе. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н. Умари А.Р.

Цель исследования. Разработать и клинически обосновать интегрированную клинико-томографическую модель раннего прогнозирования ишемии кишечника при острой спаечной тонкокишечной непроходимости и определить её значение для оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы. Проведён ретроспективно-проспективный анализ результатов обследования и лечения 367 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в хирургических клиниках. Всем пациентам при поступлении выполнялась мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастным усилением. При анализе КТ-изображений оценивались основные признаки нарушения мезентериального кровообращения: снижение или отсутствие контрастного усиления кишечной стенки, утолщение стенки кишечника более 3 мм, наличие свободной жидкости в брюшной полости, пневматоз кишечной стенки, а также газ в системе воротной вены. Дополнительно анализировались клинические показатели, включая длительность симптомов заболевания, выраженность болевого синдрома, наличие признаков системной воспалительной реакции и лабораторные показатели воспаления. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики, χ^2 -критерия Пирсона, расчёта отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом, а также ROC-анализа для оценки диагностической эффективности разработанной прогностической модели.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что вероятность развития ишемии кишечника достоверно возрастает при сочетании нескольких клинических и томографических признаков. Длительность симптомов заболевания более 24 часов, снижение контрастирования кишечной стенки и наличие свободной жидкости в брюшной полости являлись независимыми предикторами ишемических изменений. Утолщение кишечной стенки более 3 мм также достоверно ассоциировалось с нарушением мезентериального кровообращения. Наиболее специфическим КТ-признаком ишемии оказался пневматоз кишечной стенки, который преимущественно выявлялся у пациентов с некротическими изменениями кишечника. Установлено, что при наличии трёх и более КТ-маркеров вероятность развития ишемии и некроза кишечника увеличивается более чем в несколько раз, что значительно повышает необходимость экстренного оперативного вмешательства. Частота резекции кишечника у пациентов с выраженными признаками ишемии была существенно выше по сравнению с пациентами без данных изменений. Проведённый ROC-анализ продемонстрировал высокую диагностическую эффективность интегрированной модели прогнозирования: площадь под ROC-кривой составила 0,87, что свидетельствует о высокой чувствительности и специфичности метода. Полученные результаты подтверждают высокую прогностическую значимость комплексной оценки клинических и компьютерно-томографических показателей при острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

Выводы. Интегрированная клинико-томографическая модель стратификации риска позволяет значительно повысить точность ранней диагностики ишемии кишечника при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Комплексная оценка клинических и КТ-маркеров обеспечивает более объективное определение

показаний к хирургическому вмешательству, снижает вероятность диагностических ошибок и способствует улучшению результатов лечения пациентов. Применение данной модели может быть рекомендовано для широкого использования в клинической практике хирургических стационаров.

Саидова Ф.Ф., Рахимзода Ш.Ш., Урунбаева М.Г.

ЧАСТОТА ЛОР-ПАТОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Изучить частоту заболеваний ЛОР-органов у детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба.

Материал и методы. В отделении детской челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» были обследованы 24 пациента в возрасте от 2 до 6 лет с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, среди которых было 14 мальчиков и 10 девочек. Комплекс обследования включал сбор жалоб и анамнеза с оценкой частоты острых респираторных инфекций, наличия нарушений носового дыхания, слуха и речи, а также проведение передней и задней риноскопии, эндоскопического исследования полости носа и носоглотки с использованием гибкого эндоскопа диаметром 2,7 мм с возможностью фотодокументации, фарингоскопии. При необходимости выполнялись аудиометрия и тимпанометрия. Оценивалось состояние полости носа, носоглотки, нёбных миндалин и функциональное состояние слуховой трубы. Контрольную группу составили 12 практически здоровых детей без врождённых аномалий челюстно-лицевой области.

Результаты исследования. В ходе проведённого обследования у большинства детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба выявлены различные формы хронической патологии ЛОР-органов. Нарушения носового дыхания были выявлены у 75% пациентов и проявлялись постоянной или периодической заложенностью носа, затруднением носового дыхания и дыханием через рот. У 62% обследованных диагностирован хронический ринит, преимущественно катаральной формы, сопровождавшийся отёком слизистой оболочки полости носа и нарушением мукоцилиарного клиренса. Гипертрофия аденоидной ткани II–III степени установлена у 58% детей и нередко сочеталась с обструкцией хоан, ночным храпом, беспокойным сном и эпизодами апноэ. У данной группы пациентов отмечалась высокая частота острых и хронических ринофарингитов: у 54% детей эпизоды воспаления носоглотки регистрировались четыре и более раз в год. Хронический тонзиллит диагностирован у 46% обследованных детей и чаще наблюдался у пациентов с сочетанными и полными формами расщелин. Функциональные нарушения со стороны среднего уха и слуховой трубы выявлены у 52% детей.

Вывод. У больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба отмечается высокая частота и разнообразие ЛОР-патологий, представленной преимущественно хроническим ринитом, гипертрофией аденоидов, хроническим тонзиллитом и дисфункцией слуховой трубы. Степень выраженности и сочетанность анатомического дефекта напрямую коррелируют с увеличением частоты воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Выявленные функциональные нарушения создают предпосылки для формирования рецидивирующего течения ЛОР-заболеваний, снижения слуха и ухудшения качества жизни пациентов. Полученные данные обосновывают необходимость раннего выявления ЛОР-патологий, динамического наблюдения и своевременной коррекции выявленных нарушений на этапах комплексной реабилитации. Обязательное участие оториноларинголога в мультидисциплинарной команде позволяет снизить частоту осложнений и повысить эффективность лечения детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба.

Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности течения риносинуситов у детей с врождённой расщелиной губы и нёба.

Материал и методы. Исследование проведено на базе детской челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Под наблюдением находились 24 ребёнка дошкольного возраста с врождённой расщелиной губы и нёба. В исследование были включены пациенты с клиническими проявлениями риносинусита, а также дети с анамnestическими данными о повторяющихся воспалительных заболеваниях полости носа и околоносовых пазух.

Всем пациентам проводилось комплексное клинико-оториноларингологическое обследование, включавшее сбор жалоб и анамнеза заболевания, оценку частоты и длительности эпизодов риносинусита, а также анализ ранее проводимого лечения. Объективное обследование включало переднюю и заднюю риноскопию, осмотр носоглотки, оценку состояния слизистой оболочки полости носа, характера носового дыхания и наличия патологического отделяемого. Особое внимание уделялось выявлению анатомо-функциональных особенностей полости носа и носоглотки, способствующих нарушению вентиляции и дренажной функции околоносовых пазух. Оценивались признаки затяжного и рецидивирующего течения заболевания, а также сочетание риносинуситов с другой ЛОР-патологией.

Результаты. В ходе исследования установлено, что у 18 из 24 детей (75%) с врождённой расщелиной губы и нёба риносинуситы характеризовались частым и длительным течением. 10 детей (41,7%) имели повторные

эпизоды заболевания более 3 раз в год, что указывало на склонность воспалительного процесса к рецидивированию. Клинически у 20 детей (83,3%) отмечались стойкие нарушения носового дыхания, а у 16 детей (66,7%) - длительное наличие патологического отделяемого из полости носа. В ряде случаев (6 детей, 25%) риносинуситы сочетались с воспалительными заболеваниями носоглотки и другими формами ЛОР-патологии. Объективное обследование выявило у 15 детей (62,5%) анатомо-функциональные особенности полости носа и носоглотки, способствующие нарушению вентиляции и дренажной функции околоносовых пазух, а также признаки функциональной несостоятельности мягкого нёба у 9 детей (37,5%).

Вывод. Риносинуситы у детей с врождённой расщелиной губы и нёба отличаются неблагоприятным клиническим течением с тенденцией к рецидивированию и хронизации. Полученные данные свидетельствуют о необходимости ранней диагностики риносинуситов и проведения регулярного ЛОР-наблюдения данной категории пациентов. Комплексный подход к оценке состояния верхних дыхательных путей и своевременная профилактика воспалительных осложнений позволяют снизить риск развития хронической патологии околоносовых пазух.

Сайфзода П.Б1., Коситов Д.Д2., Саъдиев С.А.2.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: ДИАГНОСТИКА И ПРОСПЕКТИВА ЕЁ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахмонзода Х.Дж.

Цель исследования. Изучить данные международных исследований по диагностике и хирургическому лечению Болезни Паркинсона и разработать стратегию внедрение в Республики Таджикистан.

Материал и методы. В основе изучение и анализа международных исследование ведущих центров по хирургическому лечению Болезнь Паркинсона в отделение неврологии и нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», которое является клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино были проанализированы 12 пациентов. 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. Во всех случаях проводилось клинко-неврологическое исследование. Наблюдаемым пациентам выполнялись 3 тесловая МРТ-исследования, и КТ с фиксированием рамы стреоахсиса.

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. Метод ГСГМ появился в 1960-х годах прошлого столетия. В 1970-х годах метод развился и стал применяться в лечении болевых синдромов, эпилепсии, двигательных расстройств и ДЦП.

Выводы. 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. Очень большое значение имеет правильный отбор больных. Полагаясь на данные международных исследований, можно утверждать, что внедрение хирургического лечение Республики Таджикистана станет большим прорывом в лечении болезни Паркинсона.

Салиева С.Р., Одилов О.Д., Охунова Ш.М.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО БЛЕФАРОФИМОЗА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Рахимова З.И.

Цель исследования. Изучить клинические проявления врождённого блефарофимоза у детей раннего возраста.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 3 клинических случаев врождённого блефарофимоза у детей, находившихся на лечении в детском глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2020-2025 гг. Возраст пациентов на момент обращения составил 1 год, 2 года и 6 лет. Комплексное офтальмологическое обследование включало наружный осмотр, измерение основных орбитальных параметров (горизонтальный размер глазной щели, межканальное расстояние), биомикроскопию переднего отрезка глаза и оценку функции леватора верхнего века.

Хирургическое лечение проводилось поэтапно. На первом этапе выполнялась коррекция эпикантуса и телекантуса методом медиальной кантопластики по Hornbläss (C-U plasty) с последующей латеральной кантопластикой для увеличения горизонтального размера глазной щели. Вторым этапом одному пациенту с выраженным птозом выполнена фронтальная подвеска верхнего века.

Результаты исследования. После проведённого хирургического лечения у всех пациентов отмечалась положительная динамика анатомических и функциональных показателей. Наблюдалось увеличение горизонтального размера глазной щели в среднем на 3–5 мм, что способствовало улучшению положения век и расширению поля зрения. У всех детей отмечалось устранение или значительное уменьшение выраженности эпикантуса инверзуса, а также коррекция телекантуса, что приводило к уменьшению межканального расстояния и формированию более физиологического расположения медиальных углов глаз.

После выполнения медиальной и латеральной кантопластики отмечалось улучшение контуров глазной щели и восстановление более правильной анатомии век. У пациента, которому была выполнена фронтальная подвеска верхнего века, наблюдалось значительное улучшение положения верхнего века и устранение выраженного птоза, что обеспечило более полное открытие глазной щели и восстановление физиологической оси взгляда.

В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечалось удовлетворительное заживление операционных ран без признаков инфекционных осложнений. Формирование послеоперационных рубцов происходило благоприятно, косметический результат оценивался как хороший. Важным результатом лечения явилось достижение симметрии периорбитальной области, что имеет большое значение для эстетического результата и психоэмоционального состояния пациентов и их родителей.

Кроме того, расширение глазной щели и улучшение положения верхнего века способствовали созданию благоприятных анатомических условий для нормального зрительного восприятия. Это имеет особое значение

в детском возрасте, поскольку своевременная коррекция препятствует развитию **обскурационной амблиопии** и способствует нормальному формированию зрительных функций.

Выводы. Проведенный анализ трех клинических случаев демонстрирует, что врожденный блефарофимоз у детей характеризуется типичной клинической картиной, требующей комплексного подхода к диагностике. Хирургическая коррекция блефарофимоза, проводимая поэтапно (первым этапом – кантопластика, вторым – коррекция птоза), является высокоэффективным методом лечения. Раннее хирургическое вмешательство позволяет не только устранить грубые анатомические нарушения век и глазной щели, но и, что наиболее важно, способствует созданию условий для нормального развития зрительного анализатора и является действенной мерой профилактики развития обскурационной амблиопии у детей.

Насруллоев А.Ф., Исроилзода М.Д., Солихов Ф. С.

МРТ УЗЛОВОЙ ГИПЕРПАЗИИ В ПЕРЕХОДНОЙ ЗОНЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайфиддинзода М.Б.

Цель исследования. Определить наиболее информативные МРТ-признаки, позволяющие дифференцировать рак предстательной железы и узловую форму гиперплазии предстательной железы в переходной зоне.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ пациентов с повышенным уровнем ПСА, которым выполнена МРТ до проведения биопсии. Протокол включал T2-взвешенные изображения, DWI с построением ADC-карт и динамическое контрастное усиление (DCE). Оценивались: форма и контуры очага, однородность сигнала на T2WI, наличие псевдокапсулы, степень ограничения диффузии, количественные показатели ADC, характер контрастного усиления и категория PI-RADS. Результаты сопоставлялись с данными гистологического исследования.

Результаты исследования. Для рака переходной зоны были характерны: гомогенно сниженный сигнал на T2WI с нечёткими, инфильтративными контурами, отсутствие выраженной псевдокапсулы, выраженное ограничение диффузии и достоверно более низкие значения ADC ($p < 0,05$). Узлы доброкачественной гиперплазии предстательной железы чаще имели чёткие контуры, капсулированную структуру, гетерогенный сигнал на T2WI и менее выраженное снижение ADC. Динамическое контрастирование не обладало высокой самостоятельной специфичностью, однако повышало диагностическую уверенность при комплексной оценке.

Выводы. Комплексный анализ морфологических и диффузионных МРТ-показателей позволяет повысить точность дифференциации рака предстательной железы и узловой формы доброкачественной гиперплазии предстательной железы в переходной зоне. Наиболее значимыми критериями являются характер сигнала на T2WI, наличие псевдокапсулы и количественные показатели ADC. Применение данных критериев способствует снижению числа необоснованных биопсий и улучшению предбиопсийной стратификации риска.

Сангинов А.Р., Хамроев К.Б.

ОСЛОЖНЁННЫЕ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хусаинов Э.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с травмами шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Работа основана на анализе историй болезни 49 пациентов, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии №2 ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» с 2023 по 2025 годы. Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет. Мужчин было 30 (61%), женщин 19 (39%).

Результаты исследования. Основными механизмами травмы больных с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга были: компрессионный 23 (47%), дистракционный 15 (30%), ротационный 11 (23%). Среди пострадавших с травмами шейного отдела позвоночника у 9 (18,3%) установлен диагноз - ушиб шейного отдела спинного мозга лёгкой степени, средней степени тяжести - у 13 (26,5%), тяжёлой степени - у 23 (47%) больных. В 17 (34,6%) случаях наблюдалась сочетанная травма позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга происходило за счёт частичного или полного вывиха позвонков - 31 (63,2%), компрессионных осколков тела позвонков - 9 (18,4%), травматической грыжи диска - 3 (6%), за счёт компрессии дужек 6 (3%). Как видно из приведённых данных, в основном, происходило вентральное сдавление спинного мозга - 43 (88%). Оценка неврологического статуса проводилась по шкале ASIA. Больные группы А составили 21 (42,8%), группы В - 6 (12%), группы С-13 (26,5%), группы D - 9 (18,4%).

Больным проводилось комплексное лечение. При вентральном сдавлении спинного мозга за счёт частичного вывиха позвонков, сдавление устранялось путём скелетного вытяжения за теменные бугры, установление груза в соответствии уровня вывиха позвонка - в 19 (38,8%) случаях. В 9 (18,4%) случаях сдавление спинного мозга фрагментами тела позвонков устранено вентральным доступом - корпэктомия, замещение тела позвонка имплантом с фиксацией позвоночника пластинами. У 7 (14,2%) больных в связи с вентральным и дорсальным сдавлением спинного мозга одномоментно проведена задняя декомпрессия - ламинэктомия, с последующим положением больного на спине, корпэктомия, замещение имплантом с фиксацией позвоночника пластинами. Хорошее восстановление неврологического статуса наблюдалось у 15 (30,6%), умеренная неврологическая недостаточность у 7 (14,2%), грубая неврологическая недостаточность (группа А) у 18 (36,6%) пострадавших. Послеоперационные осложнения отмечены в 2 (4%) случаях в виде нагноения послеоперационной раны. Летальность составила 18,4%, вследствие восходящего отёка спинного мозга, все больные имели выраженный неврологический дефицит - группа А, большинство из них были доставлены из дальних районов в

крайне тяжёлом состоянии.

Вывод. Основной причиной летальных исходов в сроки до 7 суток после травмы является нарастающий восходящий отёк спинного мозга. Своевременно оказанная хирургическая помощь пострадавшим с травмой позвоночника и спинного мозга и проведение раннего восстановительного лечения позволяют улучшить результаты лечения и снизить летальность.

Сатаев А.Е.

РУТИННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ САРКОПИИ КАК ПРЕДИКТОРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кафедра онкологии и лучевой диагностики НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан
Научный руководитель: Акалиева Г.Т.

Цель исследования: Оценить прогностическую значимость саркопии, определяемой по данным рутинной компьютерной томографии органов брюшной полости, в отношении риска развития послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших плановые абдоминальные хирургические вмешательства.

Материал и методы. В ретроспективное когортное исследование включены 250 пациентов, которым выполнялось плановое абдоминальное хирургическое вмешательство в период с 2018 по 2024 гг. Всем пациентам в предоперационном периоде была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости. Оценка саркопии проводилась путём измерения площади скелетных мышц на уровне третьего поясничного позвонка (L3) с последующим расчётом индекса скелетной мышечной массы (SMI), нормированного по росту пациента ($\text{см}^2/\text{м}^2$). Послеоперационные осложнения классифицировались согласно шкале Clavien–Dindo. Проведён сравнительный анализ частоты осложнений у пациентов с наличием и отсутствием саркопии.

Результаты исследования. Саркопия была выявлена у 98 (39,2%) пациентов. Послеоперационные осложнения наблюдались у 62 (63,3%) пациентов с саркопией и у 40 (26,3%) пациентов без признаков снижения мышечной массы ($p < 0,001$). Тяжёлые осложнения (Clavien–Dindo $\geq$ III степени) зарегистрированы у 34 (34,7%) пациентов с саркопией и у 12 (7,9%) пациентов без саркопии. Многофакторный логистический регрессионный анализ показал, что наличие саркопии является независимым предиктором развития тяжёлых послеоперационных осложнений (OR 3,8; 95% CI: 1,9–7,6; $p < 0,001$).

Выводы. Саркопия, выявляемая по данным рутинной компьютерной томографии органов брюшной полости, является статистически значимым независимым предиктором послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших абдоминальные хирургические вмешательства. Использование стандартных КТ-изображений для оценки мышечной массы позволяет повысить эффективность предоперационной стратификации риска без необходимости проведения дополнительных методов исследования.

Сатдилов К.А., Юлдашева З.Б., Суянов А.Т.

ЗНАЧЕНИЕ ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Кафедра хирургических болезней в семейной медицине ТГМУ. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., ассистент Сатдилов К.А.

Цель исследования. Операции по лигированию варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с циррозом печени являются одним из основных методов профилактики и лечения опасных для жизни кровотечений. Данное вмешательство эффективно снижает портальное давление и уменьшает риск рецидива кровотечений, что напрямую влияет на показатели выживаемости пациентов. Своевременное проведение лигирования способствует стабилизации клинического состояния, снижению степени анемии и уменьшению числа госпитализаций. Важным аспектом является также улучшение качества жизни пациентов за счёт снижения тревожности, связанной с риском повторных кровотечений, и повышения функциональной активности.

Материал и методы. Исследование проводилось с использованием метода практического наблюдения. В течение трёх месяцев наблюдались 35 пациентов в возрасте от 24 до 69 лет (средний возраст 50,4 года) с циррозом печени различной этиологии. Среди них 16 мужчин и 19 женщин. Классификация пациентов по системе Child-Pugh показала: класс А — 9 человек (25,7%), класс В — 21 человек (60%), класс С — 5 человек (12,3%). Для классификации варикозных вен пищевода использовалась система Soehendra: I степень — 10 пациентов (28,6%), II степень — 12 пациентов (34,3%), III степень — 15 пациентов (42,81%).

Всем пациентам проведено эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода с использованием эластичных лигатур. До и после операции качество жизни оценивалось с помощью опросника SF-36.

Результаты исследования. Всем пациентам успешно проведено лигирование вен пищевода. Частота рецидивов кровотечений в течение 6 месяцев составила 6,7% (2 пациента). Отмечено улучшение субъективного самочувствия: снижение утомляемости, улучшение аппетита и сна. Анализ опросника SF-36 показал статистически значимое повышение показателей физического и эмоционального здоровья ($p < 0,01$).

Выводы.

1. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с циррозом печени способствует достоверному снижению риска развития кровотечений и связанных с ними осложнений.
2. Проведение данного вмешательства оказывает выраженное положительное влияние на качество жизни пациентов, проявляющееся улучшением как физического, так и психоэмоционального состояния.
3. Эндоскопическое лигирование характеризуется высокой безопасностью и эффективностью и может быть рекомендовано в качестве метода профилактики кровотечений у данной категории больных.

4. Лигирование варикозных вен пищевода следует рассматривать как неотъемлемый элемент комплексного лечения пациентов с циррозом печени.

Сатторов А.Г., Мирмадов П.М., Айниев С.Б.

«ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ»

Кафедра хирургических дисциплин №3 ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Айнизода Б.С.

Цель исследования. Изучить современные подходы и проблемы лечения внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости, выявить преимущества и недостатки различных методов, применяемых в мировой практике, и определить оптимальные стратегии для восстановления функции кисти.

Материал и методы. Анализ опубликованных данных за последние 10 лет, включающих клинические исследования и мета-анализы, посвященные лечению внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости. Рассмотрены консервативные методы лечения (иммобилизация гипсовыми повязками), хирургические методы (открытая репозиция с внутренней фиксацией, чрескожная фиксация, мини-пластины, фиксация спицами Киршнера) и современные малоинвазивные техники. Сравнение исходов лечения проводилось по функциональным шкалам (DASH, Gartland & Werley), частоте осложнений и срокам восстановления трудоспособности.

Результаты исследования. Хирургическое лечение с анатомической репозицией и стабильной фиксацией обеспечивает более высокий процент восстановления функции кисти по сравнению с консервативной терапией при внутрисуставных переломах. Малоинвазивные техники (чрескожная фиксация и мини-пластины) снижают риск травматизации мягких тканей и ускоряют раннюю реабилитацию. Наиболее частые осложнения включают посттравматический артроз, несращение и ограничение подвижности кисти. Выбор метода лечения зависит от характера перелома, возраста пациента и сопутствующих заболеваний.

Выводы. В мировой практике при внутрисуставных переломах дистального метаэпифиза лучевой кости предпочтение отдается хирургической репозиции с анатомической фиксацией. Малоинвазивные методы позволяют снизить осложнения и ускорить реабилитацию, но требуют высокой хирургической квалификации. Оптимальная стратегия лечения должна быть индивидуализирована с учетом морфологии перелома и функциональных потребностей пациента.

Сафарова М.М., Менгпулдозда Ф.Р.

ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Полвонов Ш.Б.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения геморроидальной болезни у пациентов с сахарным диабетом путём применения лазерной вапоризации геморроидальных узлов.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов обследования и малоинвазивного хирургического лечения 28 пациентов с хроническим геморроем 1-3 стадии с сахарным диабетом. Данное исследование проведено в отделении колопроктологии ООО „Мадади Акбар“ в период с марта 2024 года по февраль 2026 года. Среди пациентов было 16 (57,1%) женщин и 12 (42,9%) мужчин. Возраст пациентов составил от 28 до 75 лет. Всем пациентам выполнена лазерная вапоризация геморроидальных узлов с применением W-лазера с длиной волны 1940 нм, с использованием конусообразного световода. Методика основана на воздействии лазерной энергии на кавернозную ткань внутреннего геморроидального узла и на конечные ветви верхней прямокишечной артерии. Первым этапом выполняли подслизистое введение под геморроидальный узел тумесцентного раствора в виде раствора лидокаина 0,5% и 1% с 0,1% (1мг/мл) адреналином для местной анестезии. Вторым этапом конусообразный световод в активном режиме вводился в подслизистый слой под геморроидальный узел. Выполнялась субмукозная вапоризация геморроидальной ткани до появления очагов белой денатурации. Эффективность деструкции геморроидальных узлов оценивали с помощью аноскопии и пальцевого исследования.

Результаты исследования. Анализ интенсивности послеоперационного болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 баллов. В 1-й день после оперативного вмешательства средний уровень болевого синдрома составил $2,1 \pm 0,6$ балла по ВАШ, что расценивалось как слабая боль. У 22 (78,6%) пациентов болевой синдром не превышал 2 баллов, у 6 (21,4%) находился в пределах 3-4 баллов. Сильной боли (≥ 5 баллов по ВАШ) не отмечено. На 3-й день после операции средний показатель боли снизился до $1,3 \pm 0,4$ балла, а на 7-й день болевой синдром полностью отсутствовал у 24 (85,7%) пациентов. Остальные 4 (14,3%) пациента отмечали минимальный дискомфорт до 1 балла по ВАШ, который не требует применения анальгетиков.

Применение лазерной вапоризации позволило сократить потребность в обезболивающих препаратах, нестероидные противовоспалительные средства принимали лишь 9 (32,1%) пациентов и не более 1-2 суток после операции. Осложнений, связанных с усилением болевого синдрома или декомпенсацией сахарного диабета, не выявлено.

Вывод. Лазерная вапоризация является современным методом хирургического вмешательства, направленного на удаление геморроидальных узлов посредством воздействия лазерного луча. Для пациентов с сахарным диабетом данный способ особенно предпочтителен ввиду низкой вероятности развития инфекцион-

ных осложнений, быстрого заживления ран и сокращения периода реабилитации. Благодаря бесконтактному воздействию на слизистую оболочку и мышечную ткань, лазерный луч позволяет минимизировать кровопотери и снижает инфицирование раны, что важно для диабетиков. Использование лазерной вапоризации геморроидальных узлов у пациентов с сахарным диабетом обеспечивает низкую интенсивность послеоперационного болевого синдрома, быстрое восстановление и повышает эффективность малоинвазивного хирургического лечения геморроидальной болезни.

Шарипов Ч.Х., Туракулов Б.Ё., Сафолова М.А.

НАҚШИ ТАШХИСИ УСУЛҲОИ УЛТРАСАДО ВА ФИСТУЛОГРАФИЯ

Кафедра рентгенология ва радиологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Ҷумҳурии Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ- к.м.н., дотсент Сайфиддинзода М.Б.

Мақсади таҳқиқот. Гузаронидани арзёбии мукоисавии маълумоти ташхисии усулҳои ултрасадо ва фистулография ҳангоми ошқор ва ташхиси фистулаҳои маҳаллисозии гуногун ва мукоисаи онҳо бо маълумоти таҷдиди назари ҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар маҷмӯъ 17 бемор муоина карда шуд. Дар мавриди беморон ҳангоми бистарӣ будан ташхиси ултрасадоӣ, рентген ва аксбардории магнитӣ-резонансӣ анҷом дода шуданд. Тасдиқи натиҷаҳои муоина ҳангоми ҷарроҳӣ ба амал оварда шуд.

Натиҷаҳо. Бо истифода аз найчаи ултрасадои трансректалӣ, мо намудҳои роҳҳои фистула ва маконҳои дақиқи онҳоро дар беморони гирифтори фистулаҳои атрофи мақадӣ муайян кардем. Бо истифода аз режими "ҷараёни бисёрҷараёни хун", дар 9 бемор (52,9 %) ҷараёни хун дар роҳи фистула афзоиш ёфт ва дар 1 бемор (5,9 %) ҷараёни хун мушоҳида нашуд. Ҳангоми мукоиса бо маълумоти фистулография, дар як бемор роҳи фистула нобуд карда шуд ва дар нӯҳ бемор натиҷаҳои ултрасадо тасдиқ карда шуданд. Ҳангоми гузаронидани муоинаҳои ултрасадо бо истифода аз трансдусерҳои ҳатӣ ва трансабдоминалӣ дар беморони гирифтори фистулаҳо аз сабаби остеомиелит (панҷ бемор ё 29,4 %) ва фистулаҳои узвҳои шикам (ду бемор ё 11,8 %), ҳангоми истифодаи режими "ҷараёни бисёрҷараён" афзоиши ҷараёни хун дар роҳи фистула мушоҳида шуд. Ҳангоми мукоиса бо маълумоти фистулография ва дар давраи ҷарроҳӣ, натиҷаҳои ултрасадо тасдиқ карда шуданд.

Хулоса. Ултрасадо, ки ҳангоми беморони гирифтори фистулаҳои гуногун ҷойгиршуда истифода мешавад, як усули ба андозаи баробар иттилоотии тасвири пешазҷарроҳӣ буда, таъсири радиатсияро дар бар намегирад ва дар сурати имконнопазир буданаш метавонад, ташхиси магнити резонансиро пурра иваз кунад.

Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х., Туразода М.С.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Определить клинические, морфологические и функциональные предикторы эффективности хирургического лечения рецидивной послеродовой недостаточности анального сфинктера (РПНАС).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 86 женщины детородного возраста с клиническими признаками РПНАС. Диагностический протокол включал тщательное клиническое и инструментальное обследование. Клиническая оценка основывалась на оценке симптомов, акушерского анамнеза и физикальном осмотре промежности. Степень анального недержания оценивалась по шкале Векснера, а качество жизни пациентов оценивалось. Функциональное состояние аноректального комплекса измеряли с помощью аноректальной манометрии высокого разрешения. Все участники перенесли реконструктивную операцию, в частности сфинктероплегию или ее разновидности. Успех хирургического вмешательства оценивался через 6 и 12 месяцев после операции с использованием клинических, манометрических и ультразвуковых критериев.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что на успех хирургического вмешательства при РПНАС в значительной степени влияют исходные морфофункциональные характеристики механизма сфинктера. Наиболее многообещающие результаты были отмечены у пациентов с локализованными дефектами наружного анального сфинктера и сохраненной нервно-мышечной функцией.

У пациентов со значительными дефектами сфинктерного комплекса, длительными изменениями рубцовой фиброзной ткани и признаками нейропатии полового нерва вероятность успешной хирургической коррекции значительно снижалась.

Манометрические измерения также позволили получить прогностическую информацию. Заметное снижение давления в состоянии покоя и давления произвольного сокращения сопровождалось менее благоприятными функциональными результатами после операции.

Полученные данные показали, что на рецидив РПНАС влияет множество факторов, и успех хирургического лечения зависит не только от анатомического восстановления механизма сфинктера, но и от состояния нервно-мышечной регуляции в аноректальном комплексе.

Выводы. Основные показатели успешного хирургического лечения РПНАС включают тип морфологического повреждения сфинктерного механизма, функциональное состояние аноректального комплекса и наличие нервно-мышечных нарушений.

Тщательная морфофункциональная диагностика позволяет прогнозировать результаты хирургической коррекции и обосновывать выбор наиболее эффективных стратегий лечения. Учет выявленных предикторов

позволяет повысить эффективность хирургических вмешательств и снизить вероятность рецидива заболевания.

Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х., Туразода М.С.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Оценить клиническую и функциональную эффективность комбинированного лечения рецидивной послеродовой недостаточности анального сфинктера (РПНАС).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 86 участники репродуктивного возраста с клиническими признаками РПНАС, которые ранее получали реконструктивные процедуры или у которых после родов ухудшилось состояние анального недержания мочи.

Диагностический протокол включал тщательную клиническую и инструментальную оценку аноректального комплекса. Клиническая оценка включала сбор жалоб пациентов, изучение акушерского анамнеза, осмотр промежности и проведение цифрового ректального исследования. Тяжесть анального недержания мочи измерялась по шкале Векснера, а качество жизни оценивалось с помощью специальных анкет.

Эффективность лечения оценивалась через 6 и 12 месяцев после операции на основе клинических данных, данных аноректальной манометрии и показателей качества жизни.

Результаты исследования показали, что комбинированный подход к лечению, включающий хирургическую реконструкцию аппарата сфинктера и последующую функциональную реабилитацию, дает значительно лучшие клинические и функциональные результаты по сравнению с изолированной хирургией.

У значительного числа пациентов наблюдалось заметное снижение тяжести анального недержания мочи по шкале Векснера, а также улучшение показателей качества жизни. Манометрические исследования показали повышение давления в состоянии покоя и произвольное сокращение анального сфинктера, что свидетельствует о восстановлении функциональной активности аппарата сфинктера.

Основное наблюдение заключалось в улучшении координации мышц тазового дна и повышении эффективности произвольного сокращения анального сфинктера после программы функциональной реабилитации. Это подчеркивает важнейшую роль нервно-мышечной адаптации в восстановлении ретенционной функции.

Полученные данные подтверждают, что изолированная хирургическая реконструкция не всегда приводит к полному восстановлению функции анального сфинктера, поскольку она не позволяет устранить функциональные и нервно-мышечные нарушения. Интеграция методов биологической обратной связи и тренировки мышц тазового дна способствует восстановлению координации аноректального комплекса и повышает эффективность хирургических вмешательств.

Таким образом, комбинированная стратегия эффективно нацелена на основные патогенные механизмы рецидива РПНАС, которые включают структурные, функциональные и нервно-мышечные аспекты заболевания.

Выводы. Комбинированное лечение, включающее хирургическую реконструкцию анального сфинктера и последующую функциональную реабилитацию мышц тазового дна, является перспективным направлением повышения эффективности лечения рецидивной послеродовой недостаточности анального сфинктера.

Саъдуллаева Ш.М.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра Акушерства, гинекологии и репродуктологии
“Ташкентский государственный медицинский университет”. Узбекистан.
Научный руководитель – к.м.н. Раззакова Н.С.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов ранней диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста для своевременного выявления патологических изменений и профилактики злокачественной трансформации эндометрия.

Материал и методы. В исследование были включены 60 женщин в возрасте от 35 до 55 лет с подозрением на гиперпластические процессы эндометрия. Всем пациенткам проводилось комплексное клинко-лабораторное обследование, включающее сбор анамнеза, гинекологический осмотр, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза и доплерометрическое исследование. Толщина эндометрия оценивалась в различные фазы менструального цикла. Для уточнения диагноза применялись современные методы диагностики: офисная гистероскопия и пайпель-биопсия эндометрия с последующим морфологическим исследованием. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования. По результатам ультразвукового исследования у 68,3% обследованных женщин выявлено утолщение эндометрия более 12 мм, а у 41,7% отмечалась неоднородность его структуры. При проведении гистероскопии патологические изменения эндометрия были выявлены у 73,3% пациенток, среди которых наиболее часто диагностировалась железистая гиперплазия эндометрия (46,7%). Морфологическое исследование биоптатов подтвердило наличие гиперпластических процессов у 70,0% обследованных женщин. Сравнительный анализ показал, что чувствительность трансвагинального ультразвукового исследования составила 82%, тогда как диагностическая точность гистероскопии с прицельной биопсией достигала 94%. По-

лученные данные свидетельствуют о высокой информативности комбинированного применения инструментальных методов диагностики.

Выводы. 1. Гиперпластические процессы эндометрия чаще выявляются у женщин пременопаузального возраста и сопровождаются утолщением и структурными изменениями эндометрия. 2. Трансвагинальное ультразвуковое исследование является эффективным скрининговым методом ранней диагностики патологии эндометрия. 3. Гистероскопия с прицельной биопсией и последующим морфологическим исследованием остается «золотым стандартом» диагностики гиперпластических процессов эндометрия. 4. Комплексное применение современных диагностических методов позволяет повысить точность раннего выявления патологии эндометрия и снизить риск развития онкологических заболеваний.

Сердюкова А. М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА

Кафедра хирургических болезней Астраханского государственного медицинского университета. Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сердюков М.А.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными боковыми грыжами живота поясничной локализации путем разработки и внедрения нового способа пластики, обеспечивающего надежное укрепление боковой стенки живота и снижение частоты рецидивов.

Материал и методы. В основу работы положен анализ существующих методов хирургической коррекции послеоперационных боковых грыж. Изучены результаты применения традиционных способов, включая пластику местными тканями (частота рецидивов до 69%) и известные методики с использованием сетчатых эндопротезов. Констатированы недостатки аналогов, такие как релаксация мышц вследствие нарушения иннервации, прорезывание швов и миграция трансплантата. В нашей клинике на базе ЧУЗ "КБ "РЖД-Медицина" г. Астрахань был разработан оригинальный способ реконструкции, включающий инвагинацию грыжевого мешка без его вскрытия, послойное ушивание внутренней косой мышцы над грыжевыми воротами и фиксацию моделированного полипропиленового эндопротеза. Особенностью методики является фиксация протеза с созданием лоскутов для огибания 11-го ребра с сохранением сосудисто-нервного пучка, а также подшивание его к надкостнице ребер, апоневрозу широкой мышцы спины, краю прямой мышцы и лигаментарной части внутренней косой мышцы, что исключает миграцию и релаксацию мышечного каркаса.

Результаты исследования. Предложенный способ хирургического лечения позволяет преодолеть основные недостатки известных методик. Фиксация эндопротеза с учетом анатомических структур (ребра, апоневрозы, мышцы) и сохранение сосудисто-нервных пучков предотвращают развитие релаксации мышц боковой стенки живота. Разгрузка линии швов за счет протезирования по принципу «tension-free» исключает прорезывание тканей и формирование слабых зон. Надежная фиксация сетчатого импланта в ретромускулярном пространстве с огибанием реберной дуги препятствует его миграции. В отличие от пластики местными тканями, где рецидивы достигают 69%, использование предложенного подхода, базирующегося на данных литературы об эффективности эндопротезирования (снижение рецидивов до 1,5%), обеспечивает стабильный анатомический и функциональный результат.

Выводы. Разработанный новый способ пластики послеоперационных боковых грыж живота позволяет надежно укрепить боковую брюшную стенку за счет анатомичной фиксации полипропиленового эндопротеза к костным и мышечно-апоневротическим структурам с сохранением их иннервации. Предложенная методика направлена на профилактику рецидивов и миграции имплантата, что улучшает результаты хирургического лечения данной сложной категории пациентов.

Сердюкова А. М.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В МОДИФИКАЦИИ ПФАННЕНШТИЛЯ

Кафедра хирургических болезней Астраханского государственного медицинского университета, Астрахань, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сердюков М.А.

Цель исследования. Разработка и клиничко-цитологическое обоснование эффективности интраоперационного способа профилактики эндометриоза послеоперационного рубца после лапаротомии по Пфанненштилю при кесаревом сечении.

Материал и методы. Эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР) является отсроченным ятрогенным осложнением, возникающим вследствие имплантации жизнеспособных клеток эндометрия в ткани передней брюшной стенки во время хирургических вмешательств, в частности, при кесаревом сечении. Частота данной патологии, по данным литературы, достигает 0,4% и имеет тенденцию к росту в связи с увеличением числа абдоминальных родоразрешений. Существующие методы профилактики, как правило, начинаются в послеоперационном периоде, когда патологические изменения (отек, экссудация) уже инициированы, что снижает их эффективность.

В основу работы положен анализ результатов родоразрешения 8 рожениц, разделенных на контрольную и основную группы. Всем пациенткам выполнено кесарево сечение с использованием доступа Пфанненштиля. В контрольной группе ушивание раны проводилось по стандартной методике. В основной группе интраоперационно, после ушивания матки и контроля гемостаза, перед зашиванием брюшины и апоневроза, выполнялась обработка раны: в брюшную полость и разрез передней брюшной стенки с широким разведением краев заливали готовый водный раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% (100 мл) и диоксида 0,1% (50 мл)

с экспозицией 2-3 минуты с последующим удалением остатков раствора. Эффективность профилактики оценивалась на основании данных цитологического исследования раневого отделяемого (наличие клеток эндометрия) и частоты клинических проявлений ЭПР в отдаленном периоде (1,5-2 года).

Результаты исследования. Имплантационная теория патогенеза ЭПР подтверждается данными о выбросе децидуальных клеток в подкожно-жировую клетчатку и мышечные слои в момент излития околоплодных вод, извлечения плода и последа, с преимущественной локализацией узлов в проекции косых мышц живота. Предложенный метод интраоперационной санации направлен на элиминацию именно этого ключевого фактора — жизнеспособных клеток эндометрия из «зон риска» (углы раны, подкожно-жировая клетчатка). Выбор антисептической композиции обусловлен данными о высокой бактерицидной и цитотоксической активности хлоргексидина в отношении клеток эндометрия, а также синергидным действием диоксида, сохраняющего активность в присутствии крови и обладающего доказанным бактерицидным эффектом в отношении широкого спектра грамположительной и грамотрицательной флоры, включая госпитальные штаммы. Экспериментальные данные подтверждают, что антимикробная активность данной комбинации значительно превышает таковую у многих других антисептиков.

Выводы. Интраоперационная обработка раны раствором хлоргексидина 0,05% и диоксида 0,1% является эффективным и патогенетически обоснованным методом профилактики эндометриоза послеоперационного рубца при кесаревом сечении. Метод прост в исполнении, не требует специального оборудования и может быть рекомендован для широкого внедрения в акушерскую практику с целью снижения риска данного отсроченного осложнения.

Сидиков И.И., Нейматзода О. ФИО Эрадж

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИЕЙ

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

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты реваскуляризации нижних конечностей у пациентов сахарным диабетом.

Материал и методы. Изучены результаты открытых шунтирующих операций у 84 пациентов (53 мужчин и 31 женщин) с хронической ишемией нижних конечностей. Средний их возраст составил $69,2 \pm 7,3$ лет. Состояние кровообращения конечностей исследовали методами ультразвукового дуплексного сканирования, рентгеноконтрастной ангиографией. Критериями оценки результатов лечения пациентов явились нивелирование симптомов хронической ишемии, частота ампутаций, специфических и неспецифических осложнений, летальных исходов, а также оценке изменения лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и чрескожного напряжения кислорода (ЧНК) в ткани конечности.

Результаты исследования. Основными критериями для выполнения шунтирующих операций явились наличие протяженного стеноза в области подвздошно-бедренного или бедренно-подколенно-берцового сегментов более 15 см или их окклюзии, а также многоэтажные короткие окклюзии и благоприятным дистальным руслом. Высокие (спураингвинальные) реконструкции были выполнены у 29, инфраингвинальные - в 55 случаях. В 11 случаях пациентам также была выполнена поясничная симпатэктомия.

В раннем послеоперационном периоде раневые инфекционные осложнения отмечены у 5 пациентов, летальные исходы не наблюдались. Тромбоз трансплантатов были отмечены у 8,2% пациентов, и из-за неэффективности повторных операций ампутаций конечности выполнены в 4,9% наблюдений. Сохранность конечности в среднеотдаленном периоде после открытых, эндоваскулярных и «гибридных» операций составляли 72,8%, 91,7% и 92,3% соответственно.

Выводы. Хирургическое лечение пациентов с диабетическими макроангиопатиями нижних конечностей должно базироваться на данных лучевых методов исследования. Ранний послеоперационный период у пациентов сахарным диабетом характеризуется частыми инфекционными и тромботическими осложнениями. Применение эндоваскулярной и гибридной технологии лечения, позволяют добиться более хороших непосредственных и средне-отдаленных по эффективности результатов по сравнению с открытыми методами операций.

Сидиков М.П. 1, Сидиков О.П. 2

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК НОВАЯ ПРИЧИНА ЯТРОГЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

1. Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи. Узбекистан.

2. Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан.

Цель исследования. Представить клинический случай интраоперационного ятрогенного пневмоторакса при лапароскопической операции у ребенка и подчеркнуть значение ранней диагностики и мониторинга.

Материал и методы. Проанализирован клинический случай пациента с ущемленной левосторонней паховой грыжей, госпитализированного в отделение детской хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Планировалась двусторонняя лапароскопическая операция методом PIRS (Percutaneous Internal Ring Suturing).

Клинический случай. Во время операции под эндотрахеальным наркозом внезапно отмечены повышение давления в дыхательных путях, выраженные гемодинамические нарушения, крепитация в правой передней области шеи и грудной клетки, резкое ослабление дыхания справа. Экстренная рентгенография органов грудной клетки подтвердила правосторонний пневмоторакс с распространенной подкожной эмфиземой.

Незамедлительно выполнены иглочатая декомпрессия плевральной полости и закрытое дренирование

грудной клетки с последующим расправлением легкого. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Результаты исследования. Своевременная диагностика и экстренные лечебные мероприятия позволили предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений и обеспечить благоприятный исход.

Выводы. Лапароскопические операции у детей могут являться причиной ятрогенного пневмоторакса. Постоянный интраоперационный мониторинг витальных функций (давление в дыхательных путях, сатурация, гемодинамика) имеет решающее значение для раннего выявления и немедленного лечения данного осложнения. Настороженность хирургов и анестезиологов повышает безопасность малоинвазивных вмешательств.

Сидиков А.Ш., Нажмидинов Х.Н., Гадозода А.М.

ВЛИЯНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ НА ПАРАМЕТРЫ ЭЯКУЛЯТА У ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ

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

Центральный военный госпиталь МО РТ, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Изучить динамику показателей спермограммы у подростков с варикоцеле после микрохирургической варикоцелэктомии.

Материал и методы исследования. В исследование, проведенное на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», включено 35 подростков в возрасте 16-18 лет с левосторонним варикоцеле II-III степени и патологическими изменениями в спермограмме. Всем пациентам выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару. Контрольную группу составили 20 здоровых подростков того же возраста без варикоцеле и другой андрологической патологии, с нормальными показателями спермограммы.

Анализ спермограмма оценивалась трижды: за 2 недели до операции, через 6 и 12 месяцев после вмешательства. УЗИ органов мошонки проводилось до и через 12 месяцев после операции с определением объема яичек. На анализы гормоны мы определяли уровня общего тестостерона, фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона до операции и через 12 месяцев.

Результаты исследования. До операции у всех пациентов отмечалась патозооспермия различной степени выраженности. Средние показатели спермограммы в основной группе были достоверно ниже, чем в контрольной. Через 6 месяцев после варикоцелэктомии отмечено достоверное улучшение всех ключевых параметров. Через 12 месяцев после операции у 77,1% пациентов показатели спермограммы достигли нормальных значений или приблизились к показателям контрольной группы. У 22,9% пациентов сохранялись умеренные изменения, преимущественно за счет морфологии. До операции средний объем левого яичка у пациентов основной группы был достоверно меньше, чем правого, что свидетельствует о наличии гемиатрофии. Через 12 месяцев после операции отмечено достоверное увеличение объема левого яичка. Объем правого яичка существенно не изменился.

У пациентов с варикоцеле исходно отмечался компенсаторно повышенный уровень ФСГ и ЛГ при нормальном уровне тестостерона, что указывает на субклиническую дисфункцию клеток Сертоли и Лейдига. Через 12 месяцев после операции отмечена положительная динамика.

Послеоперационные осложнения отмечены у 8,6% пациентов: транзиторный отек мошонки (n=2), гидроцеле (n=1). Рецидивов варикоцеле не зафиксировано.

Выводы. Микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару у подростков с варикоцеле II-III степени достоверно улучшает все параметры спермограммы. Данную технику демонстрирует высокую эффективность и низкую частоту осложнений, что делает ее методом выбора при лечении варикоцеле у подростков с нарушением фертильности.

Скакун П.В.

МУЛЬТИФАКТОРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДВС-СИНДРОМА В ПЕРИОДЕ ТОКСЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ОЖОГАМИ

Кафедра пластической хирургии и комбустиологии ИПКиПКЗ УО «Белорусский государственный медицинский университет». Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., профессор Алексеев С.А.

Цель исследования. Разработка прогностической модели для прогнозирования синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания в периоде ожоговой токсемии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 432 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в Республиканском ожоговом центре на базе УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период 2019–2024 гг. В когортное исследование включено 175 больных с ожоговой болезнью. Методом рандомизации пациенты (n = 175) разделены на две группы: обучающая выборка (n=88) и тестовая выборка (n=87). Статистический анализ выполнен в среде R, версия 4.3. Для поиска и оценки значимости выполнен однофакторный и многофакторный анализ обучающей выборки. Для валидации полученной модели проведен ROC-анализ и построение калибровочного графика на тестовой выборке.

Результаты исследования. Для идентификации предикторов развития ДВС-синдрома в ранних сроках ожоговой болезни осуществлен однофакторный анализ социально-эпидемиологических показателей, характеристик травмы, данных общеклинических и биохимических анализов крови, pH, коагулограммы и результатов физикального осмотра обучающей выборки (45 пациентов с ДВС-синдромом и 43 пациента без него). По ито-

гам многофакторного анализа построена модель, включающая возраст, общую площадь ожоговых ран, площадь глубоких ожогов, наличие тяжелой термоингаляционной травмы (II–III степени), частоту сердечных сокращений и уровень Д-димеров. Оценка дискриминационной способности модели проведена посредством ROC-анализа на тестовой выборке с построением ROC-кривой и вычислением площади под кривой (AUC). При валидации значение AUC составило 0,932 (0,882–0,981), $p < 0,001$, что характеризует модель как модель отличного качества.

Выводы. Разработанная прогностическая модель ДВС-синдрома в ранних периодах ожоговой болезни, учитывающая мультипликативное влияние параметров травмы (общая и глубокая площадь ожога, степень тяжести термоингаляционной травмы), возраста, физикальных показателей (ЧСС) и лабораторного маркера деградации фибрина (Д-димер), обладает высокой дискриминационной способностью (AUC 0,932 (0,882–0,981), $p < 0,001$) и классифицируется как прогностическая модель отличного качества.

Собирзода М.Э., Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л.

АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Оценить аудиологические показатели и эффективность слуховой реабилитации у детей с врождённой тугоухостью после кохлеарной имплантации в возрасте от 3 до 10 лет.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения НМЦ «Шифобахш». Обследовано 15 детей в возрасте 3–10 лет с врождённой двусторонней сенсоневральной тугоухостью III–IV степени, которым была выполнена кохлеарная имплантация. Дети распределены по возрастным подгруппам: • 3–5 лет ($n=5$) • 6–8 лет ($n=5$) • 9–10 лет ($n=5$) Аудиологическая оценка проводилась до операции и через 6 месяцев после активации импланта. Использовались тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия, оценка разборчивости речи. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и однофакторного ANOVA для сравнения возрастных подгрупп; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До кохлеарной имплантации средний порог слуха у детей составил $92,1 \pm 4,9$ дБ. Через 6 месяцев после активации импланта средний порог слуха снизился до $39,8 \pm 3,5$ дБ ($p < 0,001$). Разборчивость речи увеличилась с $11,2 \pm 2,8\%$ до $65,8 \pm 5,1\%$ ($p < 0,001$). Наибольшие улучшения наблюдались у младшей возрастной группы (3–5 лет) — $70,4 \pm 4,6\%$, у группы 6–8 лет — $66,0 \pm 5,0\%$, у группы 9–10 лет — $61,0 \pm 4,9\%$ ($p < 0,05$). Все возрастные группы показали достоверное улучшение слухового восприятия и навыков распознавания речи, подтверждая, что более ранняя имплантация связана с более высокой эффективностью слуховой реабилитации.

Выводы. Кохлеарная имплантация у детей с врождённой тугоухостью в возрасте 3–10 лет ($n=15$) приводит к значительному улучшению слухового порога и разборчивости речи ($p < 0,001$). Наилучшие результаты достигаются при ранней имплантации (3–5 лет). Данные подтверждают необходимость ранней диагностики врождённой тугоухости и своевременного хирургического вмешательства для оптимальной слухоречевой реабилитации.

Собирзода М.Э., Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л.

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность применения интраназальных глюкокортикостероидов в форме спрея у пациентов с аллергическим ринофарингитом.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование с участием 48 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет с установленным диагнозом аллергического ринофарингита. Диагноз верифицировался на основании клинических жалоб, данных аллергологического анамнеза, передней риноскопии, фарингоскопии и оценки симптомов по визуально-аналоговой шкале (VAS). Основными клиническими проявлениями являлись заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд в носоглотке и першение в горле. Всем пациентам назначались интраназальные кортикостероиды в форме дозированного спрея в стандартной терапевтической дозе в течение 14 дней. Оценка эффективности терапии проводилась на основании динамики клинических симптомов, данных эндоскопического ЛОР-осмотра и статистического анализа показателей до и после лечения. Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием t-критерия Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До начала терапии средний показатель выраженности заложенности носа составлял $8,3 \pm 0,7$ балла по шкале VAS, ринореи — $7,6 \pm 0,6$ балла, приступов чихания — $7,1 \pm 0,5$ балла. После 14-дневного курса лечения отмечено статистически значимое снижение данных показателей: заложенность носа — до $2,2 \pm 0,4$ балла, ринорея — до $2,0 \pm 0,3$ балла, частота чихания — до $1,8 \pm 0,3$ балла ($p < 0,01$). Выраженное клиническое улучшение зарегистрировано у 36 (75%) пациентов, умеренное — у 10 (20%), отсутствие значимого эффекта отмечено лишь у 2 (5%) пациентов. При эндоскопическом исследовании полости носа выявлено достоверное уменьшение отека слизистой оболочки носовых раковин, снижение гиперемии и секреции. Побочные реакции были минимальными и проявлялись незначительной сухостью слизистой оболочки у 4 (8,3%) пациентов.

Выводы. Интраназальные глюкокортикостероиды в форме спрея демонстрируют высокую клиническую эффективность в лечении аллергического ринофарингита, обеспечивая статистически значимое уменьшение выраженности основных симптомов заболевания и улучшение функционального состояния слизистой оболочки полости носа и носоглотки. Хорошая переносимость и низкая частота побочных эффектов позволяют рекомендовать данный метод как эффективный компонент комплексной терапии аллергического ринофарингита.

Солехов А.С., Джураева Н. Х., Солихов Р. Дж.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН СТОПЫ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. и ЛДЦ ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Таджикистан. Научный руководитель - к.м.н., доцент Холбаев С.А.

Цель исследования. Изучить топографо-анатомические особенности подкожных вен (ПВ) стопы.

Материал и методы. Материалом для исследования послужило ультразвуковое доплеровское сканирование сосудов нижних конечностей 50 студентов, которые проходили медицинскую комиссию в ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, без признаков заболеваний вен.

Результаты исследования. На медиальной поверхности стопы были найдены от 4 до 6 перфорантных вен. Они соединяли напрямую медиальную краевую вену и vv. plantaris medialis. Располагаются вдоль медиальной межмышечной перегородки. На латеральной поверхности стопы было найдено от 2 до 3 перфорантных вен. Они формировали крупный венозный ствол, который напрямую переходил в малую подкожную вену. В ходе данного исследования латеральная краевая вена в области латеральной лодыжки в трети случаев имела рассыпной тип строения, и впадала в ствол малой подкожной вены, который являлся продолжением ПВ латеральной поверхности стопы. Топографически перфорантные вены проходят позади мышц латеральной группы стопы, вдоль латеральной межмышечной перегородки соединялись с vv. plantaris lateralis. У ПВ медиальной и латеральной поверхностей стопы были выявлены боковые притоки: часть из которых самостоятельно дренировала покровные ткани боковых поверхностей стопы, а часть анастомозировала с поверхностной венозной подошвенной сетью. Это позволяет характеризовать их не только как анастомозы, соединяющие подкожную тыльную венозную сеть глубоких вен стопы – поверхностную подошвенную сеть, но и как самостоятельно дренирующие сосуды. От медиальной поверхности медиальной краевой вены, на уровне основания лодыжек, отходят 2 постоянные ПВ, прорубающие фасцию стопы, идут по тыльной поверхности стопы под сухожилием передней большеберцовой мышцы, и длинным сгибателем первого пальца стопы и соединяются с vv. dorsalis pedis. Эти ПВ пропускают кровь только по направлению к глубоким венам. Кроме того, на тыльной поверхности стопы можно выделить постоянную ПВ, соединяющую дугу поверхностной венозной сети и vv. dorsalis pedis на уровне проксимального конца первого межкостного промежутка. Остальные ПВ тыла стопы постоянной локализации не имели, встречались в количестве от 1 до 3 и соединяли поверхностную тыльную венозную сеть с vv. dorsalis pedis с их притоками.

Вывод. Перфорантные вены медиальной и латеральной поверхностей стопы являются – самостоятельно дренирующими определённый участок покровных тканей сосудами.

Солиева Н.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА УРОВНЕЙ ММП-8, ММП-9 И ТИМП-

1

Андижанский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и влияние на морфологическую структуру межпозвонковых дисков комплексного стратифицированного лечения, основанного на определении уровня тканевых металлопротеиназ (ММП-8, ММП-9) и их ингибиторов (ТИМП-1) у пациентов с дорсопатиями.

Материал и методы. В открытом сравнительном исследовании участвовали 84 пациента с грыжами поясничных межпозвонковых дисков (L4-L5, L5-S1), верифицированными методом МРТ. Всем пациентам на исходном этапе проводился иммуноферментный анализ крови для определения концентрации ММП-8, ММП-9 и ТИМП-1. На основе коэффициента ММП-9/ТИМП-1 пациенты были разделены на две группы: основная группа (ОГ) (n=42), получавшая стратифицированную терапию согласно алгоритму (включая доксициклин и, при показаниях, золедроновую кислоту), и контрольная группа (КГ) (n=42), получавшая стандартную терапию (НПВС, миорелаксанты, физиотерапия). Оценка болевого синдрома проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАС) и шкале DN4, функциональный статус — по опроснику Освестри (ODI). Повторное МРТ-исследование и лабораторный контроль выполнялись через 24 недели.

Результаты исследования. Детальный анализ клинико-лабораторных показателей через 24 недели терапии выявил прямую сильную корреляционную зависимость ($r=0,84$) между исходным уровнем ММП-9 и выраженностью болевого синдрома. В основной группе, где схема лечения корректировалась с учетом биомаркеров деструкции, отмечалось статистически значимое снижение уровня ММП-9 с $68,4 \pm 5,2$ нг/мл до $38,1 \pm 4,1$ нг/мл ($p < 0,05$) на фоне приема доксициклина и модуляторов обмена костной ткани. Это сопровождалось регрессом неврологической симптоматики: интенсивность боли по ВАС уменьшилась с $7,8 \pm 0,4$ до $2,1 \pm 0,3$ баллов, а индекс инвалидизации Освестри улучшился на 42%.

Особого внимания заслуживают данные МРТ-контроля. В основной группе у 28% пациентов с исходно

высоким уровнем ММП-9 и комбинированной патологией (грыжа + гипертрофия желтой связки) на фоне приема золедроновой кислоты была зафиксирована положительная динамика в виде уменьшения объема грыжевого выпячивания в среднем на 30% и снижения степени компрессии дурального мешка. В контрольной группе, получавшей лишь симптоматическую терапию, уровень ММП-9 оставался стабильно высоким ($65,2 \pm 4,8$ нг/мл), а изменения на МРТ были либо минимальными, либо характеризовались признаками прогрессирования фиброза диска и спондилолистеза.

У пациентов с исходным значением DN4 ≥ 4 баллов включение в схему дулоксетина позволило достичь редукции нейропатического компонента боли на 65%, тогда как в контрольной группе этот показатель составил лишь 28%. Полученные данные свидетельствуют о том, что изолированное использование симптоматических средств не блокирует ключевые звенья патогенеза деструкции матрикса диска, в то время как биомаркер-ориентированный подход замедляет процессы дегенерации.

Выводы. Определение уровней ММП-8, ММП-9 и ТИМП-1 является высокоинформативным критерием стратификации пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника. Включение в схему терапии ингибиторов матриксных металлопротеиназ (доксидиклин) и модуляторов костного ремоделирования (золедроновая кислота) на основе лабораторных показателей обеспечивает статистически значимое снижение активности деструктивных процессов, уменьшение размеров грыжевых выпячиваний и стойкую клиническую ремиссию.

Солиева Н.О.

АЛГОРИТМ ОТБОРА НА КОМБИНИРОВАННОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Андижанский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджурев Э.М.

Цель исследования. Разработать и оценить клиническую эффективность алгоритма отбора пациентов на комбинированное патогенетическое лечение на основе морфологической верификации поражения (МРТ), биомаркеров деструкции матрикса (ММП-9, ТИМП-1) и оценки нейропатического компонента боли (шкала DN4).

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 120 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника. На основании МРТ-данных пациенты были стратифицированы на 5 групп: 1 - протрузии ($n=38$), 2 - изолированная гипертрофия желтой связки (ГЖС) ($n=6$), 3 - грыжи ($n=23$), 4 - грыжи + протрузии ($n=27$), 5 - грыжи + ГЖС ($n=26$). Всем пациентам назначалась базовая патогенетическая терапия (целестекс + сульфасалазин + доксидиклин). Персонализация проводилась по алгоритму: при DN4 ≥ 4 баллов добавлялся дулоксетин, при ММП-9 > 50 нг/мл или комбинированной патологии (Грыжа + ГЖС) - золедроновая кислота. Оценка эффективности проводилась по динамике боли (ВАШ), функционального статуса (Скандинавский опросник), биомаркеров воспаления (IL-6, СРБ), деструкции (ММП-9, ТИМП-1) и наличия нейропатии (DN4) через 12 недель.

Результаты исследования. Анализ динамики клинико-биохимических показателей выявил прямую корреляцию между тяжестью морфологического субстрата и выраженностью терапевтического ответа на фоне применения алгоритма. В группе 1 (протрузии) базовая терапия обеспечила снижение боли по ВАШ на 40% (с 3,5 до 2,1 балла) и уровня ММП-9 на 50% ($p<0,001$). Наиболее выраженный клинический эффект зарегистрирован в группе 5 (грыжи + ГЖС), где применялась максимально интенсивная схема (база + дулоксетин + золедроновая кислота). Интенсивность боли снизилась на 60% (с 8,7 до 3,5 баллов), а функциональный статус улучшился на 60% по Скандинавскому опроснику. Биохимически подтверждено подавление протеолиза: уровень ММП-9 снизился на 70% (с 80,3 до 24,1 нг/мл), а ТИМП-1 повысился на 5%, свидетельствуя о восстановлении баланса ингибиторов. В группах 3 и 4 (грыжевые поражения) ключевым фактором успеха стало включение дулоксетина (средний исходный DN4 4,6–5,7), что привело к редукции нейропатического компонента на 40–50%. В группе 2 (ГЖС) акцент на сульфасалазин в базовой схеме обеспечил снижение маркеров системного воспаления: IL-6 на 60% и СРБ на 40%.

Корреляционный анализ подтвердил синергетическое действие компонентов: комбинация целестекса и сульфасалазина подавляла активность NF- κ B (снижение IL-6 на 50–70%), а добавление доксидиклина и золедроновой кислоты блокировала деградацию экстрацеллюлярного матрикса (снижение ММП-9 на 50–70%).

Выводы. Применение алгоритма комбинированной патогенетической терапии, основанного на стратификации пациентов по МРТ-типу, уровню ММП-9 и шкале DN4, позволяет достичь значимого клинического улучшения. Максимальная эффективность (снижение боли на 60%, ММП-9 на 70%) достигается при комбинированной патологии (Грыжа + ГЖС) за счет мультитаргетного воздействия на воспаление, протеолиз и центральные механизмы боли.

Солихов Р. Дж.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гоибов А.Ч.

Цель исследования. Оценить Эффективность применения эндоваскулярного лечения острой артериальной непроходимости нижних конечностей.

Материал и методы. В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) за период 2019 до апреля - 2026г были госпитализированы 34 пациента с острой ишемией нижни конечностей, которым оперативные вмешательства были выполнены с использование эндоваскулярной технологии. Мужчин было 23, женщин – 11. Средний возраст составил $68,8 \pm 3,2$. У 31 – го пациентов имелось острая ишемия нижних конечностей и у 3 – верхней. Острый тромбоз отмеченно у 12 пациентов, 22 – имело место эмболия периферических сосудов. В 2 – случаях эмболия имело супраингуинальный локализация, а в других случаях тромботический массы располагалось в инфраингуинальном сегментах. Степень острой ишемии оценивали согласно классификацией В.С. Савельевым (1987г). Пациенты с клинической картиной острой ишемией ПИБ и ПИВ степеней не входило в наше исследование. Только в 5 – случаях острой ишемия соответствовало ПИА, а в остальных случаях соответствовало ПБ.

Результаты исследования. Во всех остальных случаях кроме 2-х оперативное вмешательство проводилось под местные анестезии. Для реваскуляризации конечностей в 75% случаях выполняли артериосекцию поверхностно-бедренной артерий, пункционный доступ применяли у 25% больных. В связи с наличием выраженного ишемического отека у 5 – больных до реваскуляризации проводили фасциотомия мышц голени. У группы пациентов с острым тромбозом только в двух случаях тромбаспирации с ангиопластика дополняли стентированием берцовых артерий. Во всех остальных случаях тромбаспирания было дополнено баллоном ангиопластикой без стентированием. Всем случаям пациентам при эмбологенном генезе ишемии конечностей было применено тромбаспирания, которые у 3 – х пациентов с дистальной локализацией эмбола, дополнено тромбэкстракцией.

Выводы. Применение инновационной технологии в лечение пациентов с острой артериальной непроходимости нижних конечностей в большинство случаев позволяет проводить операцию под местной анестезии и удалить тромботические массы не только с артерий голени, но и из артерий стопы.

Сохибов А.А., Холниёзов Ш.Ф., Далери С.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

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

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель: д.м.н., доцент Сафедов Ф.Х.

Цель исследования. Оптимизация методов хирургического лечения экстропии мочевого пузыря у детей.

Материал и методы. За последние 10 лет (2015г по 2025г) было ретроспективно анализировано 15 (100%) историй болезней больных с экстропией мочевого пузыря. Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш».

Возраст детей колебался от 1 месяца до 15 лет. В возрасте от 1 месяца до 1 года было 3 (20%); от 1 до 4 лет – 5 (33,3%); от 5 до 7 лет 3 (20%); от 8 до 10 лет - 3 (20%); от 11 до 14 лет - 1 (6,6%) детей. Мальчиков было 10 (66,6%), девочек 5 (33,3%). Чаще наблюдались больные в возрасте от 1 до 4 лет. При поступлении у 12 (80%) больных детей выявлена классическая форма экстропии мочевого пузыря. У 2 (13,3%) больных частичная форма порока, у 1 (6,6%) больного экстропия клоаки. Все больные были разделены на две группы: основная - 10 (62,5%) детей, которые были на обследовании и лечении с 2020 по 2025г. Контрольная - 5 (37,5%) больных, которые получили лечение с 2015 по 2019г.

Результаты исследования. В зависимости от формы экстропии мочевого пузыря известны многочисленные методы оперативных коррекций. С целью сближения лонных костей и формирования мочевого пузыря местными тканями были проведены реконструктивно-восстановительные операции.

У 5 (33,3%) больных в контрольной группе проводили цистоластику по Баирову, сфинктеропластика по методу В.М. Державина и уретроластика по методу Юнга. В послеоперационном периоде у 4 (26,6%) больных контрольной группы отмечались разные осложнения в виде нагноения раны, мочевого затек, мочевого свищ, полное расхождение швов передний брюшной стенки, летальный исход не отмечался.

У 2 (13,3%) больных в основной группе проводили переднюю остеотомию по методу Хиари - Френклина, сфинктеропластика по методу Державина и цистоластика по Баирову. У 1 (6,6%) пациента проведена задняя остеотомия по методу Бивайлок-Эванса. У 7 (46,6%) больных проводили устранение свища. В послеоперационном периоде у 4 (26,6%) больных основной группы отмечалось осложнение в виде нагноения раны, расхождения швов. Недержание мочи отмечалось у 85% больных.

Выводы. Несмотря на постоянные поиски новых методов лечения частота послеоперационных осложнений продолжает оставаться высокой. Своевременная операция дает возможность для сохранения функции почки от постоянно восходящей инфекции, устранения недержания мочи и улучшения психики ребенка. Анализируя опыт лечения больных, мы пришли к выводу, что коррекцию следует начинать после 1 года и завершить до 2-летнего возраста ребенка.

Султанов А.Р.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ.

Кафедра хирургических болезней в семейной практике «Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино». Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдурахманов М.М.

Цель исследования. Разработать алгоритм выбора тактики и лечения беременных холелитиазом.

Материал и методы. Обследовано 107 пациенток с целью оценки эффективности разработанного алгоритма ведения осложнённых форм холелитиаза у беременных. Нами разработан, алгоритм диагностики и вы-

бора тактики лечения беременных женщин с манифестированным течением холелитиаза в зависимости от сроков гравитации и выявленных групп риска по бальной оценке (низкий, средний, высокий). Беременные с низким риском осложнений (5-7 баллов), после устранения болевого синдрома, направлялись на амбулаторное лечение и наблюдение. Беременные со средним риском (8-10 баллов) были под наблюдением хирургов, и им рекомендовалось плановая холецистэктомия в случае появления вновь хотя бы одного приступа колики. Беременным с высоким риском (11-14 баллов), рекомендовалась плановая лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в периоде гестации от 14 по 32 недели.

Результаты исследования. У 25 (23,4%) пациенток была определена низкая степень риска, из них у – 22 беременных, холелитиаз проходил без осложнений на протяжении всей беременности. У 3-х беременных поступали повторно с рецидивами болей, и они были переведены из группы низкой степени риска в группу средней степени риска. 47 (43,9%) беременных имели средний, и 35 (32,7%) высокий риска развития осложнённых форм течения холелитиаза. К завершению беременности в группу высокой степени риска нами были отнесены уже 58 женщин (54,2%). Из 6 пациенток из этой группы со сроками гестации от 34 до 39 недель, использовавшим консервативное лечение, у – 4 беременность завершилась в установленное время. После родов, через $17,8 \pm 4,6$ мес., им произведена плановая ЛХЭ. В двух случаях, пришлось произвести гибридную операцию: кесарево сечение с извлечением плода, и по завершению наложения швов на матку производили второй этап операции ЛХЭ. В 38 случаях беременным женщинам (35,5%) группы высокого риска, произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ): - у 37 в сроках 14-32 недели и 1 случае в сроке 33-34 недели гестации. 14 пациенток на сроках беременности 14-32 недель из группы высокого риска. в результате снижения приступов болей и исчезновения явлений печёночной колики, были выписаны на амбулаторное лечение и наблюдение. Завершение беременности было удовлетворительным и роды были в срок. После родоразрешения роженицам выполнена плановая ЛХЭ. Использование разработанного алгоритма диагностики и лечения осложнённых форм холелитиаза, основанного на оценке риска, позволило оптимизировать ведение беременности и повысить частоту естественных родов в 91,4% случаев. При этом преждевременные роды наблюдались лишь в 0,6% случаев.

Выводы.

1. С целью совершенствования и оптимизации выбора лечебной тактики у беременных женщин с манифестированным течением холелитиаза, необходим персонализированный подход, на основе выявления каждой беременной женщины её отношение к группе риска развития осложнённых форм развития холелитиаза.
2. Избранная стратегия хирургического вмешательства (лапароскопическая холецистэктомия) у пациенток группы высокого риска способствует снижению количества экстренных операций по поводу осложнённых форм холелитиаза. Это, в свою очередь, улучшает прогноз и исход беременности.

Султанов Т.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ АНАЛЬНОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТАЛЬНОЙ УЛЬТРАКОРОТКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, урологии, детской урологии, анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии.

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель — д.м.н., доцент Теребаев Б.А.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность внутренней анальной сфинктеротомии у детей с ректальной ультракороткой формой болезни Гиршпрунга.

Материал и методы. В исследование включены 17 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, находившихся на лечении в 1–2 отделениях детской хирургии многопрофильной детской клиники Ташкентского государственного медицинского университета с диагнозом ректальной ультракороткой формы болезни Гиршпрунга. Диагностический алгоритм включал клиническое обследование, контрастную ирригографию, сфинктерометрию и ректальную биопсию. Всем пациентам выполнена внутренняя анальная сфинктеротомия. В до- и послеоперационном периодах оценивались характер дефекации, выраженность запоров, наличие вздутия живота и послеоперационные осложнения.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у 2 (11,7%) пациентов отмечены местные воспалительные осложнения, которые купированы консервативными мероприятиями. У 15 (88,2%) пациентов получены хорошие и удовлетворительные результаты. После операции у большинства больных восстановилась самостоятельная дефекация, значительно уменьшились проявления хронического запора и абдоминального вздутия. По данным сфинктерометрии выявлено снижение и нормализация тонуса внутреннего анального сфинктера. В отдалённые сроки наблюдения (1–3 года) у всех больных не отмечалось осложнения в виде анальной инконтиненции и необходимости повторных хирургических вмешательств не понадобилось.

Заключение. Внутренняя анальная сфинктеротомия является патогенетический обоснованным, минимально инвазивным и эффективным методом лечения ректальной ультракороткой формы болезни Гиршпрунга у детей. Применение данной методики позволяет избежать необоснованных резекционных операций и способствует улучшению функциональных результатов и качества жизни пациентов.

Султанов Э.Д.

ЦЕРЕБРО ВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ

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

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Изучить состояние интракраниальных артерий мозга, виллизиева круга и выработать тактику ведения больных поражением каротидных бифуркаций.

Материал и методы. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 176 больных с поражениями каротидных бифуркаций за последние 10 лет. Возраст больных - от 42 до 76 лет, средний - $53 \pm 6,8$ лет. Преобладали мужчины - 138 (78,4 %), женщины - 38 (21,6%). Виды нарушения мозгового кровообращения: бессимптомные - 57 (32,4%), ТИА - 53 (30,1%), дисциркуляторная энцефалопатия - 29 (16,5%), последствия ишемического инсульта - 37 (21,1%). Длительность ТИА, общемозговых дисфункций - от 2 до 5 лет, давность инсульта - от 4 месяцев до 3 лет. У 57 (32,4%) пациентов отмечались вертебро-базиллярные нарушения. Сопутствующая ИБС была выявлена у 60,8% (107), поражения других артериальных бассейнов - у 31,8% (56) и сахарный диабет был диагностирован у 27,8% (49) больных. Ангиография, ультразвуковое дуплексное сканирование, МРТ (магнитно-резонансная томография), МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография).

Результаты исследования. Двухсторонние поражения были выявлены в 106 (60,2%) случаев, в том числе окклюзия контрлатеральной ВСА - в 34 (19,3%), стенозы более 60% - 51 (28,9%) и стенозы до 50% - в 21 (11,9%) случаев. Интракраниальные поражения - сифона или ветвей ВСА были диагностированы у 21 (11,9%) и аномалии виллизиева круга - у 7 (4,1%), при этом передняя трифуркация (3), задняя трифуркация (2) и гипоплазия соединительных артерий мозга (2). Всего патологий интракраниальных артерий было выявлено у 28 (15,9%) больных.

Операции проводились под местной регионарной анестезией. Защита мозга проводилась применением временного внутреннего шунта, и частота его использования составила 40,3% (71). Наибольший риск для КЭАЭ представляли коронарная патология, интракраниальные поражения и окклюзия контрлатеральной ВСА. При сочетанной коронарной патологии в 7 случаях КЭАЭ выполнена одновременно с АКШ, в 14 случаях до АКШ и коронарного стентирования. При аномалии виллизиева круга, интракраниальных поражениях и контрлатеральной окклюзией ВСА отмечалась низкая толерантность к аресту сонной артерии, ввиду чего, был применен внутренний шунт. Периоперационные осложнения: летальность - 3 (1,7%), стойкий неврологический дефицит - 2 (1,1%), ТИА - 5 (2,8%), артериальная гипертензия - 13 (7,4%), парез подъязычного нерва - 7 (3,9%), брадикардия из-за раздражения каротидного тельца - 2 (1,1%). Летальные случаи были вследствие поражения сифона ВСА и ишемического инсульта у 1, гиперперфузия и расширения исходной зоны инсульта у 2 больных.

Выводы. Таким образом, интракраниальные поражения, аномалии виллизиева круга и окклюзия контрлатеральной ВСА представляют большой риск развития ишемических осложнений при КЭАЭ. В связи с этим при наличии цереброваскулярных факторов риска целесообразно выполнение КАС. Ангиография, МРТ и МСКТ позволяют диагностировать патологии интракраниальных артерий.

Султонов Р.Б., Корчаев Т.М., Сайдалиев Ш.Ш.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

Научный руководитель- к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель исследования. Улучшение методов герниопластики с использованием современных технологий.

Материал и методы. В исследование включены результаты лечения 110 пациентов старших возрастных групп (60-84 года), оперированных в клиниках г.Душанбе за период 2015–2020 гг. Больные разделены на две группы: основную (n=60), где применялась лапароскопическая герниопластика (ТАПП), и контрольную (n=50), оперированную традиционными методами. Первичные грыжи диагностированы у 85,4%, рецидивные - у 14,6%. Превалировали мужчины (92,7%) и лица с длительным анамнезом грыженосительства (более 5 лет - 60,0%). В структуре дефектов доминировали прямые ПГ (95,5%) классов М2-М3 по классификации ЕНС.

Коморбидный профиль характеризовался высокой частотой ИБС (87,3%), ГБ (78,2%), сахарного диабета (54,5%) и пневмосклероза (30,9%). У 94,7% пациентов с патологией дыхательной системы выявлены вентильные нарушения, что требовало применения режима минимального карбоксиперитонеума (6–8 мм рт. ст.).

Результаты исследования. Морфологический анализ биоптатов выявил прямую корреляцию между возрастом, длительностью заболевания и деструкцией тканей. Установлено статистически значимое снижение плотности мышечной ткани ($\$r=-0,82\$$; $\$p<0,001\$$) и замещение ее жировой и соединительной тканью. Макроскопически в 61,7% случаев верифицирована атрофия внутренней косой мышцы и истончение поперечной фасции.

Сравнительный анализ показал статистически значимые преимущества лапароскопического доступа. Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ в основной группе на 3-и сутки была достоверно ниже (0,5 балла против 2,0 в контроле; $p<0,05$). Длительность операции при ЛГП в среднем составила $53,0 \pm 1,1$ мин, при ТГП - $62,5 \pm 1,9$ мин. Сроки стационарного лечения сократились в 2 раза ($3,8 \pm 0,1$ против $7,8 \pm 0,1$ койко-дня), а период полной реабилитации - с 7,7 до 3,8 недель.

Общий уровень осложнений в основной группе был в 2,4 раза ниже (5,0% против 12,0% в контроле). Специфические осложнения в виде сером и гематом минимизированы за счет внедрения модифицированного метода укрепления задней стенки (фиксация поперечной фасции к связке Купера).

Вывод. Для пациентов старших возрастных групп характерно преобладание прямых ПГ на фоне выраженной тканевой дистрофии и полиорганной патологии. Лапароскопическая герниопластика в условиях индивидуализированного анестезиологического пособия (минимальный карбоксиперитонеум) является методом выбора, обеспечивая раннюю активизацию, снижение интенсивности болевого синдрома и сокращение сроков медицинской реабилитации.

Султонов Х.К.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Набизода М.Х.

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения некротизирующего фасциита (НФ) 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.

Результаты исследования. 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 всём протяжении перфорировали (от 1 до 3 отверстий на см²). 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 (10³ КОЕ). Применение этой методики обеспечило более эффективную элиминацию инфекционного агента и раневого отделяемого.

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 постнекрэтомические 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, преимущество модифицированного метода вакуум терапии при некротизирующем фасциите позволяет адекватно санировать гнойно-некротический очаг и избежать дальнейшего прогрессирующего 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.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Набизода М.Х.

Цель исследования. Совершенствование диагностики некротизирующего фасциита (НФ) 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.

В ходе анализа нозологической структуры среди пациентов с некротизирующими инфекциями было установлено, что у 27 человек диагностирована некротическая форма рожистого воспаления, в то время как у 41 пациента отмечались некротизирующий фасциит и мионекроз. Примечательно, что более чем в половине случаев патологический процесс был локализован в области нижних конечностей, что подчёркивает их уязвимость при развитии подобных инфекций.

Результаты исследования. Верификация диагноза базировалась на всесторонней оценке клинических симптомов, лабораторных показателей и данных инструментальных исследований. Для выбора оптимальной лечебной тактики и мониторинга эффективности терапии применялись результаты микробиологических и цитологических анализов, а также последовательное отслеживание изменений раневого процесса. Всем больным было произведено ультразвуковое исследование нижних конечностей и ягодиц, в В-режиме пяти пациентам с НФ для определения размера, структуры и глубины расположения изменений. Были выявлены скопления жидкости размером 1,0-5,0 мм на 150,0-250,0 мм; по структуре - ан- и гипэхогенные. Данные результаты свидетельствуют о наличии инфильтративного воспаления и отёка мягких тканей (выражены жидкостные "ходы" между мышечными пучками и жировыми дольками). А также было определено увеличение регионарных лимфатических узлов. Во всех этих случаях прибегали к диагностической операции для визуальной оценки процесса и при необходимости возводили её в разряд лечебной. Таким образом, УЗИ помогает выявить инфильтративно-воспалительные изменения, что позволяет хирургам скорректировать тактику лечения и обойти различные осложнения. Преимуществом способа ранней диагностики некротизирующего фасциита: во-первых, это доступный метод, он позволяет диагностировать различные инфильтративно-воспалительные изменения, что помогает определить тактику лечения. Во-вторых, способствует значительно снизить процент осложнений и летальности. Также третьим преимуществом методики является отсутствие необходимости дополнительной подготовки – пациенту вообще не нужно заранее готовиться, он не нуждается в лечении или наркозе перед данным исследованием.

Выводы. Таким образом, ультразвуковой метод определения состояния мягких тканей при подозрении на некротизирующий фасциит позволяет диагностировать инфильтративно-воспалительные изменения. Это даёт возможность адекватно санировать гнойно-некротический очаг при некротизирующем фасциите, а также избежать дальнейшего прогрессирования процесса. Также это позволяет определить тактику рационального ведения больных на ранней стадии. Своевременное обследование позволяет минимизировать риск развития осложнений и летальных исходов. Метод не требует специальной подготовки больного, специфической терапии или общего обезболивания, что делает его доступным для выполнения в экстренном порядке.

Суюшев С.З., Солиев О.Ф., Исупов С.

КОМПЛЕКСНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВАРИКОЗНЫХ ПРИТОКОВ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Повышение эффективности оперативного лечения и снижение частоты осложнений у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей при использовании комбинации мини-флебэктомии и пенной склеротерапии после эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) магистральных вен.

Материал и методы. В период с января 2022 по сентябрь 2025 года проведено одноцентровое нерандомизированное исследование, включившее 52 пациента (77 нижних конечностей) с первичным варикозным расширением вен. Двустороннее поражение выявлено у 22 больных. Всем пациентам выполнена ЭВЛК большой подкожной вены (БПВ) в сочетании с пенной склеротерапией (0,5–2% полидоканол, приготовленный по Тесари) и мини-флебэктомией по Варади. Процедуры выполнялись под ультразвуковым контролем с применением тумесцентной анестезии ± НЛА. При двустороннем поражении вмешательства проводились поэтапно. Контроль осуществлялся клинически и методом дуплексного сканирования на следующие сутки, через 1, 6 и 12 месяцев.

Результаты исследования. Технический успех ЭВЛК, пенной склеротерапии и мини-флебэктомии достигнут в 100% случаях. В течение 12 месяцев наблюдения на 4 (5,2%) конечностях выявлены резидуальные притоки, успешно устранённые повторной склеротерапией. Случаев тромбоза глубоких вен, тромбофлебита, склеротромбов и гиперпигментации не зарегистрировано. Отмечено уменьшение объёма гематом, экхимозов и выраженности послеоперационного дискомфорта.

Выводы. Комбинация пенной склеротерапии и мини-флебэктомии после ЭВЛК является эффективным и безопасным методом лечения варикозной болезни. Методика позволяет снизить травматичность вмешательства, частоту рецидива и послеоперационных осложнений, а также уменьшить объём тумесцентной анестезии и выраженность послеоперационного дискомфорта.

Суяров О.Х., Облокуллов А. А., Рахимзода С.Р.

МУАЯНСОЗИИ САНГҲОИ НАЙЧАИ ШОШАРАВ БО ЁРИИ ТОМОГРАФИЯИ КОМПЮТЕРӢ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №3, МДТ «ДДТХ». Тоҷикистон.

Рохбари илмӣ - н.и.т., Айнизода Б.С.

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии самаранокии истифодаи томографияи компютери дар муайянсозии ҷойгиршавӣ ва андозаи сангҳо дар найчаи шошарав.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот соли 2025 дар шӯъбаи ташҳиси нури БМН Данғара дар байни 40 нафар бемор бо томографи 32-кабатаи «Siemens Somatom Go Up» (Олмон) гузаронида шуд, ки бо нишонаҳои клиникии уролитиаз ба муассисаи тиббӣ муроҷиат карда буданд. Аз шумораи умумии беморон 23(57,5%) нафар мард ва 17(42,5%) нафар занро ташкил намуданд. Ба ҳамаи беморон томографияи компютери бе истифодаи маводи контрастӣ барои муайян кардани ҷойгиршавӣ, андоза ва шумораи санғҳо дар найчаи шошарав ва ҳамзамон ҳолати системаи косаю косаҷаҳои гурда ва тағйироти эҳтимолии ҳамрав муайян гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар натиҷаи ташҳис дар қисми болоии найчаи шошарав дар 12(30%) нафар беморон, дар қисми миёна дар 10 (25%) нафар беморон ва дар қисми поёни дар 18(45%) нафарон беморон санғҳои найчаи шошарав муайян карда шуданд. Андозаи санғҳо аз 3 мм то 12 мм-ро ташкил меод. Дар 24(60%) нафар бемор васеъшавии системаи коса ва косаҷаҳои гурда мушоҳида гардид, ки нишонаи басташавии роҳҳои пешоб мебошад.

Хулоса. Натиҷаҳо нишон доданд, ки томографияи компютери бе истифодаи маводҳои контрастӣ имкон медиҳад, ки ҷойгиршавии санғҳо дар найчаи шошарав бо дақиқии баланд муайян карда шуда, андозаи онҳо ба таври равшан арзёбӣ гардад. Ин усул имкон медиҳад, ки ташҳиси барвақт гузаронида шуда, усули дурусти табобат интихоб карда шавад.

Тағоев Ш.П., Айниев С.Б., Содирджонова Ш.А.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Кафедра хирургических дисциплин №3, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Айнизода Б.С.

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка эффективности применения аутоплазмы для лечения болевого синдрома у пациентов с гонартрозом.

Материал и методы. В исследование были включены 28 (100%) пациентов: 21 (75%) женщина и 7 (25%) мужчин. Из них гонартроз I стадии был у 8 (28,6%) больных, II стадии - у 11 (39,3%), III стадии - у 6 (21,4%) и IV стадии у 3 (10,7%) пациентов по классификации Kellgren. При артрозе I-II стадии 19 (67,9%) больным выполнялось периапартулярное обкалывание аутоплазмой триггерных точек. Схема лечения состояла из 5 процедур периапартулярного обкалывания в проекции триггерных точек пораженного сустава и обкалывания рефлексогенной зоны (крестцово-копчикового отдела) 8 мл полученной аутоплазмы. Процедуры выполнялись 2 раза в неделю. Внутрисуставное введение 4 мл аутоплазмы при артрозе III-IV стадии у 9 (32,1%) больных выполнялось 1 раз в неделю. Эффективность лечения оценивалась в начале и в конце лечения по данным опросника WOMAC, а также по клиническим признакам.

Результаты исследования. После проведения первой процедуры у больных с артрозом I-II стадии все пациенты отмечали уменьшение боли при осевой нагрузке и уменьшение отека в суставе, в то время как у 5 (55,6%) пациентов с артрозом III-IV стадии отмечалось незначительное уменьшение отека и боли в суставе, а у 4 (44,4%) жалобы сохранялись прежними. К третьей процедуре у больных с артрозом I-II стадии отмечали существенное уменьшение боли в суставе, увеличение амплитуды движений. У больных с артрозом III-IV стадии у 3 пациентов сохранялись незначительная боль и ограничение движений в суставе. В завершении курса лечения у пациентов во всех группах уменьшились боль, ограничение движений, увеличилась амплитуда движений в суставе. Курс лечения составил 2,5 - 5 недель. При сравнении индекса WOMAC в группах наиболее динамичным оказался показатель скованности. На фоне лечения у больных с артрозом I-II стадии было отмечено статистически значимое по сравнению с артрозом III-IV стадии уменьшение скованности и выраженности болевого синдрома. Улучшение функционального состояния по WOMAC наблюдалось у всех больных, однако значимое улучшение двигательной активности было достигнуто у больных с артрозом I-II стадии.

Выводы. Анализ приведенных данных показывает, что использование периапартулярного обкалывания аутоплазмой, в отличие от внутрисуставного введения, приводит к положительной динамике в более ранние сроки и не ведет к обострению болевого и отекающего синдромов.

Темурова Ф.Х.

ВНУТРИПРОТОВАЯ ПАПИЛЛОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Раҷабова С.Г.

Цель исследования. Уточнить тактику ведения пациенток с диагнозом внутрипротоковая папиллома. Обосновать радикализм секторальной резекции молочной железы и усовершенствовать методы предоперационной топической диагностики, чтобы обеспечить наилучшие результаты лечения.

Материал и методы. Исследование представляет собой ретроспективный анализ клинических случаев 45 (100%) пациенток в возрасте от 25 до 68 лет, которым проводилось лечение внутрипротоковой папилломы в Республиканском онкологическом научном центре Республики Таджикистан в период с 2022 по 2025 год. Диагностика основывалась на комплексном подходе, включающем клинический осмотр, маммографию, ультразвуковое исследование и цитологический анализ мазков-отделяемого из соска.

Результаты исследования. По результатам нашего исследования, у 5 пациенток (11,1%) внутрипротоковая папиллома сочеталась со злокачественными новообразованиями, у 18 (40,0%) — с протоковой гиперплазией с атипией, а у 22 (48,9%) — протекала без сопутствующих патологий. Клинические проявления варьировали: выделения из сосков отмечались у 22 пациенток (48,9%), пальпируемое образование — у 10 (22,2%), болез-

вой синдром – у 7 (15,6%), а дискомфорт или полное отсутствие симптомов – у 6 (13,3%) женщин. УЗИ было проведено 38 пациенткам (84,4%), маммография – 29 (64,4%). Всем пациенткам была выполнена секторальная или центральная резекция молочной железы с сохранением ареолы и соска, с последующим обязательным гистологическим исследованием. Иммуногистохимическое исследование проводилось 4 пациенткам (8,9%) с наличием признаков подозрения на малигнизацию.

Выводы. Секторальная резекция молочной железы по праву остается «золотым стандартом» в лечении внутрипротоковой папилломы. Только полное иссечение пораженного участка млечного протока с последующим детальным патоморфологическим исследованием является залогом исключения сопутствующей интрадуктальной карциномы и надежной профилактики рецидивов заболевания.

Теребаев Б.А., Нематов А.Ш.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, урологии, детской урологии, анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии.

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан.

Научный руководитель — д.м.н., доцент Оллабергенов О.Т.

Цель исследования. Провести анализ результатов брюшно-промежностных проктопластик у детей с болезнью Гиршпрунга с целью раннего выявления послеоперационных осложнений и улучшения исходов хирургического лечения.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 125 детей с различными формами болезни Гиршпрунга. Распределение пациентов по формам заболевания показало преобладание ректальной формы — 53 (42,4%) наблюдений, ректосигмоидная форма диагностирована у 72 (57,6%) больных. Всем пациентам выполнено первичное хирургическое лечение. В 65 (52%) случаях применялась традиционная брюшно-промежностная проктопластика, в 32 (25,6%) — трансанальная эндоректальная проктопластика, в 28 (22,4%) случаях операции выполнены с использованием лапароскопической ассистенции. Оценка результатов проводилась с учётом клинического течения послеоперационного периода, характера осложнений и функциональных исходов.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов традиционных лапаротомических брюшно-промежностных проктопластик выявил, что наиболее частыми осложнениями являлись ошибки в определении объёма резекции толстой кишки, приводившие к остаточному аганглиозу или гипоганглиозу у 9 (13,8%) наблюдений. Существенное место занимали стеноз глубокой части прямой кишки вследствие ретракции низведённого сегмента у 11 (16,9%) случаях и несостоятельность первичного колоректального анастомоза у 5 (7,9%) случаев. После операции трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre у 3 (6,25%) случаях отмечена несостоятельность анастомоза $\frac{1}{4}$ окружности, который в раннем послеоперационном периоде ликвидирована дополнительными наводящими швами. В то же время применение минимально инвазивных и лапароскопически ассистированных технологий сопровождалось меньшей травматичностью вмешательства, более точным определением уровня аганглиоза и благоприятным послеоперационным течением.

Заключение. Проведённый анализ свидетельствует о том, что при хирургическом лечении детей с болезнью Гиршпрунга целесообразно отдавать предпочтение минимально инвазивным и лапароскопически ассистированным брюшно-промежностным проктопластикам а также трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre у детей младшего возраста. Данные методы обеспечивают более физиологичную коррекцию, меньшую операционную травму и лучшие функциональные результаты. Традиционные открытые операции характеризуются большей технической сложностью, более высоким риском осложнений и в ряде случаев требуют повторных коррекционных вмешательств и длительной реабилитации.

Тождов С.Б., Абдурахмонзода Л.А., Отаев Ш.З.

ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Джонов Б.Н.

Цель исследования. Оценить трудности диагностики острого аппендицита и его осложнений в поздние сроки беременности (28–40 недель) и эффективность хирургического вмешательства (аппендэктомии) в этих условиях.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней №1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ Таджикиский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, клинической базой которой является Городская клиническая больница скорой медицинской помощи. В исследование включено 60 беременных пациенток с подозрением на острый аппендицит. Сроки беременности составили 28–40 недель, средний возраст пациенток - $29,4 \pm 4,6$ года. Поздние сроки беременности сопровождаются изменением анатомического положения аппендикса из-за увеличения матки, что затрудняет клиническую диагностику. У 38,3% пациенток (23/60) наблюдались атипичные симптомы, что приводило к ошибкам диагностики и задержке хирургического вмешательства. Интраоперационная оценка тяжести острого аппендицита проводилась по следующим критериям: катаральное воспаление, флегмонозный, гангренозный или перфоративный аппендицит, наличие местного или распространённого перитонита. Всем пациенткам проводилась аппендэктомия с контролем гнойного очага и санацией брюшной полости.

Результаты исследования. Интраоперационно у 25% пациенток выявлен катаральный аппендицит, у 41,7% - флегмонозный, у 23,3% - гангренозный и у 10% - перфоративный с местным перитонитом. Ошибки в диагностике до операции отмечались у 38,3% пациенток, что связано с нетипичной клинической картиной и смещением аппендикса. После хирургического вмешательства осложнения наблюдались у 11,7% пациенток: локальные серозные скопления в 5%, незначительные послеоперационные кровотечения в 3,3% и формирование абсцесса в 3,3%. Летальность среди матерей и плодов не зарегистрирована, однако при осложнённых формах перфорации риск перинатальных осложнений значительно выше, что подтверждает необходимость своевременной диагностики и вмешательства.

Выводы. Диагностика острого аппендицита в поздние сроки беременности (30–37 недель) остаётся сложной задачей из-за смещения анатомических ориентиров и атипичной клинической картины. Интраоперационная оценка тяжести аппендицита позволяет точно определить объём хирургического вмешательства и объём санации брюшной полости, что является критически важным для предотвращения осложнений. Аппендэктомия при своевременной диагностике обеспечивает эффективное лечение, минимизирует риск послеоперационных осложнений и предотвращает летальные исходы как для матери, так и для плода. Ранняя диагностика и оперативное вмешательство остаются ключевыми факторами для успешного исхода при осложнённом остром аппендиците у беременных в поздние сроки.

Туразода М.С., Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х.

КЛИНИКО-ПСИХИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Изучить клиничко-психологические особенности пациенток с сочетанной рецидивной послеродовой недостаточностью анального сфинктера (РПНАС) и недержанием мочи, а также определить взаимосвязь между выраженностью психологических нарушений и тяжестью морфофункциональных изменений тазового дна.

Материал и методы. Исследование представляло собой клиническое наблюдательное исследование с перспективным дизайном. В исследовании приняли участие 132 пациентки, которые обратились за медицинской помощью в связи с РПНАС после предшествующего лечения, которое сочеталось с различными формами недержания мочи.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что анализ клинических данных показал, что РПНАС в сочетании с недержанием мочи связан со значительными психоэмоциональными и социальными проблемами. Средний балл по шкале Векснера составил $11,4 \pm 2,8$ балла, что отражает уровень анального недержания мочи в диапазоне от умеренной до тяжелой степени. Средний балл ICIQ-SF составил $12,1 \pm 3,1$ балла, что означало тяжелое недержание мочи.

Согласно опроснику FIQL, наиболее значительные нарушения наблюдались в следующих областях: социальная активность — ограничена у 64% пациенток; образ жизни — ухудшился у 58%; психологическое благополучие — снизилось у 61%; самооценка — снизилась у 55%. Многие пациентки выражали склонность избегать общественных мест, длительных путешествий и социальных встреч.

У большинства пациенток с декомпенсированными и смешанными фенотипами заболевания наблюдались: повышенный уровень тревожности, выраженное избегающее поведение, снижение самооценки и социальная изоляция. Было обнаружено, что степень психологического стресса напрямую связана с продолжительностью заболевания, частотой рецидивов и тяжестью функциональных нарушений, о чем свидетельствуют результаты манометрии. Пациентки со значительными структурными повреждениями сфинктера и невропатией полового органа показали самые низкие показатели качества жизни.

Полученные данные подтверждают, что комбинированное недержание является мультидисциплинарным заболеванием, включающим морфологические повреждения сфинктерного аппарата, нервно-мышечную дисфункцию тазового дна и тяжелые психоэмоциональные расстройства.

Поэтому проведение изолированных хирургических вмешательств без учета психологического состояния пациенток может оказаться недостаточным для достижения устойчивых клинических результатов.

Выводы. Клинические и психологические расстройства играют важную роль в комбинированном РПНАС и недержании мочи. У людей из этой демографической группы наблюдается заметное снижение качества жизни, социальной активности и психического здоровья. Степень психологической дезадаптации тесно связана с тяжестью морфологических и функциональных нарушений тазового дна, а также с продолжительностью заболевания.

Туразода М.С., Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Изучить влияние метаболического синдрома и его отдельных компонентов на клиническое течение сочетанной рецидивной послеродовой недостаточности анального сфинктера (РПНАС) и недержания мочи.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 132 пациенток с клиническими признаками РПНАС и недержанием мочи, которые обратились за помощью в специализированное медицинское учреждение.

Была проведена сравнительная оценка клинических симптомов, метаболических профилей и инструментальных данных. Изучалась связь между метаболическими нарушениями, тяжестью симптомов инконтиненции и различными фенотипами заболевания.

Результаты исследования показывают, что у значительного числа пациентов с РПНАС сочетанным недержанием мочи и недержанием мочи наблюдались признаки метаболического синдрома или его отдельных компонентов.

Метаболический синдром был выявлен у 46% пациентов, при этом ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) — у 41%, абдоминальное ожирение — у 52% обследованных.

У пациентов с диагнозом метаболического синдрома чаще наблюдались: смешанное недержание мочи, характеризующееся как стрессами, так и неотложными состояниями; более тяжелые клинические признаки анального недержания мочи; заметное снижение показателей качества жизни по шкале FIQL. Средние баллы Векснера у пациентов с метаболическим синдромом были значительно выше, чем у пациентов без метаболических проблем.

Манометрическая оценка показала, что у этой группы пациентов наблюдалось умеренное снижение давления в состоянии покоя, снижение максимального давления сжатия и признаки функциональной слабости мышц тазового дна. Однако структурные аномалии сфинктерного аппарата не наблюдались ни у одного из пациентов с метаболическими нарушениями. В некоторых случаях были отмечены диффузные функциональные аномалии, связанные в первую очередь с метаболическими нарушениями в мышечной ткани.

Полученные данные свидетельствуют о нескольких фундаментальных механизмах влияния метаболического синдрома на прогрессирование заболевания: постоянное повышение внутрибрюшного давления, типичное для ожирения, приводит к постоянной нагрузке на структуры тазового дна.

Следовательно, эти механизмы указывают на то, что ожирение повышает вероятность комбинированного недержания анального отверстия и мочи примерно в 2,3-2,5 раза.

Выводы. Метаболический синдром представляет собой важный изменяемый элемент, влияющий на тяжесть клинического прогрессирования, комбинированного РПНАС и недержания мочи. Метаболические нарушения связаны со значительным снижением качества жизни и широко распространенной дисфункцией мышц тазового дна.

Ульмасов Ш.Ш., Бустонова С.М., Рахмонов С.У.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кафедра хирургических дисциплин №2. ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бустонов М.О.

Цель исследования. Выявить особенности функционального состояния слизистой полости носа при одонтогенном верхнечелюстном синусите (ОВС) с патологией носовых раковин.

Материал и методы. В ЛОР-отделении Национального медицинского центра РТ "Шифобахш" в 2022 году обследовано 15 больных ОВС с патологией носовых раковин. Возраст больных составлял от 20 до 50 лет. Из них мужчин было 4, женщин - 11. Всем больным были проведены функциональные методы исследования полости носа до операции.

Результаты исследования. Выявлены соответствующие тяжести состояния слизистых полости носа нарушения дыхательной, обонятельной и защитной функций. Пациенты жаловались на затруднение носового дыхания: одностороннее - у 13 (86,6 %) и двустороннее - у 2 (13,4 %). Необходимо отметить, что у всех пациентов было выявлено снижение показателей мукоцилиарного транспорта (МЦТ). Нарушение I степени установлено у 8 (53,3%), II степени - у 6 (40%), III степени - у 1 (6,7%) больного. Если показатели МЦТ в норме обычно составляют от 10 до 25 мин, то у пациентов до операции были в диапазоне 47–56 мин. Снижение мукоцилиарного транспорта II и III степени отмечалось в большинстве случаев у больных с выраженным воспалительным процессом в верхнечелюстной пазухе, застое мукозного отделяемого, при его инфицировании, блоке естественного соустья гайморовой пазухи и при сочетании с патологией носовых раковин. Нарушение обонятельной функции в виде различной степени гипосмии выявлено у 11 больных (73,3%). Нарушение проходимости носовых ходов I-II степени выявлено у 12 больных (80,4%) и II-III степени - у 3 (19,6%). Необходимо отметить, что исследование pH носового отделяемого у наблюдаемых пациентов регистрировалось с небольшим сдвигом в кислую сторону и колебалось в диапазоне 7,45.

Выводы. Данные о функциональном состоянии слизистых полости носа у пациентов ОВС с патологией носовых раковин является большим подспорьем для диагностики и позволяет воздействовать дифференцированно на нарушенное звено при лечении.

Умарализода С.А., Ахмеджанова А.Д., Назаров З.Х.

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ "УРЕСУЛТАН" ДАР ДАВРАИ ПАС АЗ ЧАРРОҲИИ ОМОСҲОИ НЕКСИФАТИ ХАНЧАРА.

Кафедраи оториноларингология ба номи Б.Ю. Исҳоқӣ. МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ н.и.т., дотсент Давронзода М.Д.

Мақсади таҳқиқот. Истифодаи маводи дорувории "Уресултан" ҳамчун ҷузъи табобати комплексӣ дар давраи пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори ташкилаҳои нексифати ханчара.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шубҳаҳои бемориҳои ғушу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» аз соли 2024 то 2025 зери назорат 12 бемор дар гуруҳи асосӣ ва 9 нафари дигар дар гуруҳи муқоисавӣ қарор дошт. Синни беморон аз 12 то 61 соларо ташкил меоданд. Беморони мубталои этиологияҳои органикии ханчара дар шубҳаҳои ғушу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» бистарӣ буданд. Дар ҳамаи беморон дисфонияи дараҷаҳои гуногун мушоҳида мешуд. Ба ҳамаи беморон муоинаи узвҳои ғушу гулӯ ва бинӣ ва видеоларингоскопия дар марҳилаҳои пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ анҷом дода шуд. Амалёти ҷарроҳӣ бо роҳи эндоскопӣ- бартарафсозии ташкилаҳои нексифати ханчара дар ҳамаи беморон зери беҳискунии умумии эндотрахеалӣ анҷом дода шуд. Дар минтақаи ҷарроҳӣ ҳам дар гуруҳи асосӣ ва ҳам дар гуруҳи муқоисавӣ барои муддати муайян аломатҳои реактивӣ, аз ҷумла варами перифокалӣ, гиперемия ва ташаккули қабати фибрози мушоҳида гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар давраи баъд аз ҷарроҳӣ ба беморони гуруҳи асосӣ зери назорати эндоскоп ба минтақаи ҷарроҳишуда маҳлули 0.01% Уресултан пошида шуда, дар рафти табобат дар рӯзи 5, 15 ва 30 баъди ҷарроҳӣ тақроран фиброларингоскопия гузаронида шуд. Таҳлили натиҷаҳо нишон дод, ки рӯзи 5-ум дар 9 бемори гуруҳи асосӣ барқароршавии пардаи луобии чинҳои садо мушоҳида гардид, сурхӣ ва варамии онҳо камтар гардидааст. Инчунин, дар беморони гуруҳи асосӣ ихроҷоти луобӣ ва намнокии ҷойи ҷароҳат кам мушоҳида гардид, ки ин ҷиҳати зудтар барқароршавии минтақаи ҷароҳат самаран хуб медиҳад. Дар рӯзҳои 8-9 уми пас аз ҷарроҳӣ нишонаҳои илтиҳоб кам шуда, ҳангоми фонатсия канорҳои садопардаҳо ҳамвор гардид, роғи овози шакли нимбайзавӣ гирифтанд. Садопардаҳо бошанд, гулобиранги физиологӣ гардиданд, ки нишонаи эпителизатсияи мусоид ва барқароршавии функционалӣ узв ба ҳисоб меравад. Дар беморони гуруҳи муқоисавӣ бошад, маводи дорувории уресултан истифода накардем дар рӯзҳои 5-6 сурхӣ ва варамии пардаҳои луоби баръало намоён буда, дар минтақаи ҷароҳат қабати фибрози мушоҳида мешуд. Ихроҷоти луоби ва намноки дар минтақаи ҷароҳат зиёд ба назар мерасид, ки ин боиси пайдошавии қабати фибрози ва дер барқароршавии бофтаҳо мегардад. Дар гуруҳи муқоисавии дар рӯзҳои 15-18 сурхӣ ва варамии ноҳияи ҷароҳат кам гардид, роғи овози шакли нимбайзавиро гирифт.

Ҳамин тариқ, муайян гардид, ки таъсири маводи 0.01% Уресултан, аз ҷумла дар беморони баъди ҷарроҳии омосҳои хушсифати ханчара муфид ва таъсибахш буда, барои зудтар бартараф намудани падидаҳои баъдиҷарроҳӣ натиҷаи хуб медиҳад. Муайян гардид, ки истифодаи маводҳои 0.01% Уресултан дар равандҳои баъди- ҷарроҳӣ барои барқарор намудани ҳолати функционалии узв кӯмаки зиёд мерасонанд.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳад, ки истифодаи маводи дорувории Уресултан аз ҷиҳати клиникӣ асоснок буда дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ бартарафсозии ташкилаҳои нексифати ханчара ва беҳтаршавии ҷараёни реабилитатсия ва кам гардидани падидаҳои номатлуби пас аз ҷарроҳӣ оварда мерасонад.

Урунбаева М.Г., Саидова Ф.Ф., Аҳмедова Г.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУГОУХОСТИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гуломов З.С.

Цель исследования. Изучение эффективности слухопротезирования у детей с различными формами тугоухости.

Материал и методы. В течение с 2024 по 2025 гг. нами обследовано и подобрано слуховых аппаратов различных марок при тугоухости для 46 больных детей от 6 до 14 лет. Из этого числа (19) 40,4 % составляют с нейросенсорной тугоухостью, (17) 31,9% - с адгезивным и (13) 27,7% - с сухим перфоративным средним отитом, не подлежащим в данный момент хирургическому методу лечения. Аудиологические исследования у всех больных проводили в виде регистрации пороговой аудиограммы, определения разборчивости речи. У всех больных выводили кривую разборчивости речи в свободном звуковом поле, эти исследования позволили уточнить характер и вид слуховых нарушений у больных с тугоухостью и определить показания к слухопротезированию. Оценка эффективности подбора слухового аппарата проводилась на основании сопоставления данных восприятия разговорной речи и речевой аудиометрии в свободном звуковом поле без слухового аппарата и со слуховым аппаратом.

Результаты исследования. У больных, страдающих невритом слуховых нервов, отмечалась нисходящая конфигурация кривой аудиограммы с отсутствием или незначительным костно-воздушным интервалом.

У обследованных больных с адгезивным средним отитом и сухим перфоративным отитом, тональная пороговая аудиограмма имела горизонтальную, восходящую или нисходящую кривую конфигурацию. У данных больных костно-воздушный интервал на уровне речевых частот отмечался более 20 дБ с 100 % разборчивостью речи.

Как показали результаты наблюдения в течение одного года, стойкое улучшение от 20 до 30 дБ отмечалось у больных с кохлеарным невритом 6 (31,5%), с адгезивным (23,5%) и 3 (23,1%) сухим перфоративным средним отитом. Данные наших исследований не отличаются от статистических данных других авторов.

Вывод. Из всех приведенных фактов следует, что правильный подбор слухового аппарата, особенно в детском возрасте, может быть проведен только при условии тщательного аудиологического обследования, ибо своевременное и правильное слухопротезирование ребёнка имеет огромное влияние на развитие речи в процессе общения с окружающими людьми.

Урунбаева М.Г.
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЛОР – ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний ЛОР - органов у больных туберкулёзом легких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии.

Материал и методы. В отделении лёгочной патологии Национального центра туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии РТ под нашим наблюдением находились 82 больных туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии в возрасте от 18 до 55 лет, из которых 35 были женщины и 47 мужчин. Больным проведены клиничко-лабораторные исследования крови, мочи, мокроты, КТ- органов грудной клетки и осмотр ЛОР – органов. Для определения состояния уха, горла и носа мы использовали портативный высокоточный эндоскоп с камерой и экраном, а для исследования слуховой функции применили портативный аудиометр и акустический импедансометр фирмы MAICO (Германия). Пороги слышимости воздушной проводимости звуков измеряли в диапазоне частот аудиометра от 250 до 8000 Гц, а пороги слышимости костной проводимости звуков измеряли в диапазоне от 250 до 6000 Гц. Для определения патологии среднего уха была проведена тимпанометрия портативным акустическим импедансометром вышеуказанной фирмы. Метод позволяет анализировать нормальное состояние и патологии среднего уха (серозный или адгезивный средний отит, тубоотит, отосклероз, разрыв цепи слуховых косточек). Исследования проводили один раз в каждые две недели в течении месяца с момента начала лечения основного заболевания. При обнаружении патологии ЛОР – органов и начальных проявлений нарушения слуха сенсоневрального характера, нами проведено неотложное лечение для предупреждения дальнейшего прогрессирования заболеваний.

Результаты исследования. Всего обнаружено 27 (32,8%) патологий ЛОР – органов. У 17 (20,7%) больных выявлена сенсоневральная тугоухость различной степени выраженности. При этом, 1 степень тугоухости отмечена у 8 (9,8%), 2 степень тугоухости - у 7 (8,5%) и 111 степень сенсоневральной тугоухости у 2 (2, 4%) пациентов. У 3 (3,6%) обследованных выявлен хронический гнойный мезотимпанит со смешанной формой тугоухости 1 степени. Патология полости носа в виде искривления носовой перегородки и хронического тонзиллита диагностирована у 4 (4,9%) и у 3(3,6%) больных соответственно.

На фоне противоневритной терапии у всех 8 пациентов с 1- степенью сенсоневральной тугоухости, слуховая функция нормализовалась, а у больных со 111 степенями сенсоневральной тугоухости дальнейшее прогрессирование слуха приостановилось. Пациенты с хроническим гнойным мезотимпанитом получили курс топической терапии, включающей комбинированные (ципрофлоксацин+дексаметазон) ушные капли, ежедневный туалет уха с применением электроотсоса и продувание слуховой трубы по Полицеру. В результате лечения гноетечение из уха прекратилось и наступила ремиссия.

Больным с искривлением носовой перегородки и хроническим тонзиллитом рекомендовано оперативное лечение в период стойкой ремиссии основного заболевания.

Выводы. Современные портативные диагностические аппараты со сменными наконечниками позволяют выявить патологию ЛОР – органов и определить состояние слуха у больных непосредственно в очаге инфекции и назначить своевременное лечение для профилактики сенсоневральной тугоухости.

Урунбаева М.Г., Ходиева А.А., Аминзода Х.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПРЕЯ «ДАГЕКСИДИН» ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛОАДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии имени член-корр. РАМН Ю.Б. Исхаки
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Мехмондустов С.Г.

Цель исследования. Изучение эффективности спрея «Дагексидин» в раннем послеоперационном периоде после тонзиллоаденотомии.

Материал и методы. В основу данной работы положены результаты лечения 46 детей с гипертрофией небных миндалин и аденоидов 3 степени, госпитализированных в ДЛОР - отделение. Возраст детей колебался от 3 до 12 лет. Все больные по методу случайного распределения были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения по 23 человека соответственно. После традиционной тонзиллоаденотомии больным основной группы на 2-ой день после операции назначали спрей «Дагексидин» по 2-3 впрыскивания 4 раза в день после еды, в то время как пациенты группы сравнения получали традиционную терапию в виде полоскания горла 0,02 % раствором фурацилина 5-6 раз в день. Эффективность препарата оценивалась по характеру регрессирования воспалительных изменений ротоглотки и болевых ощущений в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. На 5-й день после операции у 19 (82,6%) пациентов основной группы отмечались уменьшение болевого синдрома и регрессирование отёка и гиперемии в области небных дужек, быстрое устранение запаха изо рта, а также фибриновых налётов, появляющихся в области послеоперационных ран после тонзиллэктомии. У 4 (17,3%) больных этой группы, помимо исчезновения болей, отёка и гиперемии небных дужек, запаха изо рта все ещё отмечались фибриновые налёты в области послеоперационных ран. В эти же сроки у пациентов группы сравнения регрессирование отёка и гиперемии небных дужек, и исчезновение запаха изо рта и фибриновых налётов с наличием болевых ощущений, отмечались у 13 (56,5%) больных, а у остальных 10 (45,5%) больных наблюдались болевые ощущения и фибриновые налёты в области послеоперационных ран.

Вывод. Таким образом, проведённое исследование показало, что применение спрея «Дагексидин» в ран-

нем послеоперационном периоде после тонзиллоаденотомии повышает эффективность лечения и сокращает сроки выздоровления.

Усманова Н.А.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра оториноларингологии, Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Махкамова Н.Э.

Цель исследования. Определить влияние системного воспаления и показателей углеводного обмена на риск послеоперационного рецидива хронического риносинусита.

Материал и методы. Обследованы 24 пациента с хроническим риносинуситом, средний возраст составил $44,7 \pm 10,2$ года, мужчин — 15 (62,5%). Сахарный диабет 2 типа выявлен у 7 пациентов, у 4 из них уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) превышал 7,5%. До оперативного лечения всем пациентам проводился общий анализ крови с расчетом нейтрофильно-лимфоцитарного индекса (НЛИ) и тромбоцитарно-лимфоцитарного индекса (ТЛИ), а также определялись показатели глюкозы крови и HbA1c. Послеоперационное наблюдение осуществлялось в течение 12 месяцев.

Результаты исследования. Рецидив заболевания отмечен у 6 пациентов (25,0%). У пациентов с рецидивом уровень НЛИ составил $2,61 \pm 0,58$, что достоверно выше по сравнению с группой без рецидива ($1,83 \pm 0,49$; $p=0,002$). Значение ТЛИ также было выше в группе рецидива ($174,2 \pm 41,6$ против $121,3 \pm 30,5$; $p=0,004$). Среди пациентов с сахарным диабетом рецидив зарегистрирован в 42,9% случаев, тогда как у пациентов без диабета — в 17,6%. Уровень HbA1c более 7,5% ассоциировался с увеличением риска рецидива в 3,4 раза ($p=0,038$). Установлено, что повышение ТЛИ более 2,1 характеризуется чувствительностью 75% и специфичностью 70% в прогнозировании рецидива.

Выводы. Повышенные значения НЛИ и ТЛИ являются значимыми маркерами системного воспаления и ассоциированы с риском рецидива хронического риносинусита. Наличие сахарного диабета 2 типа и высокий уровень HbA1c ухудшают прогноз заболевания. Комплексная оценка воспалительных и метаболических показателей позволяет повысить точность прогнозирования исходов хирургического лечения.

Фарзонаи И., Додихудоев Р.А., Холматов А.П.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

Клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Интервенционные методы в комплексном лечении странгуляционных форм острой кишечной непроходимости (ОКН).

Материал и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения 44 пациентов с подозрением на странгуляционную тонкокишечную непроходимость (заворот, утолщение, инвагинация). В зависимости от диагностической тактики больные были распределены на две группы. В группу сравнения ($n=20$) вошли пациенты, обследованные по традиционному протоколу, включавшему клиническую оценку, обзорную рентгенографию брюшной полости и динамическое наблюдение. Основную группу ($n=22$) составили пациенты, которым в алгоритм диагностики дополнительно была включена спиральная компьютерная томография (СКТ) с внутривенным болюсным контрастированием. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0. Для сравнения качественных показателей применяли критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса при частоте наблюдений менее 5. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Включение СКТ в диагностический алгоритм основной группы позволило визуализировать патогномичные признаки странгуляции (симптом «водоворота», утолщение стенки кишки более 3 мм, отсутствие накопления контрастного препарата) у 93,2% (41 из 44) пациентов в течение первых 2 часов с момента поступления. В группе сравнения точность дооперационной верификации странгуляционной непроходимости с помощью рентгенографии составила 62,5% (25 из 40 наблюдений, $\chi^2 = 7,92$; $p = 0,005$), что приводило к необоснованному увеличению продолжительности консервативной терапии в среднем на 4,5 часа.

Сокращение времени диагностического поиска в основной группе способствовало снижению частоты обширных резекций тонкой кишки: в основной группе данный показатель составил 18,2% (4 из 22), в группе сравнения — 37,5% (6 из 16 оперированных пациентов; $\chi^2 = 4,28$; $p = 0,039$).

Показатель послеоперационной летальности в основной группе составил 9,1% (2 из 22), в группе сравнения — 15,0% (3 из 20). Различия не достигли статистической значимости ($\chi^2 = 0,79$; $p = 0,374$), однако выявлена тенденция к снижению летальности, что, вероятно, обусловлено своевременным выполнением декомпрессии и профилактикой развития распространенного перитонита.

Выводы. 1. Внедрение СКТ-ангиографии в алгоритм обследования при подозрении на странгуляционную ОКН позволяет верифицировать сосудистые нарушения в стенке кишки на доклиническом этапе некроза.

2. Визуализация признаков критической ишемии является абсолютным показанием к экстренной лапаротомии, исключая этап неэффективного консервативного лечения.

3. Применение современных методов визуализации оптимизирует хирургическую тактику, что ведет к уменьшению объема оперативного вмешательства и улучшению выживаемости пациентов.

Фарзонал Иброхим, Додихудоев Р.А.
МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ
Кафедра хирургических болезней №1-имени ак. Курбанова К.М.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Таджикистан.
Научный руководитель -к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с абсцессами печени с применением миниинвазивных методов.

Материал и методы. За период с 2022 по 2025 гг. на базе хирургических болезней №1-имени ак. Курбанова К.М. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино, расположенного в ГУ ЦСМП г. Душанбе были госпитализированы 68 больных. На основании клинико-anamnestических данных, данных лабораторных исследований и УЗИ органов брюшной полости, выставлен диагноз абсцесс печени (АП). При сомнениях в правильности диагноза проведено КТ, а также МРТ органов брюшной полости. Среди обследованных женщин было 20 (29,4%), мужчин-48 (70,6%). Возраст пациентов составил от 25-70 лет.

После предоперационной подготовки в срочном порядке всем больным было выполнено под контролем УЗИ под местной анестезией пункция и дренирование жидкостного образования. Жидкостное образование чаще всего располагалась в правой доле печени-38 (55,9%), локализация в левой доле наблюдалась у 27 (39,7%), поражение обеих долей выявлено у 3 (4,4) больных. Большинство пациентов-44 (64,7%) пациентов имели одиночные абсцессы, множественные абсцессы было диагностировано у 24 (35,3%) больных. Размеры очагов в печени варьировали от 10мм до 200мм в диаметре. Объем содержимого АП от несколько миллилитров до полутора литров и более гнойного экссудата. Содержимым АП в 52 случаях являлся гной, в 16 случаях инфицированная кровь. Исследование больных проводилось аппаратом HITACHI EUB-7500. Кисты пунктировались пункционной иглой СНІВА 18G. Для дренирования применялся дренажный набор UROMED. Размер дренажных трубок подбирались индивидуально, размеры варьировали от 10 до 16 FR.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде иногда сохранялась лихорадка. На контрольных УЗИ органов брюшной полости выявлено значительное уменьшение жидкостного образования. В течении 2-4суток температура тела нормализовалась, показатели в крови общем и биохимическом анализе вернулись в норму. На фоне проводимой антибактериальной терапии, промывания дренажей антисептическими растворами происходило излечение состояния пациентов. На 6-10 сутки после поступления они были выписаны под наблюдение по месту жительства. При анализе всех случаев с АП, пролеченных за исследуемый период, летальный исход наблюдался в 8,3 (4,4) случаях, из них 2 умерших были пациенты женского пола.

Вывод. Миниинвазивный подход под УЗИ навигацией АП, является оптимальным, современным методом, что сокращает пребывание пациентов в стационаре и быстрое реабилитации.

Фарзонал И., Додихудоев Р.А., Нуралиев Ш.С.
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М.Курбанова
Клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Оценить эффективность применения малоинвазивных хирургических технологий в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Материал и методы. Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов хирургического лечения 41 пациента с инфицированным панкреонекрозом, находившихся на стационарном лечении в Городском центре скорой медицинской помощи г. Душанбе. Критерием включения в исследование являлось наличие верифицированного инфицированного панкреонекроза.

Возраст пациентов варьировал от 24 до 67 лет, средний возраст составил $47,3 \pm 5,2$ года. Распределение по полу: 18 (43,9%) мужчин и 23 (56,1%) женщины.

Диагноз устанавливался на основании комплексной оценки клинической картины, данных лабораторных исследований (лейкоцитоз, уровень прокальцитонина, С-реактивного белка, амилазы крови), а также инструментальных методов визуализации. Всем пациентам при поступлении выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости; при недостаточной информативности проводилась компьютерная томография (КТ) с внутривенным болюсным контрастированием для уточнения распространенности некротического процесса и наличия секвестров.

Лечебная тактика носила этапный характер. Всем пациентам на фоне интенсивной терапии, включавшей антибактериальную, инфузионную и детоксикационную терапию, а также применение ингибиторов протеолитических ферментов, выполнялись хирургические вмешательства.

В зависимости от примененной методики пациенты были распределены на две группы:

Основная группа (n = 27) — применялись малоинвазивные технологии:

- чрескожное пункционно-дренажное лечение под ультразвуковой навигацией (ЧПДЛ);
- лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки;
- некрэктомию через минимальный доступ.

Группа сравнения (n = 14) — выполнено традиционное открытое вмешательство (лапаротомия, некрэктомию, дренирование). Открытые операции применялись при невозможности или неэффективности малоинвазивных методов, а также при распространенном перитоните.

Критериями эффективности лечения являлись: регресс синдрома системной воспалительной реакции

(SIRS), контроль над источником инфекции, частота послеоперационных осложнений (по классификации Clavien–Dindo), длительность госпитализации и летальность.

Результаты исследования. Применение этапного подхода с приоритетом малоинвазивных технологий позволило достичь санации очага инфекции у большинства пациентов.

Чрескожное пункционно-дренажное лечение под контролем УЗИ выполнено 19 (46,3%) пациентам в качестве первого этапа хирургической тактики. У 15 (78,9%) из них удалось добиться полного купирования гнойно-воспалительного процесса без необходимости дальнейших вмешательств. В 4 (21,1%) случаях эффективность ЧПДЛ оказалась недостаточной ввиду наличия крупных секвестров, что потребовало выполнения лапароскопической санации (n = 3) или открытой некрэктомии (n = 1).

Лапароскопическая санация и дренирование (как первично, так и после неэффективного ЧПДЛ) выполнены 12 (29,3%) пациентам. У 10 из них удалось добиться купирования процесса малоинвазивным способом, у 2 (16,7%) потребовалась конверсия доступа в связи с распространенным некротическим процессом.

Таким образом, в основной группе (n = 27) окончательное лечение с применением исключительно малоинвазивных технологий проведено 23 пациентам, тогда как переход к открытому вмешательству потребовался 4 (14,8%) пациентам.

Выводы. Применение малоинвазивных технологий при инфицированном панкреонекрозе позволяет в 85,2% случаев избежать выполнения открытой операции, начиная лечение с чрескожного дренирования (эффективность 78,9%) и при необходимости перехода к лапароскопической санации. Данный этапный подход обеспечивает достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений (с 55,6% до 25,9%; $p < 0,05$) и сокращение длительности госпитализации.

Фахриддинзода У.Ш., Сироджов С.М., Урунбоев А.Э.

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО ШУНТА ПО БЛЕЛОК-ТАУССИГУ ПРИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдувохидов Б.У.

Цель исследования. Изучить эффективность модифицированного шунта Блелок-Тауссиг при сложных врожденных пороках сердца.

Материал и методы. С 2012 года по настоящее время в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии 32 детям со сложными врожденными пороками сердца хирургами выполнено модифицированное подключично-легочное шунтирование по Блелок-Тауссигу. Больных мужского пола было 21 (65,6%), женского - 11 (34,4%). Возраст больных колебался от 4 месяцев до 16 лет (средний возраст 13 месяцев). Масса тела больных к моменту операции составлял от 4 кг до 39 кг. В 15 (46,8%) случаях имело место тетрада Фалло, в 6 (18,8%) случаях - атрезия легочной артерии и в 5 (15,6%) случаях - атрезия трикуспидального клапана. Всем больным наложение шунта было произведено с использованием сосудистого протеза GORE-TEX. В зависимости от веса и возраста больных выбирали размер используемого шунта: шунт диаметром 6 мм применяли 14 больным, 5 мм - 11 и 4 мм - 7 больным.

Результаты исследования. Послеоперационный период в 31 (97%) случае протекал без осложнений, больные в стабильном состоянии были выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства. В одном случае имело место осложнение в виде прогрессирующей гиперволемии малого круга кровообращения, которая привела к смерти больного на 6-е сутки после операции. В отдаленном послеоперационном периоде все пациенты чувствовали себя хорошо и продолжают регулярно наблюдаться. Девяти пациентам с тетрадой Фалло в последующем выполнена успешная радикальная коррекция. В 13 случаях пациентам был выполнен двусторонний кавопульмональный анастомоз (ДКПА), 6 больным была выполнена гемодинамическая коррекция (операция Фонтена).

Выводы. Модифицированный подключично-легочный шунт по Блелок-Тауссигу как паллиативная операция является оптимальным способом подготовки больного с обедненным легочным кровотоком к последующей коррекции сложных врожденных пороков сердца.

Фахридинов М.Б.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Ибодзода Н.С.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов консервативной терапии мочекаменной болезни с учетом размеров, локализации конкрементов и клинических особенностей течения заболевания.

Материал и методы. В исследование были включены 142 пациента с подтвержденной мочекаменной болезнью, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении. Возраст больных варьировал от 19 до 74 лет, средний возраст составил $46,3 \pm 6,1$ года. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) и инструментальных методов диагностики, включавших ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей, а также компьютерную томографию при необходимости уточнения локализации и размеров конкрементов. Консервативная терапия проводилась в соответствии с современными клиническими рекомендациями и включала применение нестероидных противовоспалительных препаратов, спазмолитиков, α -адреноблокаторов, фитопрепаратов и препаратов, направленных на литолитическую терапию. Важным компонентом лечения являлась коррекция водного режима, диетотерапия с учетом метаболического типа камнеобразования и профилактика ме-

таболических нарушений.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что наибольшая эффективность консервативной терапии наблюдалась у пациентов с конкрементами размером до 6 мм. Самостоятельное отхождение камней отмечено у 92 (64,8%) пациентов, преимущественно при их локализации в нижней трети мочеочника. У 31 (21,8%) больного наблюдалось уменьшение размеров конкрементов и снижение выраженности клинических проявлений заболевания. У 19 (13,4%) пациентов консервативная терапия оказалась недостаточно эффективной, что потребовало применения малоинвазивных методов лечения. Статистический анализ показал достоверную зависимость эффективности терапии от размеров конкрементов ($p < 0,05$).

Вывод. Современные методы консервативного лечения мочекаменной болезни демонстрируют высокую эффективность при небольших размерах конкрементов и отсутствии осложнений. Индивидуализированный подход к терапии с учетом клинических и метаболических факторов способствует повышению эффективности лечения, снижению частоты хирургических вмешательств и профилактике рецидивов заболевания.

Фахридинов М.Б.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н. Ибодзода Н.С.

Цель исследования. Изучить клинко-диагностические особенности и оценить эффективность комплексного лечения эректильной дисфункции у мужчин пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 124 пациента в возрасте от 60 до 82 лет, обратившихся с жалобами на нарушение эректильной функции. Средний возраст пациентов составил $68,4 \pm 4,6$ года. Всем больным проводилось комплексное клинко-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее сбор анамнеза, оценку факторов риска, физикальное обследование, определение уровня общего тестостерона, глюкозы крови и липидного профиля. Для оценки степени выраженности эректильной дисфункции применялся международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5). Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование предстательной железы, органов мошонки и доплерографию сосудов полового члена. Особое внимание уделялось выявлению сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Комплексное лечение включало применение ингибиторов фосфодиэстеразы-5, коррекцию гормональных нарушений, лечение сопутствующих соматических заболеваний, а также рекомендации по модификации образа жизни.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показал, что у 81,5% пациентов эректильная дисфункция имела органический характер. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями являлись артериальная гипертензия (64,5%), ишемическая болезнь сердца (48,3%) и сахарный диабет 2 типа (29,8%). Снижение уровня тестостерона выявлено у 34,7% обследованных пациентов. По данным шкалы МИЭФ-5 легкая степень эректильной дисфункции отмечена у 21,0% больных, умеренная — у 46,8%, тяжелая — у 32,2%. После проведения комплексной терапии улучшение эректильной функции наблюдалось у 74,2% пациентов, что сопровождалось достоверным повышением показателей МИЭФ-5 и улучшением общего качества жизни.

Вывод. Эректильная дисфункция у мужчин пожилого и старческого возраста преимущественно обусловлена органическими факторами, связанными с сосудистыми, эндокринными и метаболическими нарушениями. Комплексный диагностический подход и индивидуализированная терапия с учетом сопутствующей патологии позволяют значительно повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни пациентов данной возрастной категории.

Фозилжон-зода М.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского университета. Самарканд, Узбекистан.

Научные руководители – д.м.н., профессор Атакулов Ж.О., д.м.н., профессор Гарифулина Л.М.

Цель исследования. Оценить значимость клинко-лабораторных и инструментальных показателей в прогнозировании осложнений НЭК у новорожденных.

Материал и методы. Проведен ретроспективно-проспективный анализ 154 новорожденных с НЭК. Основную группу составили 106 (68,8%) пациентов с перфоративным перитонитом, контрольную — 48 (31,2%) без перфорации. Оценивались анамнестические данные, клинические проявления, лабораторные показатели, тип вскармливания, индекс CRP/альбумин (CAR), а также внутрибрюшное давление (ВБД), измеренное трансвезикальным методом. Исследование проводилось в Специализированной детской хирургической клинике СамГМУ, в отделениях неонатальной хирургии и ОРИТ.

Результаты исследования. В группе осложненного НЭК достоверно чаще отмечались недоношенность, более низкая масса тела при рождении и раннее начало заболевания ($p < 0,05$). Клинически значимыми признаками являлись вздутие живота, гематокезия, эритема и напряжение передней брюшной стенки ($p < 0,05$). Лабораторно выявлено снижение лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов и повышение нейтрофилов ($p < 0,05$). Повышение индекса CAR ассоциировано с ростом частоты осложнений (до 89,5%) и летальности (до 26,3%) ($p < 0,001$). Установлена связь стойкого повышения ВБД выше 12 мм.рт.ст. ($p < 0,01$), с неблагоприятным исходом. Проведенное трансвезикальное мониторирование внутрибрюшного давления (ВБД) показало, что в пер-

вые сутки заболевания в основной группе его среднее значение составило 16,3 мм рт. ст., тогда как в контрольной группе — 9,2 мм рт. ст.

Выводы. Комплексная оценка клинико-лабораторных показателей, включая индекс CAR и мониторинг ВБД, позволяет повысить точность прогнозирования осложнений НЭК и оптимизировать выбор лечебной тактики.

Фуркатзод Ф., Тураев Ф.С., Бобозода Ф.О.

ГЛАЗНЫЕ ТРАВМЫ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ У ВЗРОСЛЫХ: ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ИСХОДЫ

Национальный медицинский центр Республики Таджикистан. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., старший преподаватель Каримов М.Б.

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и исходы травм органа зрения у взрослых пациентов, госпитализированных после дорожно-транспортных происшествий в течение 2025 года.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, поступивших в стационар после дорожно-транспортных происшествий за 2025 год. Всего проанализировано 1402 случая ДТП. Среди всех пострадавших черепно-мозговая травма была диагностирована у 498 пациентов. Офтальмологическое обследование проводилось всем больным с подозрением на повреждение органа зрения и включало визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, а при необходимости — инструментальные методы диагностики, включая рентгенографию и компьютерную томографию орбит.

Глазные повреждения были выявлены у 300 пациентов. Для анализа структуры травм использовалась клиническая классификация, включающая контузии глазного яблока, переломы костей орбиты и проникающие ранения глаза. Кроме того, оценивались функциональные исходы лечения, которые разделялись на три категории: полное восстановление зрительных функций, частичное снижение зрения и полная утрата зрения.

Результаты исследования. Анализ показал, что травмы органа зрения были диагностированы у 300 пациентов, что составило 21,39% от общего числа пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. Среди пациентов с черепно-мозговой травмой повреждения органа зрения наблюдались в 60,24% случаев, что свидетельствует о высокой частоте сочетанных травм головы и глаз.

Изучение структуры повреждений показало, что наиболее распространённым видом травмы являлась контузия глазного яблока, которая была выявлена у 44,67% пациентов. Переломы костей орбиты диагностированы у 30,33% пострадавших, тогда как проникающие ранения глазного яблока составили 25% наблюдений и отличались более тяжёлым клиническим течением.

Анализ функциональных исходов лечения показал, что полное восстановление зрительных функций наблюдалось у 45,33% пациентов. Частичное снижение зрения отмечалось у 39,67% пострадавших. Полная утрата зрения была зарегистрирована в 15% случаев.

Выводы. Глазные травмы при дорожно-транспортных происшествиях составляют значительную долю повреждений и достигают 21,39% всех случаев. Высокая частота их сочетания с черепно-мозговой травмой требует обязательного совместного обследования пациентов офтальмологом и нейрохирургом. Существенная доля тяжёлых исходов, включая полную утрату зрения в 15% случаев, подчёркивает необходимость совершенствования экстренной диагностики и лечения травм органа зрения. Важными мерами профилактики остаются использование ремней безопасности, защитных средств для мотоциклистов и повышение культуры дорожного движения.

Фуркатзод Ф., Рахмонзода Х.Дж., Салимзода А.Х.

ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель – зав. кафедрой к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Оценить частоту и характер глазных симптомов у пациентов с различной нейрохирургической патологией.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов обследования 512 пациентов, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении ГУ НМЦ РТ – «Шифобахш» в период 2023-2025 гг. Среди обследованных преобладали дети: пациентов в возрасте 0-18 лет было 390 (76,2%), тогда как взрослых – 122 (23,8%). Диагнозы нейрохирургической патологии устанавливались на основании клинических данных и подтверждались результатами инструментальных методов исследования, включая магнитно-резонансную и компьютерную томографию, а в ряде случаев — гистологическим исследованием.

Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование. Оно включало определение остроты зрения (визометрию), измерение внутриглазного давления (тонометрию), исследование глазного дна методом офтальмоскопии, оценку полей зрения с помощью периметрии, а также оптическую когерентную томографию (ОКТ) для детального анализа состояния диска зрительного нерва и макулярной области. Полученные данные анализировались с целью выявления наиболее характерных офтальмологических симптомов и их связи с конкретными видами нейрохирургической патологии.

Результаты исследования. Анализ показал, что глазные симптомы наблюдались у 420 пациентов, что составило 82% от общего числа обследованных. Наиболее часто регистрировался отёк диска зрительного нерва, выявленный у 48,8% пациентов. Вторым по распространённости симптомом было снижение остроты зрения, которое отмечалось у 29,3% больных. Нистагм выявлен у 19,5 % пациентов, диплопия – у 15,6%, птоз – у 11,7% наблюдений.

При сравнительном анализе возрастных групп установлено, что офтальмологические проявления значительно чаще встречались у детей. В данной группе глазные симптомы выявлялись в 87,2% случаев. Наиболее высокая частота их регистрации отмечалась у детей школьного возраста (6-12 лет), где она достигала 93,3%.

Статистический анализ позволил выявить определённые клинико-патогенетические взаимосвязи между типом нейрохирургической патологии и офтальмологическими симптомами. В частности, установлена достоверная корреляция между отёком диска зрительного нерва и опухолями задней черепной ямки, что отражает развитие внутричерепной гипертензии. Нистагм наиболее часто наблюдался у пациентов с гидроцефалией и был связан с поражением структур ствола мозга и мозжечка.

Выводы. Глазные симптомы являются важным клиническим маркером нейрохирургической патологии и выявляются у большинства пациентов (82%). Их частота значительно выше у детей, особенно в школьном возрасте. Раннее офтальмологическое обследование имеет большое диагностическое значение при подозрении на внутричерепные заболевания, поскольку позволяет своевременно выявлять признаки повышения внутричерепного давления и поражения зрительного анализатора. Мультидисциплинарный подход с участием нейрохирургов и офтальмологов способствует более точной диагностике и улучшению результатов лечения пациентов с нейрохирургической патологией.

Фуркатзод Ф., Шарипова Ф.Ф., Назарзода Н.Х.

ВЛИЯНИЕ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ДИОД-ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЯЩЕЙ ГЛАУКОМОЙ

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

Глазные отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель – доцент кафедры, к.м.н. Юнусова З.И.

Цель исследования. Оценить качество жизни пациентов с терминальной глаукомой, сопровождающейся выраженным болевым синдромом.

Материал и методы. В исследование включены 40 (41 глаз) пациентов с терминальной глаукомой и стойким болевым синдромом, проходивших стационарное лечение в ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш». Возраст больных составил от 35 до 77 лет (средний возраст составил 51 ± 2.7 лет). Мужчин было 19 (45%), женщин – 21 (55%). До и после проведения транссклеральной диод-лазерной циклофотокоагуляции (ТС ДЛ ЦФК) все больные подвергались офтальмологическому обследованию. ТС ДЛ ЦФК проводилась в условиях операционного блока стационара отделений. Качество жизни оценивали с помощью сокращённого варианта опросника NEI-VFQ-25 до и через 1 месяц после операции.

Результаты исследования. До проведения операции суммарный показатель качества жизни по опроснику NEI-VFQ-25 составил 4910 баллов. Через 1 месяц после проведения ЦФК этот показатель увеличился до 32625 баллов. Таким образом, качество жизни пациентов повысилось в среднем на 1385,75 балла на одного больного. Наиболее выраженное улучшение отмечено по шкалам «глазная боль», «психическое здоровье» и «социальное функционирование».

Все пациенты перенесли операцию сравнительно безболезненно, интраоперационных осложнений не было отмечено ни в одном случае. Характерным для раннего послеоперационного периода было наличие умеренного реактивного синдрома, интенсивность которого соизмерялась с объёмом выполненного вмешательства и с исходным состоянием глаза (уровень ВГД, степень неоваскуляризации радужки, степень кератопатии). Он проявлялся сохранением в течение 1-3-х суток умеренной цилиарной болезненности и повышенного уровня ВГД.

Методом анкетирования были опрошены все 40 больных. Для определения уровня качества жизни использовался опросник NEI – VFQ – 25 (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25). Доказано, что у пациентов с терминальной болящей глаукомой выявлен очень низкий уровень качества жизни – при теоретически возможном максимальный балле 2500. До операции ТС ДЛ ЦФК средняя сумма баллов на одного больного составляла 245,5 (варьировала от 75 до 520). После проведения операции средняя сумма баллов на одного больного составляла 1631,25 (варьировал от 535 до 2365), что свидетельствует о том, что качество жизни намного улучшилось (в среднем на 1385,75 балла). Также 20 больных контрольной группы были опрошены по анкете, и при теоретически возможном максимальный бал составил 2500. После лечения, средняя сумма баллов на одного больного составляла 1393,5 (варьировала от 525 до 2365), что свидетельствует о том, что качество жизни намного улучшилось (в среднем на 1184 балла).

Выводы. Таким образом, транссклеральная диод-лазерная циклофотокоагуляция статистически значимо улучшает качество жизни больных терминальной болящей глаукомой. Основным механизмом положительного эффекта является полное устранение болевого синдрома. Метод может рассматриваться как эффективная альтернатива энуклеации глаза у данной категории пациентов.

Фурохов И.Ё., Абдурахимзода Ш.Р., Хамроев М.Ф.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ШЕЙНЫХ РЁБЕР У СТУДЕНТОК II КУРСА ХАТЛОНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ХГМУ)

Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан

Научный руководитель - член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Изучить распространённость шейных рёбер (ШР) у студенток II курса ХГМУ на основании клинико-рентгенологического обследования.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе студенческой поликлиники ХГМУ в

рамках ежегодного профилактического медицинского осмотра в декабре 2025 года. В обследование были включены все 186 студенток II курса.

У 56 (30,1%) девушек при клиническом осмотре выявлены признаки, позволяющие заподозрить различные формы синдрома верхней апертуры грудной клетки, в связи с чем им была назначена рентгенография шейного отдела позвоночника для уточнения наличия или отсутствия шейных рёбер.

Всем 56 студенткам выполнена цифровая рентгенография органов грудной клетки с захватом шейного отдела позвоночника в прямой проекции на цифровом автоматизированном рентгеновском аппарате U-дуга DRGEM Diamond. Средний возраст обследованных составил $19,0 \pm 1,0$ года.

Все полученные цифровые рентгенограммы ($n = 56$) были детально проанализированы с целью выявления анатомо-морфологических вариантов шейных рёбер.

Результаты исследования. По данным рентгенологического исследования шейные рёбра (cervical ribs) были выявлены у 5 студенток, что составило 8,9% среди обследованных 56 девушек и 2,6% от общего числа студенток II курса ($n = 186$).

Анализ морфологических вариантов показал следующее: реброподобные шейные рёбра диагностированы в 2 случаях (3,5%); рудиментарные формы - в 3 случаях (5,4%); фалангоподобные варианты в настоящем исследовании не выявлены. Во всех случаях как реброподобные, так и рудиментарные шейные рёбра имели двусторонний (билатеральный) характер.

Выводы. Результаты исследования показали, что клинические симптомы, характерные для синдрома верхней апертуры грудной клетки, не всегда коррелируют с наличием шейных рёбер. Лишь у части студенток с подозрением на данную патологию рентгенологически подтверждено наличие костных аномалий.

Таким образом, истинная распространённость шейных рёбер среди студенток II курса ХГМУ по данным визуализационных методов составила 8,9% среди клинически подозрительных случаев и 2,6% в общей популяции обследованных.

Фурохов И.Ё., Амирализода Ф.Р., Валиев А. К.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕДИАЛЬНОГО ЭПИКАНТУСА СРЕДИ СТУДЕНТОК ХГМУ

Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан

Научный руководитель - член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Установить частоту встречаемости медиального эпикантуса среди студенток ХГМУ.

Материал и методы. В рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров в декабре 2025 года проведено обследование 186 студенток второго курса медицинского университета в возрасте $19,3 \pm 1,0$ года.

Исследование носило наблюдательный описательный характер и включало клинический осмотр с детальной оценкой анатомо-морфологических особенностей области глаз и век. Осмотр проводился при стандартных условиях освещения с использованием визуальной оценки без применения инструментальных методов.

В процессе обследования фиксировались индивидуальные особенности строения верхнего века, включая наличие кожной складки в области медиального угла глазной щели. Полученные данные заносятся в индивидуальные медицинские карты с последующей статистической обработкой.

Результаты исследования. Медиальный эпикантус выявлен у 41 студентки, что составило 22,0% от общего числа обследованных.

В 12 случаях (29,3% среди лиц с эпикантусом) он сочетался с отсутствием супратарзальной складки верхнего века («single eyelid»). В целом отсутствие супратарзальной складки выявлено у 15 обследованных (8,1%).

Выявленные анатомические особенности носили двусторонний характер и не сопровождалась субъективными жалобами со стороны органа зрения либо клинически значимыми соматическими нарушениями.

Выводы. Медиальный эпикантус является достаточно распространённой анатомо-морфологической особенностью и выявляется примерно у каждой пятой обследованной. Отсутствие субъективных жалоб и клинически значимых нарушений свидетельствует о преимущественно вариантном, а не патологическом характере данной особенности.

Футуров Н.П., Ризоев Дж.Т., Абдуллоев Б.З.

НАРУШЕНИЯ ЭЯКУЛЯТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ И КАЧЕСТВО СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Олимов Р.Х

Цель исследования. Проводит дифференциальной диагностики ретроградного семяизвержения и анэякуляции больным после оперативного лечения ДГПЖ.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование эякуляторной функции 144 сексуально активных мужчин в возрасте от 49 до 84 лет с СНМ/ДГПЖ до и после оперативного лечения. За период с 2017 по 2022 г. 80 больным была выполнена больным – традиционная ТУР простаты и 64 больным открытая чреспузырная аденомэктомия. Оценка функции семяизвержения проводилась путем анкетирования по шкале оценки семяизвержения – Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ-EjD) в предоперационном этапе и в сроки через 3 и 6 месяцев после оперативного лечения. С целью дифференциальной диагностики ретроградного семяизверже-

ния и анэякуляции больным после оперативного лечения проводили анализ пост оргазменной мочи на наличие и количество сперматозоидов.

Результаты исследования. Различные нарушения семяизвержения до оперативного лечения выявлены у 61,6% обследуемых мужчин: 47,9 % (69 человек) опрошенных отметили уменьшение объема эякулята, а 47,2 % (68 человек) - снижение интенсивности семяизвержения. В 15,2 % (22 человек) случаев было выявлено приобретенное раннее семяизвержение, 17,3 % (25 человек) сообщили о боли/ дискомфорте при семяизвержении, 11,8% (17 человек) указали на задержку эякуляции (ЗЭ) во время полового акта. Среди этих же больных через 3 месяца после оперативного лечения выявлены нарушения семяизвержения следующего характера: ретроградное семяизвержение у 50 (34,7%) больных, анэякуляция выявлена у 58 (40,2%). У остальных 36 (25%) после оперативного лечения антеградное семяизвержение было сохранено. Боль при семяизвержении отметили 3 (2,1%) человека, больных с ранним семяизвержением и задержанной эякуляцией среди прооперированных пациентов не было выявлено. Если до оперативного лечения нарушения эякуляции хоть как-то беспокоили 63,8% больных, то после оперативного лечения 75,4% больных были обеспокоены развившимися нарушениями эякуляции.

Заключение. Таким образом, больные, особенно молодого возраста, для которых сохранение антеградной эякуляции является важным, отказываются от операции, направленной на восстановление нарушенного мочеиспускания. Поиск методов сохранения эякуляторной функции при оперативном лечении больных гиперплазией/аденомой простаты, применение малоинвазивных технологий у больных, заинтересованных в сохранении эякуляторной функции, является перспективным направлением развития в урологии.

Хайдаров М.М., Махмадкулова Н.А., Туробов С.Б.

УСТРАНЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор М.Х. Маликов

Целью исследования. Улучшение результатов хирургического лечения посттравматической контрактуры и деформации нижней конечности.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино за период с 2000 по 2025 годы 60 пациентам с контрактурами и деформациями нижней конечности были осуществлены различные варианты местно-пластических операций. Мужчин было 36, женщин - 24. Среди общего числа пациентов дети до 18 лет составили 43.

При сборе анамнеза и ознакомления с медицинскими документами было выявлено, что контрактуры и деформации у 35 больных явились следствием получения ожога кипятком, либо раскалённым маслом. У 16 пациентов патология явилась следствием воздействия различных нагревательных приборов (12) и сандального ожога (4). В 9 остальных наблюдениях пациенты получили травму при дорожно-транспортных происшествиях (5) и получение тупой травмы (4).

Среди дополнительных методов диагностики информативными явились рентгенография нижней конечности, ультразвуковая доплерография и электро-нейромиография.

Результаты исследования. Использование оптического увеличения и прецизионной техники позволило без повреждения мобилизовать кожно-фасциальные лоскуты, идентифицировать пальцевые сосудисто-нервные пучки, что является важным в плане достижения оптимальных результатов. При ятрогенном повреждении пальцевых нервов их восстановление осуществилось под микроскопом. Проведение спиц достигалось стабилизацией суставов после устранения контрактуры и деформации. Во всех тяжёлых случаях контрактуры стопы в нижней трети голени отмечалось сдавление сосудисто-нервного пучка. После устранения контрактуры выполнили невролиз и артериолиз.

Стоит отметить, что при контрактурах стопы и пальцев в абсолютном большинстве случаев оптимальными являются принципы Z-пластики с различными модификациями. Тяжёлые ситуации потребовали применение нестандартных способов операций. В случаях, где остались не укрытыми дефекты, были использованы аваскулярные кожные трансплантаты. Гипсовые лонгеты были сняты на 20 сутки после операции.

В ранние дни после операции раневые гнойно-воспалительные осложнения имели место у 6 пациентов. В двух случаях из-за развития дефекта после нагноения в последующем была выполнена повторная операция. Краевой некроз мобилизованных кожно-фасциальных лоскутов наблюдался у 5 пациентов.

Отдалённые результаты операции изучались у всех пациентов в сроки более 6 месяцев. Рецидив контрактуры был выявлен у 6 пациентов. Всем была выполнена повторная операция с положительным исходом.

Выводы. Операции, основанные на принципах Z-пластики и её различные модификации, считаются оптимальными для устранения контрактур и деформации нижней конечности. Использование оптического увеличения прецизионной техники, намного упрощая техническое выполнение этапов операции, предотвращает повреждение сосудисто-нервных пучков конечности.

Хайдарова Ф.А.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., доцент Рахматуллаева М.М.

Цель исследования. Определить эффективность применения селективных модуляторов рецепторов прогестерона (СМРП) при миоме матки.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 23 женщины с миомой матки позднего репродуктивного возраста, из них 12 женщин (основная группа) применяли улипристала ацетат (СМРП) по 5 мг в день, 11 женщин (сравниваемая группа) – эстроген-гестагенные препараты (новинет) по традиционной схеме с – 1-го по 21-й день менструального цикла. Продолжительность курса лечения занимала 3 месяца. Проводили оценку общего соматического и гинекологического статуса, ультразвуковое исследование матки. Полученные при исследовании данные подверглись статистической обработке с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Фармакологические возможности лечения миомы матки базируются на том факте, что в ткани миомы преобладают рецепторы эстрогенов и прогестерона в сравнении с их содержанием в нормальной миометрии, и, следовательно, на рост миомы стимулирующее воздействие оказывают половые стероиды. СМРП обратимо блокируют прогестероновые рецепторы в тканях-мишенях.

После 3-х месячного курса лечения улипристалом ацетатом выявлено уменьшение объема миоматозных узлов (66,7%), снижение менструальной кровопотери (58,3%) до развития аменореи (41,7%), повышение уровня гемоглобина (83,3%). В группе лечения с новинетом также отмечалось уменьшение размеров миоматозных узлов (36,4%), нормализация менструальной кровопотери (72,7%), и стабилизация уровня гемоглобина (81,8%). Стойкий эффект от лечения спустя через 6 месяцев отмечался у 50,0% женщин основной группы, и 45,4% женщин сравниваемой группы. Большинство женщин обеих групп нуждались в оперативном лечении через год после лечения. Таким образом, консервативное лечение миомы матки на примере улипристала ацетата или новинета оказывает хороший терапевтический эффект, что больше выражено при применении улипристала ацетата. В ряде случаев проведенное лечение позволяет отсрочить хирургическое вмешательство. Вместе с тем, для избежания хирургического лечения необходимо оценить долгосрочные результаты после проведения нескольких курсов.

Выводы. Применение селективных модуляторов рецепторов прогестерона значительно уменьшает объем миоматозных узлов на фоне достижения аменореи, что можно считать важным терапевтическим эффектом. Для долгосрочной эффективности рекомендуется проведение нескольких последовательных курсов.

Хакназарова Ф.Х., Назирова Г.О., Сафарова С.Б.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС- КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЁННОГО ПУТЁМ ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗ

Кафедра акушерства гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

ГУ Городской родильной дом №2, ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе,

Научный руководитель: к.м.н Хакназаров Х.Ш.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность проведения плазмафереза во время беременности для предотвращения гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБПН).

Материал и методы. В Родильных домах Управление здравоохранение города Душанбе поступали и продолжают поступать беременные женщины с высокой степенью резус-сенсibilизации. С 2017 года в кабинет трансфузионной терапии ГУ ГМЦ №2 по направлению врачи акушер – гинекологи, проведено 186 сеансов лечебного дискретного центрифужного плазмафереза 28 женщинам с изоиммунизацией по Rh-фактору. Всем женщинам, плазмаферез проведено 3 раза на этапе планирование беременности, так как в предыдущих беременностях в анамнезе имеется резус-сенсibilизации. При наступлении беременности плазмаферез проведено в нечётными месяцами беременности. Дискретный плазмаферез проводился с помощью центрифуги РО-6 (Москва) и пластикатных контейнеров фирмы СРДА (Китай); Общее число процедуры зависело от исходного титра антител (АТ), динамики клинико-биохимических и иммунологических лабораторных показателей, сопутствующей соматической патологии, данных ультразвукового, кардиотокографического, доплерометрического исследований и варьировало от 3 до 8 сеансов. Объем удаленной плазмы за сеанс составлял 350-400 мл и возмещение по показаниям – альбумин.

Результаты исследования. До проведения плазмафереза обследованные женщины имели титры АТ от 1:32 до 1:256. Уже после 2-х сеансов лечебного плазмафереза удавалось добиться снижения титра специфических антител в 2-3 раза. Общее состояние беременных во время проведения курса плазмафереза оставалось удовлетворительным. 12 женщинам родоразрешено проведено путем операции кесарева сечения в сроках от 32 до 36 недель, и 16 женщинам самостоятельно через естественные родовые пути в сроках от 32 до 38 недель. Вес новорожденных варьировал от 2300 граммов до 3400 граммов. После рождения 6 детям был выставлен диагноз гемолитической болезни новорожденных, однократное заменное трансфузия отмытых донорских эритроцитов. Практически все женщины выписались из стационара с детьми. Наиболее иммуногенным среди всех эритроцитарных антигенов системы резус является антиген D, который в 95% случаев является причиной тяжелого течения гемолитической болезни плода (ГБП). Об интенсивности процесса разрушения эритроцитов судят по величине титра антител к антигенам эритроцитов; т.е. чем выше титр, тем интенсивнее гемолиз эритроцитов.

Выводы. ГБП и ГБН имеют резус-антитела, относящиеся к глобулинам класса G. Они активно переносятся в кровотоке плода и увеличивают уровень материнских антител. Клиническое значение имеют главным образом IgG1 и IgG3, по величине титра которых можно определить степень риска гемолиза эритроцитов. Таким образом, комплексное применение этапного плазмафереза, малых доз низкомолекулярных гепаринов и дезагрегантов достаточно простым и наиболее эффективным, позволяет успешно пролонгировать беременность до доношенного срока у женщин с подтвержденным диагнозом резус-сенсibilизации. Последующие клинические и лабораторные исследования показали, что плазмаферез более эффективен и безопасен, чем замедленное переливание крови в лечении ГБПН.

Халимзода М., Саидова С., Мадисоева М.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОТУЛИЗМА В РАЙОНЕ ДАНГАРА

Кафедра хирургических дисциплин №2, ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Научный руководитель - Насруллоев Дороб

Цель исследования. Изучить динамику заболеваемости ботулизмом и клинические особенности течения заболевания среди пациентов, госпитализированных в клинику инфекционных заболеваний района Дангара за 2024–2025 годы, а также оценить эффективность проводимой терапии.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с диагнозом ботулизма, проходивших лечение в 2024–2025 годах. В 2024 году зарегистрировано 2 случая заболевания, в 2025 году — 3 случая. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, эпидемиологического анамнеза и лабораторных данных. Всем пациентам проводилась комплексная терапия, включающая введение противоботулинической сыворотки, дезинтоксикационные мероприятия, симптоматическое лечение и при необходимости — респираторная поддержка.

Результаты исследования. Анализ показал увеличение числа случаев ботулизма в 2025 году по сравнению с 2024 годом (3 случая против 2). Во всех наблюдениях заболевание было связано с употреблением домашних консервированных продуктов. Клиническая картина характеризовалась типичными неврологическими симптомами: диплопией, птозом, нарушением глотания, сухостью во рту, общей мышечной слабостью. При своевременной госпитализации и раннем введении антитоксической сыворотки удалось избежать тяжёлых осложнений. Летальных исходов за исследуемый период не зарегистрировано.

Выводы. В районе Дангара ботулизм остаётся редким, но потенциально опасным инфекционным заболеванием. Основным фактором риска остаётся употребление домашних консервированных продуктов. Ранняя диагностика и своевременное введение противоботулинической сыворотки значительно улучшают прогноз. Необходимо проводить санитарно-просветительную работу среди населения для профилактики ботулизма.

Халтачев Р. Н., Джураева Н.Х., Холов И.Ш.

ВЛИЯНИЕ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНОВ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ НА ОПЕРАЦИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Холбаев С.А.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности операций на желчных протоках из мини-лапаротомного доступа, при осложнениях желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 17 больных ЖКБ, оперированных из мини-доступа. Доступ выбирается с учетом индивидуальных топографо-анатомических особенностей, включая положение желчного пузыря (часто прикрыт печенью) и выраженность печеночного угла толстой кишки. У всех больных определялись: голотопия, синтопия и скелетотопия печени, желчного пузыря, тип ворот печени, глубина залегания общего желчного протока. В зависимости от сочетания этих показателей были установлены параметры операционной раны по критериям А.Ю. Сазон-Ярошевича. Минилапаротомия выполнялась по разработанному нами способу, с конструкцией ранорасширителей Прудкова.

Результаты исследования. Для планирования операции через мини-лапаротомный доступ использовались данные ультразвукового сканирования не только о характере основного заболевания, но и о топографо-анатомическом положении печени, желчного пузыря и общего желчного протока. Было установлено, что наиболее часто, в 82% (14 больных) расположение печени было экстракостальное. При таком варианте создавались наиболее благоприятные условия для проведения холецистэктомии из мини-доступа, у 3 больных при ретрокостальном расположении печени, что также ухудшало параметры операционной раны. В этой связи холецистэктомия произведена верхне-срединным разрезом. Холецистэктомия из мини-доступа также относится к малоинвазивным методом лечения, т.к имеет все преимущества лапароскопической холецистэктомии. Кроме того, мини-лапаротомную холецистэктомию можно применять при наличии у больных операционно-анестезиологического риска местной анестезией.

Вывод. При планировании операций из мини-лапаротомного доступа у больных с ЖКБ целесообразно определить варианты топографо-анатомического положения печени, желчного пузыря и общего желчного протока. Это позволяет минимизировать повреждение мышечных волокон и межреберных нервов, что критично для пациентов с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. А также можно применять при наличии у больных высокого операционно-анестезиологического риска местной анестезии.

Халтачев Р.Н., Муминзода Ч.Ч., Солехов А.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан..

Научный руководитель – д.м.н., профессор Курбанов Дж.М.

Цель исследования. Оценить повышение эффективности минилапаротомных доступов у больных при деструктивном холецистите с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. В течение 2010-2026 гг в ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино госпитализированы 610 больных, страдающих острым холециститом, которые были оперированы различными методами хирургического лечения. Все больные ЖКБ с сопутствующими заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы разделены на три группы. I группу составили - 80 (13,1%) больных, перенёсших холецистэктомию из мини – доступа (МХЭ), во II группу вошли 200 (32,8%) пациентов, которым произведена традиционная холецистэктомия (ТХЭ).

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения имели место у 7 (8,75%) больных I группы: гематома раны – 2, серома раны – 4, ТЭЛА- 1. Летальность после МХЭ составила 1,25% (умер 1 больной от ТЭЛА). Во II группе послеоперационные осложнения возникли у 45 (22,5%) больных: гематома раны – 5, серома раны – 8, острая сердечно – сосудистая недостаточность – 7, перитонит – 1, нагноение раны – 3, ТЭЛА – 3, нарушение ритма сердца – 2, острый панкреатит – 5, обострение бронхита – 2, диастаз краев верхней трети раны – 2, гипертонический криз – 7. В контрольной группе умерло 3 больных, летальность после ТХЭ составила (1,5%).

Вывод. Больные старших возрастных групп с острым и хроническим калькулёзным холециститом, с заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы значительно легче переносят холецистэктомию из мини лапаротомного доступа, после неё гораздо реже возникают осложнения (8,75%) и летальные исходы (1,25%). По нашим данным, она позволяет излечить около половины больных в возрасте старше 60 лет с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Хамдамов А.И.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

«Ташкентский Государственный медицинский университет». Узбекистан

Научный руководитель – PhD, доцент Бабакулов Шараф Хамракулович

Цель исследования. Оценить прогностическую значимость клинико-морфологических параметров и иммуногистохимических маркеров (Ki-67, p53, E-cadherin) для прогнозирования риска рецидива у пациентов с немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (НМИРМП).

Материал и методы. Проведён комплексный анализ хирургического материала 178 пациентов с НМИРМП (стадии Ta–T1), наблюдавшихся в 2011–2022 гг. Всем больным выполнялась трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря (TURBT). Основная группа (n=86) получала адъювантную терапию с использованием биологических препаратов, контрольная группа (n=92) – стандартную внутрипузырную химиотерапию доксорубицином. Иммуногистохимическое исследование включало определение индекса пролиферации Ki-67, экспрессии p53 и уровня E-cadherin. Статистическая обработка проводилась с использованием методов Mann-Whitney и анализа выживаемости Kaplan-Meier.

Результаты исследования. Установлено, что высокий индекс Ki-67 (>25%) и гиперэкспрессия p53 достоверно ассоциированы со снижением безрецидивной выживаемости пациентов. Снижение мембранной экспрессии E-cadherin рассматривается как морфологический признак повышенного инвазивного потенциала опухоли. Комбинация Ki-67>25%, p53(+), и низкой экспрессии E-cadherin сопровождалась повышением риска рецидива до 74,2% и сокращением безрецидивного периода до $14,4 \pm 2,1$ месяца. Применение адъювантной терапии способствовало ускорению процессов репаративной регенерации уротелия и снижению воспалительных изменений слизистой оболочки мочевого пузыря.

Выводы. Комплексная оценка клинико-морфологических параметров и иммуногистохимических маркеров (Ki-67, p53, E-cadherin) позволяет повысить точность прогнозирования рецидива НМИРМП. Включение данных биомаркеров в рутинную патоморфологическую практику способствует ранней идентификации пациентов группы высокого риска и позволяет персонализировать тактику лечения и последующего наблюдения.

Хамидова Ф.Х., Камилова М.Я., Ишан – Ходжаева Ф. Р.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Давлатзода Г.К.

Цель исследования. Изучить структуру экстрагенитальной патологии, особенности гестационного периода и перинатальные исходы у женщин с преждевременными родами на фоне дородового разрыва плодных оболочек (ДРПО).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 64 историй преждевременных родов, осложненных ДРПО. Программа обследования включала детальный сбор анамнеза, физикальный осмотр с расчетом

индекса массы тела (ИМТ), верификацию экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) и осложнений беременности. Статистическая обработка данных выполнена с применением параметрических и непараметрических методов анализа.

Результаты исследования. В структуре ЭГЗ ведущее место занимали анемия (53,1%, n=34), патология почек (34,3%, n=22) и ожирение (23,4%, n=15). Аппендэктомия в анамнезе отмечена у 15,6% пациенток. Среди осложнений гестации доминировали ранний токсикоз (68,8%, n=44), угроза прерывания беременности и нарушения плацентарного кровотока (по 23,4%, n=15). Синдром задержки роста плода (СЗРП) выявлен в 17,2% случаев (n=11). Акушерская тактика характеризовалась высокой частотой индукции родов (45,3%, n=29), при этом доля кесарева сечения составила 6,3% (n=4). В структуре перинатальных исходов асфиксия при рождении зафиксирована в 31,3% случаев (n=20), преимущественно средней степени тяжести (29,7%). Показатель перинатальной смертности составил 7,8% (n=5) и был полностью обусловлен антенатальной гибелью плода.

Выводы. Соматический статус женщин с ДРПО при преждевременных родах характеризуется высокой частотой анемии и заболеваний мочевыделительной системы. Течение беременности у данных пациенток сопряжено с высоким риском плацентарных нарушений и СЗРП (17,2%). Высокий показатель антенатальной гибели плода (7,8%) и частота асфиксии при рождении (31,3%) диктуют необходимость оптимизации тактики ведения ДРПО в сроки недоношенной беременности.

Хамроев М.Ф.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ШИРОКИХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ

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

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

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

Научный руководитель – чл.-корр. НАНТ, д.м.н., профессор У.А. Курбанов

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения широких послеожоговых стягивающих рубцов с использованием местно-пластического способа - двойной противоположной Butterfly с квадратным лоскутом на подкожной питающей ножке - Double Opposing Butterfly with Subcutaneous Pedicled Square Flap-SPSF.

Материал и методы. Изучены и проанализированы результаты хирургического лечения 10 больных с послеожоговыми широкими стягивающими рубцами различной локализации – 1 (10%) подколенной, 3 (30%) кисти, 3 (30%) шейной и 3 (30%) лицевой областях, прооперированных в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за последний 1 год. Возраст больных колебался от 6 до 32 лет, в среднем составил 12,5 лет, по полу – 6 (60%) мужской и 4 (40%) – женского пола. Давность получения ожога составила от 3 до 26 лет. Причиной получения ожога в трех случаях ожог кипяченной водой, в одном случае горячим маслом и в других случаях - пламенем. Во всех случаях отмечались широкие стягивающие рубцы с более чем одним гребнем стягивания. У пациентов с ожогами лица широкие стягивающие рубцы отмечались в спинке носа и переносице. Кроме ожога этих областей, у больных отмечались ожоги верхних конечностей, нижних конечностей, грудной клетки, лица и головы. Во всех случаях широкие стягивающие рубцы были устранены использованием двойной противоположной Butterfly с квадратным лоскутом на подкожной питающей ножке (Double Opposing Butterfly with Subcutaneous Pedicled Square Flap-SPSF).

Результаты исследования. Ранний послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, однако в одном случае (10%) в области шеи отмечался краевой некроз верхушки лоскута, причиной которого являлись грубые послеожоговые и послеоперационные рубцы шеи пациента. У остальных больных раны зажили первичным натяжением, перемещённые лоскуты прижились. Ранних послеоперационных осложнений, включая гематому, инфекцию, нарушения кровообращения, частичной или полной потери лоскута, не наблюдалось. Кожные швы сняты на 12-14-е сутки после операции. Отдалённые результаты в сроки до 6 месяцев изучены у всех пациентов. Во всех случаях достигнуто устранение широких послеожоговых стягивающих рубцов, отмечено значительное улучшение эстетического состояния тканей и восстановление объёма движений в активных участках.

Выводы. Таким образом, местно-пластический способ хирургического устранения широких послеожоговых стягивающих рубцов - двойной противоположной Butterfly с квадратным лоскутом на подкожной питающей ножке (Double Opposing Butterfly with Subcutaneous Pedicled Square Flap-SPSF) позволяет одномоментно, в один этап, выполнить операцию по устранению широких стягивающих рубцов. Данный метод является рациональным решением в лечении этой сложной категории пациентов и отвечает двум основным требованиям: первое – это сохранение типичного кожного покрова, второе – устранение линии стягивания и натяжения.

Хамроев М.Ф., Абдурахимзода Ш., Шарифова Н.Б.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ ПО СХЕМАМ ЛИМБЕРГА И ДЮФЕРМЕНТАЛЯ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ И РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА

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

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Таджикистан
Научный руководитель – чл.-корр. НАНТ, д.м.н., профессор У.А. Курбанов

Цель исследования. Оценить эффективность применения кожных лоскутов Лимберга и Дюферменталья при устранении дефектов и рубцовых деформаций лица различной этиологии.

Материал и методы. Проведён анализ клинических случаев 21 пациента с дефектами мягких тканей лица, возникшими после удаления образований – 10 (47,6%), травматических повреждений – 4 (19%) и рубцовых деформаций – 7 (33,4%), прооперированных в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за последние 5 лет. Возраст больных варьировал от 6 до 56 лет, средний возраст составил 25 лет, по полу – 6 (28,6%) мужской и 15 (71,4%) – женского пола. По локализации дефекты и деформации чаще отмечались в области носа – 8 (38,2%), скуловой области – 5 (23,8%), губ – 4 (19%), а также в лобной, околоушной, щечной и подбородочной областях – 4 (19%). Площадь дефектов варьировала от 0,2см² до 12см². Для закрытия дефектов использовались ромбовидные лоскуты по Лимбергу в 4 случаях (19%) и их модификация по Дюферменталю в 17 случаях (81%). Оценивались размеры дефекта, локализация, степень натяжения тканей, послеоперационные осложнения, функциональные и эстетические результаты.

Результаты исследования. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые лоскуты прижились. Никаких ранних послеоперационных осложнений, включая гематому, инфекцию, нарушения кровообращения, частичную или полную потерю лоскута, не наблюдалось. Кожные швы сняты в на 7-10 сутки после операции. Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 5 лет изучены нами у всех пациентов. Применение лоскута Лимберга обеспечивало надёжное закрытие дефектов ромбовидной формы с равномерным перераспределением натяжения по линиям кожного напряжения. Метод отличался технической простотой и предсказуемостью результатов. Лоскут Дюферменталья позволял более рационально использовать окружающие ткани при асимметричных и неправильной формы дефектах, особенно в эстетически значимых зонах лица (нос, щёки, периорбитальная область). Во всех случаях достигнуто устранение дефектов и деформаций, значительное улучшение эстетического состояния тканей.

Выводы. Таким образом, лоскуты Лимберга и Дюферменталья являются эффективными и надёжными методами местной пластики при устранении дефектов и рубцовых деформаций лица. Выбор метода должен определяться локализацией, размерами и конфигурацией дефекта, а также состоянием окружающих тканей. Рациональное планирование разрезов с учётом линий кожного натяжения позволяет добиться оптимального функционального и эстетического результата.

Хамрокулзода Ф., Хасанов М.М., Риоева Н.С.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Оценить эффективность использования телемедицины для диагностики и наблюдения пациентов с ЛОР-заболеваниями.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения НМЦ «Шифобахш» с использованием платформы телемедицинских консультаций. В исследование включены 45 пациентов в возрасте от 5 до 65 лет с различными ЛОР-патологиями: острый и хронический тонзиллит, синусит, отит, аллергический ринофарингит.

Пациенты проходили дистанционное первичное консультирование, сбор анамнеза, оценку жалоб и симптомов с использованием видеоконсультации и цифровой фото- или видеосъёмки ЛОР-органов. Для оценки точности теледиагностики проведено последующее очное обследование всех пациентов. Статистическая обработка данных включала вычисление коэффициента совпадения диагнозов между дистанционной и очной консультацией, различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Согласно результатам, точность постановки диагноза по данным телемедицинской консультации составила 88,9% по сравнению с очным обследованием. Для отдельных патологий точность была следующей: хронический тонзиллит – 92%, острый отит – 85%, аллергический ринофарингит – 90%, синусит – 82%.

Пациенты и их семьи отметили удобство дистанционного наблюдения, экономию времени и снижение необходимости поездок в клинику. При анализе трудностей выявлено ограничение визуализации при сложных анатомических особенностях и необходимость дополнительного оборудования для эндоскопии в домашних условиях.

Выводы. Телемедицина в оториноларингологии демонстрирует высокую эффективность для первичной диагностики и наблюдения пациентов (точность 88,9%, $p < 0,05$). Дистанционные консультации позволяют сократить количество очных визитов, улучшить доступ к специалисту и повысить удовлетворённость пациентов. Ограничения связаны с визуализацией сложных ЛОР-патологий, поэтому телемедицину рекомендуется использовать в качестве дополнения к традиционному очному обследованию, особенно для динамического наблюдения и контроля терапии.

Хамрокулов Х.М.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Раззоков А.А.

Цель исследования. Улучшение результатов функционального лечения врождённого вывиха бедра у детей.

Материал и методы. Анализированы результаты функционального лечения у 106 детей с врождённым вывихом бедра в возрасте от 1 до 3 лет. Мальчиков было 34 (32,1%), девочек 72 (67,1%). Больные разделены на основную (45 - 42,5%) и контрольную (61 - 57,5%) группы. В контрольной группе применяли общепринятое функциональное лечение, в основной группе - оптимизированное функциональное лечение.

Результаты исследования. В отличие от общепринятого функционального лечения, где проводится одинаковое ежедневное отведение бедра, в основной группе лечение делили на два периода. С целью минимизации феномена «напряжения приводящих мышц» была оптимизирована тактика функционального лечения. На первом периоде угол ежедневного отведения определялся путём деления величины угла ограничения на общепринятый угол ежедневного отведения (6°). Причиной тому является отсутствие напряжения приводящих мышц до этого угла. Затем по завершению этого этапа на втором периоде тактика лечения зависит от степени напряжения приводящих мышц бедра. При отсутствии выраженного напряжения приводящих мышц угол ежедневного отведения и режим отведения при функциональном лечении были обычными. При выраженном ограничении отведения и напряжении приводящих мышц угол ежедневного отведения сокращается в два раза (до 3°) или при ежедневном режиме отведения бедра переходили на отведение через день в обычном режиме. На первом этапе, в связи с «привыканием» больных для этого угла отведения, темпы ежедневного отведения не отличались от контрольной группы. На втором этапе, где при дальнейшем отведении начиналось напряжение приводящих мышц, прибегали к двукратному снижению величины угла ежедневного отведения или к обычному темпу отведения в режиме через день. Степень напряжения приводящих мышц контролировали клинически путём их пальпации. Если через день наблюдалось отсутствие «привыкания» больного к отведению бедра, то с режимом отведения через день переходили к двухдневному перерыву отведения бедра. При изучении отдалённых результатов лечения частота асептического некроза в основной группе статистически была ниже по сравнению в контрольной группе (соответственно (11,1% и 34,4%, $p < 0,05$)). Достигнутые результаты объясняются максимальным снижением величины давления на головку бедра путём оптимизации темпов и режима отведения бедра в процессе функционального лечения, что, в свою очередь, способствовало статистически достоверному снижению частоты развития асептического некроза головки бедра по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Функциональное лечение врождённого вывиха бедра по предложенной методике способствует снижению частоты асептического некроза головки бедра при врождённом вывихе бедра.

Хасанова З.М., Алиева Н.А., Рахимова Н.Т.

РОЛЬ УСЛОВИЙ ОСВЕЩЁННОСТИ УЧЕБНОЙ И БЫТОВОЙ СРЕДЫ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Изучить влияние уровня освещённости учебной и бытовой среды на течение миопии у студентов медиков.

Материал и методы. В исследование были включены 134 студента медицинского университета с миопией различной степени. Всем участникам проведено офтальмологическое обследование, включающее определение некорригированной и максимально корригированной остроты зрения, авторефрактометрию в условиях циклоплегии, офтальмоскопию, ультразвуковую биометрию глаза методом А-сканирования с измерением длины передне-задней оси глазного яблока, а также оценку аккомодационной функции. Условия освещённости рабочих мест оценивались непосредственно в местах учебной и бытовой деятельности студентов с использованием люксметра. Полученные показатели классифицировались как достаточные (≥ 500 ЛК) или недостаточные (< 500 ЛК) в соответствии с действующими санитарно-гигиеническими нормативами. Дополнительно проводилось анкетирование, включающее данные о продолжительности зрительной работы на близком расстоянии, времени использования цифровых устройств, режиме зрительных перерывов, а также времени пребывания на открытом воздухе. Прогрессирование миопии определялось как изменение объективной рефракции $\geq -0,5$ диоптрии в течение одного года наблюдения. Статистическая обработка данных включала сравнительный анализ показателей между группами и корреляционный анализ изучаемых факторов.

Результаты исследования. Прогрессирование миопии выявлено у 30,4% обследованных студентов. Анализ условий зрительной среды показал, что среди студентов с прогрессирующим течением миопии значительно чаще отмечалась недостаточная освещённость рабочих мест. Так, уровень освещённости менее 500 лк регистрировался у 71,8 % студентов с прогрессирующей миопией, тогда как среди студентов со стабильным течением заболевания данный показатель составил 38,6% ($p < 0,05$). Кроме того, у данной группы наблюдалась меньшая продолжительность пребывания на открытом воздухе, которая в большинстве случаев не превышала 1 часа в сутки. Корреляционный анализ показал, что недостаточный уровень освещённости ассоциирован с увеличением длины передне-задней оси глаза по данным А-скан ультразвуковой биометрии ($r = 0,49$). Одновременно выявлена обратная связь между уровнем освещённости и показателями положительной относительной аккомодации ($r = -0,41$), что может свидетельствовать о повышенной функциональной нагрузке на акко-

модационный аппарат при работе в условиях недостаточного освещения. Также установлена статистически значимая связь между недостаточной освещённостью рабочего места и увеличением продолжительности использования цифровых устройств в вечернее время ($p < 0,05$).

Выводы. Недостаточная освещённость учебной и бытовой среды является важным средовым фактором, ассоциированным с прогрессированием миопии у студентов медицинского университета. Работа на близком расстоянии в условиях недостаточного освещения может способствовать повышению функциональной нагрузки на аккомодационный аппарат и увеличению длины передне-задней оси глаза. Полученные данные подчёркивают необходимость соблюдения санитарно-гигиенических требований к освещённости учебных и бытовых помещений, увеличения времени пребывания студентов на естественном дневном освещении и формирования рационального режима зрительной работы.

Хасанова З.М., Рахимова Н.Т., Бабаева Т.С.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ЗРИТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК

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

Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Оценить распространённость миопии среди студентов медицинского университета её прогрессированием в условиях высокой зрительной нагрузки.

Материал и методы. В исследование были включены 142 студента 1-6 курсов медицинского университета с установленной миопией различной степени. Всем участникам проведено комплексное офтальмологическое обследование, включающее определение некорригированной и максимально корригированной остроты зрения, авторефрактометрию в условиях циклоплегии, офтальмоскопию, а также ультразвуковую биометрию глаза методом А-сканирования с измерением длины переднезадней оси глазного яблока. Дополнительно проводилась оценка относительной аккомодации и состояния глазного дна. С целью выявления факторов риска выполнено стандартизированное анкетирование, отражающее особенности учебной и зрительной нагрузки студентов, ежедневную продолжительность использования цифровых устройств, соблюдение принципов зрительной гигиены, условия освещённости рабочего места, уровень физической активности и наличие миопии у ближайших родственников. Прогрессирование миопии определялось как изменение объективной рефракции $\geq -0,5$ диоптрии в течение 12 месяцев наблюдения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов сравнительного и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Прогрессирование миопии выявлено у 33,8% обследованных студентов. У данной группы отмечались более выраженные клинично-функциональные изменения по сравнению со студентами со стабильным течением миопии. В частности, выявлено достоверное увеличение длины передне-задней оси глаза по данным А-скан ультразвуковой биометрии (в среднем $25,6 \pm 0,5$ мм против $24,3 \pm 0,4$ мм в группе стабильной миопии, $p < 0,05$), а также снижение амплитуды аккомодации. Анализ анкетных данных показал, что студенты с прогрессирующей миопией проводили за цифровыми устройствами более 5 часов в сутки ($p < 0,05$), реже соблюдали рекомендованный режим зрительных перерывов (каждые 40–60 минут), имели более низкий уровень физической активности и чаще отмечали недостаточную освещённость рабочего места. Корреляционный анализ выявил статистически значимую связь между прогрессированием миопии и продолжительностью использования электронных устройств ($r = 0,58$), отсутствием регулярных зрительных перерывов ($r = 0,44$), а также наличием отягощённого семейного анамнеза по миопии ($r = 0,39$).

Выводы. Прогрессирование миопии у студентов медицинского университета связано преимущественно с воздействием модифицируемых факторов риска. К числу наиболее значимых факторов относятся длительная непрерывная зрительная нагрузка, интенсивное использование цифровых устройств, несоблюдение режима зрительных перерывов, недостаточная физическая активность и неблагоприятные условия освещения рабочего места. Полученные результаты подчёркивают необходимость разработки и внедрения профилактических мероприятий, направленных на оптимизацию зрительного режима и формирование рациональных визуальных привычек среди студентов.

Хасанова М.Р., Юсупов А.А., Гурезова М.Ф.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА У ВОКАЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ: ФОНИАТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент, Исмоилова М.А.

Цель исследования. Разработка рекомендаций по профилактике заболеваний голосового аппарата.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 48 профессиональных вокалистов, разделённых на две группы: стажёры и солисты с наибольшим опытом – 26 человек (10 женщин, 16 мужчин). Вокалисты с большим профессиональным опытом – 22 человека (9 женщин, 13 мужчин).

Заболеваемость голосового аппарата составила 61% у стажёров и 39% у опытных вокалистов. Функциональные и органические нарушения распределялись следующим образом: у стажёров — 59% функциональные, 41% органические; у опытных — 83% функциональные, 17% органические.

Обследование включало: эндоларингоскопию гортани, слуховую оценку голоса, время максимальной фонации.

Результаты исследования. Функциональная перегрузка голосового аппарата является ключевым фактором риска профессиональных заболеваний. Наиболее неблагоприятно воздействуют «твёрдая» вокальная ата-

ка, форсирование звука и горловой тип фонации.

У начинающих вокалистов нарушения усугубляются недостаточно сформированной техникой и педагогическими просчётами; психоэмоциональное напряжение способствует развитию функциональных и органических нарушений. В опытной группе частота патологий ниже благодаря сформированной технике и опыту управления нагрузкой.

Применение разработанных рекомендаций — равномерное распределение нагрузки, подбор партий по техническим и артистическим возможностям, контроль фониатра и соблюдение режима работы — снизило заболеваемость голосового аппарата у исследованных групп на 15–20%.

Вывод. Для профилактики рекомендуется учитывать тип голоса и уровень подготовки, исключать нерациональные певческие приёмы, формировать физиологически обоснованные механизмы голосообразования и привлекать психолога при необходимости.

Хасанова Н. М.

ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.

Кафедра хирургических болезней в семейной практике «Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино». Узбекистан.

Научный руководитель — д.м.н., профессор Абдурахманов М.М.

Цель исследования. Оценить клинко-иммунологическую эффективность применения обогащённой тромбоцитами аутоплазмы в лечении лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы. За период с 2023-по 2025гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского филиала Республиканского специализированного Научно-практического Медицинского Центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР), обследованы 123 пациента, страдающими лейкоплакией слизистой оболочки полости рта, которые распределены на две группы. В группе сравнения, насчитывающей 65 человек, лечение включало комплекс мероприятий: от санации ротовой полости до использования кератопластических средств локального и системного действия, а также хирургическое вмешательство при необходимости. Основная группа, состояла из 58 больных, которым помимо традиционного лечения, использовали местную терапию обогащённой тромбоцитами аутоплазмы (ОТП). Процедура включала введение ОТП инъекциями на расстоянии 1 мм от границ поражённого участка, которые производились в трех точках, равномерно размещённых вокруг зоны распространения лейкоплакии. Объем каждой инъекции составлял от 0, 5 до 0, 6 мл, который производился в каждой точке, на курс лечения три раза, с интервалом в 10 дней. Параллельно проводилась местная аппликация ОТП на поражённые лейкоплакией участки СОПР, три раза в день с экспозицией 15-20 минут, на протяжении 45 дней. В терапевтическую схему было включено, также использование иммуномодулирующего препарата имунофан. Пациенты получали его в дозировке 1 мл один раз в сутки через день, всего 5 инъекций.

Результаты исследования. В основной группе, где использовались инъекции ОТП, наблюдалось улучшение состояния у большинства пациентов. Заживление поражённых участков происходило более активно, а симптомы воспаления снижались значительно быстрее по сравнению с группой сравнения. Применение аппликаций способствовало более эффективной очистке ран от воспалительных элементов и ускорению процесса регенерации тканей. Анализируя результаты, мы оценивали два ключевых показателя: диаметр и толщину лейкоплакии. Диаметр лейкоплакии до лечения, в основной группе в среднем составлял 1,0 см, в группе сравнения 0,6 см,. После лечения диаметр лейкоплакии уменьшился в обеих группах, в основной группе до 0,35 см, а в группе сравнения — до 0,5 см. Статистическая значимость этих изменений в основной группе была подтверждена ($p=0,005$), в то время как в группе сравнения статистически значимых изменений не наблюдалось ($p>0,05$). Толщину лейкоплакии, до лечения в обеих группах были зафиксированы схожие показатели: в основной группе медиана составила 0,2 см, в группе сравнения — 0,16 см, без значимого статистического различия ($p>0,05$). После лечения наблюдалось уменьшение толщины лейкоплакии в обеих группах: в основной группе до 0,075 см, в группе сравнения — до 0,1 см.

Выводы. В результате использования обогащённой тромбоцитами аутоплазмы и иммунорегуляции иммуномодулирующим препаратом имунофан, показывают более выраженное улучшение показателей в основной группе по сравнению с группой сравнения, особенно в отношении уменьшения диаметра лейкоплакии, что свидетельствует о более эффективном лечении в этой группе.

Хасанова С.А., Муродова П.Ф., Курбанова Г.Н.

ГИПОТОНУСНАЯ ДИСФОНΙΑ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ.

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

Научный руководитель — к.м.н., доцент Исмоилова М.А.

Цель исследования. Изучить частоту, клинические проявления и эндоскопические особенности гипотонусной дисфонии у пациентов с гипотиреозом.

Материал и методы. Обследовано 28 пациентов с лабораторно подтверждённым гипотиреозом, обратившихся с жалобами на нарушение голосовой функции. Всем пациентам проводились: клинический осмотр, оценка голосовой функции, видеоларингоскопия с анализом характера смыкания голосовых складок и амплитуды их вибрации, а также исследование гормонального профиля (ТТГ, свободный Т4).

Оценивались тембр, сила и выносливость голоса, наличие охриплости, голосовой утомляемости и дискомфорта в гортани.

Результаты исследования. Гипотонусная дисфония диагностирована у 22 из 28 пациентов (78,6%). У 6

пациентов (21,4%) нарушения носили нестойкий характер без выраженных признаков гипотонии. Среди пациентов с гипотонусной дисфонией (n=22) наиболее частыми жалобами были: охриплость голоса – у 20 (90,9%); снижение силы и звучности – у 18 (81,8%); быстрая голосовая утомляемость – у 16 (72,7%); ощущение сухости или комка в горле – у 12 (54,5%).

По данным видеоларингоскопии у пациентов с дисфонией выявлены: неполное смыкание голосовых складок по типу овальной щели – 8 (36,4%); продольная щель при фонации – у 11 (50%); утолщение и отёчность голосовых складок – у 12 (54,5%); снижение амплитуды их колебаний – у 12 (54,5%).

Указанные признаки нередко сочетались у одного пациента. Ларингоскопическая картина соответствовала снижению тонуса внутренних мышц гортани, преимущественно m.vocalis, а также микседематозному отёку слизистой оболочки.

У всех обследованных отмечалось повышение уровня ТТГ и снижение свободного Т4 различной степени выраженности.

Выводы. Гипотонусная дисфония является частым проявлением гипотиреоза и обусловлена сочетанием нейромышечной слабости и микседематозных изменений слизистой оболочки гортани. Видеоларингоскопия позволяет объективно оценить характер нарушения смыкания голосовых складок и степень функциональных изменений.

Комплексный междисциплинарный подход с участием эндокринолога, с проведением заместительной гормональной терапии и фonoпедической реабилитации способствует постепенному восстановлению голосовой функции и предупреждению хронизации нарушений.

Хикматов М.Н., Шаропов Д.Б.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ОРБИТЫ И ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Отделения микрохирургия глаза Национального медицинского центра, Ташкент, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Агзамова С.С.

Цель исследования. Уточнить офтальмологическую симптоматику и оптимизировать тактику ведения пациентов с травмами костных структур орбиты и глазного яблока в остром периоде черепно-мозговой травмы.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования 45 пациентов с травмами орбиты, наблюдавшихся в 2024–2025 гг. в консультативной поликлинике Национального медицинского центра г. Ташкента и в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре оториноларингологии и болезней головы и шеи. В исследование включены пациенты с сочетанными повреждениями орбиты и глазного яблока. Применялись общеклинические и офтальмологические методы обследования, рентгенография орбит, а также компьютерная томография при наличии диагностических затруднений. Оценивали остроту зрения, состояние глазного яблока, подвижность глаза, наличие диплопии, дистопии, энофтальма и признаков травматической оптической нейропатии.

Результаты исследования. Среди обследованных преобладали мужчины — 91,4%; возраст пациентов составил от 18 до 60 лет, при этом большинство находилось в трудоспособном возрасте. Наиболее часто пациенты обращались к офтальмологу на 4–10-е сутки после травмы — в 37% случаев. Повреждения глазного яблока выявлены у 20,0% пациентов и сочетались с переломами стенок орбиты и открытой травмой глаза. Закрытые переломы костных стенок орбиты при контузионной травме отмечены у 80% пострадавших. Среди переломов средней зоны лица преобладали переломы нижней стенки орбиты — 31,0%, костей носа — 33,3%, медиальной стенки орбиты — 17,4%. Ведущими офтальмологическими проявлениями были нарушения окуломоторики, дистопия глазного яблока и диплопия, которая наблюдалась у 31,6% пациентов. Энофтальм выявлен у 25,3% больных. Контузии органа зрения различной степени тяжести зарегистрированы у 35,3% пострадавших, а травматическая оптическая нейропатия — у 38,0%. У 4 (11,0%) из 45 пациентов при первичном осмотре и рентгенографии признаки перелома орбиты не были выявлены; диагноз был уточнен только после выполнения компьютерной томографии через 7–14 дней после травмы.

Выводы. Сочетанные травмы орбиты сопровождаются высоким риском зрительных нарушений и нередко остаются недооцененными на раннем этапе обследования. Наиболее значимыми клиническими признаками являются дистопия, ограничение подвижности глазного яблока, диплопия, энофтальм и травматическая оптическая нейропатия. Включение компьютерной томографии в алгоритм ранней диагностики позволяет своевременно выявлять скрытые переломы стенок орбиты, уточнять характер повреждения и определять оптимальную лечебную тактику.

Хочаев Р.А.

ПЕШГИРИИ СИНДРОМИ НЕЙРОДИСТРОФИИ ПОСТТРАВМАТИКИИ ЗУДЕК ҲАНГОМИ ШИКАСТИ ҚИСМИ ДИСТАЛИИ УСТУХОНИ СОИД ДАР ЗАНОНИ БИСЁРТАВАЛЛУДКАРДА БО ОСТЕОПОРОЗИ МЕНОПАУЗАЛЙ

Кафедраи травматология, ортопедия ва чарроҳии харбӣ-саҳроии
МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – д.м.н., профессор Раззоқов А.А.

Мақсади таҳқиқот. Бехтар намудани натиҷаҳои пешгирии синдроми нейродистрофии посттравматикӣ (СНПЗ) ҳангоми шикасти қисми дисталии устухони соид (ШҚДУС) дар занони бисёртаваллудкарда бо остеопорозии менопаузалий.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот ба омӯзиши натиҷаҳои таъхис ва табобати комплекси 204 зан бо ШҚДУС ва остеопорози менопаузали, ки синнашон аз 40 сол боло буд, асос ёфтааст.

Вобаста ба тактикаи пешгирии СНПЗ, беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд:

- гурӯҳи асосӣ (бо истифодаи усулҳои пешниҳодшудаи профилактикӣ);
- гурӯҳи назоратӣ (бе гузаронидани чорабиниҳои профилактикӣ).

Ба гурӯҳи асосӣ 95 нафар (46,6%), ба гурӯҳи назоратӣ 109 нафар (53,4%) бемор дохил шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Чорабиниҳои профилактикӣ чунин самтҳоро дар бар мегирифтанд: таъхиси комплекси остеопороз бо истифодаи денситометрия, усули FRAX, томографияи компютерӣ (КТ), методикаи баллиси таъхиси остеопорози Раззоқов, инчунин муайян намудани микдори калсий дар хун; таъйини терапияи базисии патогенетикии остеопороз (препаратҳои калсий бо витамини D3, бисфосфонатҳо ва ғайра); табобати мувофиқи синдроми дард, махсусан дар ҳафтаи аввали баъди осеб (аналгетикҳо, блокадаҳои дохилиустухонӣ ва ғайра); кам намудани варами посттравматикӣ дар минтақаи шикаст (иммобилизатсия бо лонгета хангоми варами шадиди бофтаҳои мулоим, буриши саривактии гипси давршакл, нигоҳ доштани узви осебдида дар ҳолати баланд, инчунин истифодаи дорухи Флебодиа, магнитотерапия ва терапияи зарбагии мавҷи ва ғайра); иҷрои остеосинтези каминвазивӣ бо спитсҳо таҳти назорати ЭОП дар ҳолати шикастҳои ноустувор.

Хангоми таҳлили натиҷаҳои табобат, басомади СНПЗ дар гурӯҳи асосӣ 14 ҳолат (14,7%), дар гурӯҳи назоратӣ — 35 ҳолат (32,7%)-ро таъкил дод ($p < 0,05$).

Хулоса. Татбиқи чорабиниҳои комплекси пешниҳодшуда усули самаранокӣ бехтар намудани натиҷаҳои табобати шикасти қисми дисталии устухони соид ва пешгирии синдроми нейродистрофии посттравматикӣ дар занони бисёртаваллудкара бо остеопорози менопаузали мебошад.

Ходжиева Р.Х.¹, Сафарзода И.С.².

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

² Медицинский комплекс «Истиклол», г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Холматов Дж.И.

Цель исследования. Оценка эффективности диагностики тугоухости у детей дошкольного и раннего возраста.

Материал и методы. В условиях детского ЛОР-отделения ГУ МЦ «Истиклол» и ГУ НМЦ «Шифобахш» были исследованы 30 детей дошкольного и раннего возраста с разной формой тугоухости. Детей раннего возраста было 10, из них 7 мальчиков и 3 девочки. Дети дошкольного возраста (20) от 2-х до 7 лет, из них 12 девочек и 8 мальчиков. Все пациенты обращались с жалобами на снижение слуха и безрезультатное неоднократное консервативное лечение по месту жительства. В настоящее время в качестве скринингового метода для ранней диагностики нарушений слуха у новорождённых детей наиболее широко применяется регистрация ОАЭ-отоакустической эмиссии. При исследовании слуха у детей дошкольного возраста было проведено исследование тональной пороговой аудиометрии и импедансометрии, которые измеряют остроту слуха посредством определения слуховой чувствительности к звуковым волнам различной частоты и позволяют исследовать как костную, так и воздушную проводимость. С помощью аудиометрии можно проводить функциональные тесты для диагностики пороговой дифференциальной чувствительности, интенсивности и маскировки звуковых сигналов. При исследовании патология слуха обнаружена в основном у детей дошкольного возраста. При тональной пороговой аудиометрии и импедансометрии у 40% больных определили снижение слуха на уровне низких и средних частот - кондуктивная тугоухость 1-2 степени. Сочетание тональной пороговой аудиометрии и акустической импедансометрии даёт возможность не только выявить не диагностированные ранее нарушения слуха, в том числе минимальные 20-30 дБ, но и своевременно осуществить дифференциальную диагностику патологии среднего и внутреннего уха. Основной причиной понижения слуха явился ЭОС - экссудативный средний отит. При отоскопии определили тусклый цвет барабанной перепонки, нечёткость контуров барабанной перепонки, втянутость и местами образование ретракционных карманов, а также определилось наличие жидкости в барабанной полости.

Результаты исследования. При лечении ЭСО применяют консервативные и хирургические методы. Хирургическое лечение в большинстве случаев рекомендуется при неэффективности консервативной терапии и при сроках заболевания более 4-х недель. Всем больным было проведено лечение консервативным методом: активное наблюдение пациента, применение антибиотиков, антигистаминных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, деконгестантов и санация полости носа с солевыми растворами. Таким образом, в большинстве случаев основной причиной развития ЭСО является патология носа и носоглотки. Тональную пороговую аудиометрию и импедансометрию проводили через 2-3 недели после лечения, у всех больных отмечалось улучшение слуховой функции, пороги воздушного звукопроведения снизились до уровня тугоухости 0 степени. При отоскопии отмечались чёткие контуры барабанной перепонки, отсутствие признаков содержимого в барабанной полости, подтвержденной импедансометрией.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика и рациональная консервативная терапия будут способствовать сохранению слуховой функции у детей и их полноценному развитию и социальной адаптации. Применение тональной пороговой аудиометрии в сочетании с импедансометрией и ОАЭ – отоакустической эмиссии для диагностики слуха у детей раннего и дошкольного возраста позволяют определить слуховые расстройства и состояние среднего уха.

Ходжиева Р.Х.¹, Сафарзода И.С.².

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ФОРМЫ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

² Медицинский комплекс «Истиклол», г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Холматов Дж. И.

Цель исследования. Совершенствование диагностики и лечения наследственной тугоухости у детей раннего возраста.

Материал и методы. В условиях детского ЛОР - отделения ГУ МЦ «Истиклол» и ГУ НМЦ «Шифобахш» были исследованы 25 детей раннего возраста с наследственной формой тугоухости. Мальчиков было 15, девочек - 10. Возраст - ранний детский (0-3-х) лет. Все пациенты обращались повторно после безрезультатного неоднократного консервативного лечения по месту жительства. Со слов родителей жалобы на снижение слуха и задержка речевого развития. При отоскопии барабанная перепонка выглядит здоровой - перламутрового цвета с четкими ориентирами. Для определения тугоухости проводилась отоакустическая эмиссия (ОАЭ) - это слабые звуковые колебания, генерируемые наружными волосковыми клетками органа Корти, при котором у всех больных определяли разной степени снижение слуха. В том числе проводилась регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП), - отражающих электрофизиологическую активность структур слухового проводящего пути регистрируемые с поверхности головы в ответ на акустическую стимуляцию. Из результатов исследования в виде комплекса положительных пиков (волны I-V) самым стабильным является V пик. Кроме того, по показаниям 10 пациентов (с отягощенной наследственностью) направили на цитогенетический анализ для выявления структурных и числовых аномалий хромосом.

Результаты исследования. Регистрация звуковых колебаний от наружных волосковых клеток при ОАЭ показала отсутствие эмиссии, «Refer»-тест не пройден у 10 детей. Для уточнения диагноза провели регистрацию КСВП - данный метод позволил определить минимальный уровень звука, вызывающий реакцию мозга, спящему малышу на лоб и мочку уха помещали три электрода, после чего в уши ребёнка подавали сигналы различной громкости, а с помощью электродов фиксировали ответ ствола мозга на стимулы, в результате было установлено, что V пик не определялся при стимулах до 90 дБ, и выявлялся не стабильный ответ на стимулы в 100 дБ, что свидетельствовало о тугоухости высокой IV- ой степени. Исследование кариотипирования хромосом у 2 детей показало гомозиготную делецию 15q15.3 (STRC) - что показывало на этиологию наследственной тугоухости.

Выводы. Таким образом, наследственная тугоухость у детей раннего возраста - это врожденное нарушение слуха, вызванное генетическими мутациями, и проявляется снижением слуха разной степени. После тщательного всестороннего обследования слуха, включая цитогенетическое обследование крови, рекомендуется цифровое слухопротезирование, либо кохлеарная имплантация (КИ). КИ рекомендуется проводить детям со стойкой степенью тугоухости. В настоящее время данное лечение является единственным эффективным способом реабилитации пациентов, страдающих тугоухостью и глухотой. Приоритет в оказании помощи предоставляется детям раннего возраста до 3 лет.

Холбеков А.М., Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПНОГО МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (STEP-UP APPROACH) У ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Кафедра Хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Оценить эффективность этапного минимально инвазивного лечения у пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Материал и методы. В исследование включены 38 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Диагноз верифицирован на основании клинико-лабораторных данных, КТ с контрастированием и микробиологического исследования. Пациенты разделены на две группы. Основная группа (n=20): лечение по принципу step-up approach – первым этапом чрескожное пункционное дренирование под УЗ-навигацией, при неэффективности – видеоретроперитонеоскопические некрсеквестрэктомии, затем – открытые вмешательства. Группа сравнения (n=18): традиционные открытые операции (лапаротомия, оментобурсостомия, этапные санации). Оценивали частоту осложнений, летальность, количество операций, продолжительность госпитализации.

Результаты исследования. У 70% (14 из 20) пациентов основной группы удалось ограничиться только чрескожным дренированием, при этом средняя продолжительность дренирования составила 18,4±4,2 дня. Видеоретроперитонеоскопия потребовалась 25% (5 из 20) пациентов (в среднем 2,2±0,4 санации на пациента). Открытые операции выполнены 5% (1 из 20) при неэффективности малоинвазивных методов и распространенном забрюшинном процессе. В группе сравнения количество этапных санаций составило в среднем 3,8±0,9 на пациента.

Частота осложнений в основной группе составила 35% (7 из 20), в группе сравнения – 72% (13 из 18) ($\chi^2=5,82$, $p=0,016$). Аррозивные кровотечения отмечены у 5% (1 из 20) в основной группе и у 28% (5 из 18) в контрольном ($p=0,047$). Кишечные свищи развились у 10% (2 из 20) против 33% (6 из 18) ($p=0,046$). Панкреатические свищи – у 15% (3 из 20) против 39% (7 из 18) ($p=0,048$). Сроки купирования синдрома системной воспалительной реакции (нормализация температуры, лейкоцитоза, СРБ) составили 7,2±1,8 дня в основной группе и 12,6±2,4 дня в контрольном ($p<0,001$).

Летальность в основной группе – 10% (2 из 20), в группе сравнения – 33% (6 из 18) ($\chi^2=4,26$, $p=0,039$). Продолжительность госпитализации составила $28,3\pm4,1$ дня против $41,5\pm5,8$ дня ($p<0,001$). Качество жизни по шкале SF-36 через 6 месяцев: физический компонент – $68,4\pm5,2$ балла в основной группе против $54,7\pm6,1$ в контрольном ($p<0,01$), психический компонент – $71,2\pm4,8$ против $59,3\pm5,6$ ($p<0,01$).

Выводы. Этапное минимально инвазивное лечение достоверно снижает частоту осложнений (с 72% до 35%) и летальность (с 33% до 10%) при инфицированном панкреонекрозе. Чрескожное дренирование под лучевым контролем эффективно у 70% пациентов как окончательный метод лечения на первом этапе. Видеоретроперитонеоскопия обеспечивает адекватную санацию забрюшинного пространства с меньшей травматичностью по сравнению с открытыми операциями. Открытые вмешательства показаны при неэффективности малоинвазивных методов и распространенных гнойно-некротических процессах, однако их применение должно быть ограничено.

Холбеков А.М., Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кафедра Хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Оптимизировать хирургическую тактику у пациентов с тяжелым острым билиарным панкреатитом.

Материал и методы Проведен ретроспективно-проспективный анализ лечения 41 пациента с тяжелым острым билиарным панкреатитом в период 2020–2025 гг. Критерии включения: уровень амилазы >3 норм, наличие желчнокаменной болезни (подтвержденной УЗИ), тяжелое течение (APACHE II ≥ 8 , Ranson ≥ 3 , CRP >150 мг/л). Критерии исключения: алкогольный и другие небилиарные панкреатиты, возраст <18 или >80 лет, беременность, онкопатология.

Всем пациентам при поступлении выполняли УЗИ, МР-холангиопанкреатографию (МРХПГ) для оценки состояния желчных протоков, а также КТ с внутривенным контрастированием на 3-5 сутки для оценки распространенности панкреонекроза. Тяжесть состояния оценивали по шкалам APACHE II (средний балл $12,8\pm3,1$), Ranson ($3,7\pm0,8$), SOFA ($5,2\pm1,6$). В зависимости от тактики лечения пациенты разделены на три группы, сопоставимые по основным клиническим параметрам. Группы: 1-я ($n=14$): консервативное лечение с отсроченной холецистэктомией через 6 недель; 2-я ($n=15$): ранние вмешательства (первые 48-72 ч) – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией; 3-я ($n=12$): вмешательства на 3-5 сутки – лапароскопическая холецистэктомия с холангиографией. Все пациенты получали стандартную интенсивную терапию (инфузионную, антисекреторную, антибактериальную по показаниям). Оценивали: частоту рецидивов панкреатита в период ожидания операции, успешность эндоскопических вмешательств, частоту осложнений (кровотечения, перфорации, постманипуляционный панкреатит), длительность госпитализации, летальность. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета Statistica 12.0, применяли дисперсионный анализ ANOVA и χ^2 -критерий.

Результаты исследования. Холедохолитиаз выявлен при МРХПГ у 68% (28 из 41) пациентов. Механическая желтуха (билирубин >40 мкмоль/л) отмечена у 44% (18 из 41) пациентов.

В 1-й группе (отсроченная холецистэктомия) рецидив панкреатита в период ожидания операции произошёл у 21% (3 из 14) пациентов, потребовавших экстренной госпитализации. Во 2-й группе (ранняя ЭПСТ) успешная ЭПСТ с полной литоэкстракцией выполнена у 87% (13 из 15), у 13% (2 из 15) потребовались повторные вмешательства из-за резидуальных камней. Осложнения ЭПСТ отмечены у 13% (2 из 15): кровотечение (1) – остановлено эндоскопически, острый панкреатит после ЭПСТ (1) – купирован консервативно. В 3-й группе (лапароскопическая холецистэктомия на 3-5 сутки) переход на открытую холедохолитотомию потребовался у 17% (2 из 12) из-за крупных вклиненных камней; интраоперационная холангиография выявила холедохолитиаз у 33% (4 из 12), что потребовало послеоперационной ЭПСТ у 2 пациентов.

Летальность: в 1-й группе – 14% (2 из 14), во 2-й – 7% (1 из 15), в 3-й – 8% (1 из 12). Длительность госпитализации составила: в 1-й группе – $26,4\pm3,8$ дня, во 2-й – $19,2\pm2,7$ дня, в 3-й – $21,5\pm3,1$ дня ($p<0,05$ между 1-й и 2-й).

Выводы. Дифференцированный подход к хирургической тактике при тяжелом остром билиарном панкреатите достоверно улучшает результаты лечения, снижая летальность и частоту осложнений. Дифференцированный подход улучшает результаты лечения билиарного панкреатита. При холедохолитиазе показана ранняя ЭПСТ (первые 48-72 ч). Лапароскопическую холецистэктомию целесообразно выполнять на 3-5 сутки или через 4-6 недель. Выписка без холецистэктомии сопряжена с высоким риском рецидива.

Холикзода М.Ф., Пулодзода Г., Муслимов А.

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ НАМУДҶОИ ПАСТШУНАОИ ДАР БЕМОРОНИ ГИТРИФТОРИ ОТИТИ МУЗМИНИ МИЁНАИ ФАСОДНОК

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи. Абуали ибни Сино». Таджикистан

роҳбари илмӣ – н.и.т., доцент Махаммадиев А.А.

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузори самаранокии табобати зиддиневритикӣ хангоми отити миёнаи музмини фасоднок.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар солҳои 2024–2025 дар шӯъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии «Шифобахш» 36 нафар бемор бо ташхиси отити миёнаи музмини фасоднок таҳти назорат қарор доштанд. Синни беморон аз 18 то 42 солро ташкил медод. Аз шумораи умумӣ 20 нафар мард ва 16 нафар зан буданд. Беморон ба ду гуруҳ, ки ҳар кадом аз 18 нафар иборат буд, тақсим карда шуданд. Пеш аз оғози муолиҷа ба ҳамаи беморон муоинаи оториноларингологӣ ва тадқиқоти клиникӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аксари беморон аз фасодравӣ аз гӯш, садои гуввосмонанд дар гӯшҳо, пастшавии шунавоӣ ва дарди сар шикоят мекарданд. Хангоми муоинаи отомикроскопӣ дар гузаргоҳи берунии гӯш мавҷудияти фасод мушоҳида гардид. Пардаи табли дорои сурохиҳои шаклан доирашакл ё байзашакл буда, дар ковокии табли дар баъзе ҳолатҳо бофтаҳои гранулясионӣ низ ба назар мерасиданд. Дар беморон отити миёнаи музмини фасоднок бо давомнокии беморӣ аз 5 то 10 сол ба қайд гирифта шуда, бештар намудҳои пастшунавои сенсонеуралӣ ва омехта муайян гардиданд.

Дар натиҷаи тадқиқоти комплекси аудиологӣ пастшунавои сенсонеуралӣ дар 7 нафар бемор аз гуруҳи якум ва 6 нафар аз гуруҳи дуюм ошкор карда шуд. Пастшунавои омехта дар 3 нафар аз гуруҳи якум ва 3 нафар аз гуруҳи дуюм муайян гардид. Дар 7 нафар беморон бошад пастшунавои кондуктивӣ мушоҳида шуд. Ба ҳамаи беморон мутобиқи нақшаи муолиҷа амалиёти чарроҳии санатсионӣ гузаронида шуд. Пас аз чарроҳӣ беморон табобати зиддимикробӣ, зиддигистаминӣ ва зиддиаллергиякӣ гирифтанд. Ба беморони гуруҳи асосӣ илова бар ин табобати зиддиневритикӣ низ таъин карда шуд. Марҳилаи баъдичарроҳӣ ором гузашт ва нишонаҳои илтиҳоб дар муддати 7–8 рӯз пурра бартараф гардиданд. Натиҷаҳои санҷиши комплекси аудиологӣ дар давраи баъдичарроҳӣ нишон доданд, ки дар 11 нафар (84,6%) беморони гуруҳи асосӣ шунавоӣ ба андозаи 10–15 дБ бехтар шудааст.

Хулоса. Бо назардошти натиҷаҳои бадастомада метавон гуфт, ки истифодаи табобати зиддиневритикӣ хангоми отити миёнаи музмини фасоднок дар бехтар намудани фаъолияти асаби шунавоӣ нақши муҳим мебозад.

Холматов А.П., Додихудоев Р.А., Фарзонаи И.,

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургический болезней №1 имени академика К.М.Курбонова
Клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности перитонита как осложнения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и оценить эффективность комплексного хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное и ретроспективное исследование 82 больных с перитонитом различной этиологии, находившихся на лечении в Клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе. Всем пациентам проводилось комплексное обследование: оценка клинического статуса, лабораторные анализы (лейкоцитарный индекс интоксикации), ультразвуковая диагностика (УЗИ) и обзорная рентгенография. Анализировались причины развития процесса, тяжесть эндогенной интоксикации и результаты оперативных вмешательств.

Результаты исследования. В структуре этиологических факторов перитонита лидирующее место занял острый деструктивный аппендицит — 35 больных (42,7%). Далее по частоте следовали: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки — 20 больных (24,4%); острая кишечная непроходимость — 15 больных (18,3%); острый деструктивный холецистит — 12 больных (14,6%). У 95% пациентов (78 чел.) наблюдалась классическая клиническая картина: выраженный болевой синдром, положительные симптомы раздражения брюшины и нарастающие признаки системного воспалительного ответа (тахикардия > 90 уд/мин, лейкоцитоз > 12·10⁹/л). Основой успешного лечения послужила ранняя оперативная тактика (в среднем через 2,5 ± 0,5 часа от момента госпитализации), включавшая радикальное устранение источника инфицирования, тщательную интраоперационную санацию и адекватное дренирование всех отделов брюшной полости. Применение современных схем эмпирической антибактериальной терапии и инфузионно-детоксикационной поддержки позволило стабилизировать состояние больных и снизить риск развития ранних послеоперационных осложнений.

Выводы. Перитонит остается одним из наиболее тяжелых осложнений в абдоминальной хирургии. Ключевыми факторами улучшения результатов лечения являются ранняя диагностика, сокращение времени до оперативного вмешательства и проведение комплексной интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Холматова Х.К., Абдурахмонов У.Ж.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С КЛИНИЧЕСКИМИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ,
Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель, д.м.н., профессор Д. Р. Сангинов

Цель исследования. Изучить эффективность и рациональность использования современных методов визуализации опухоли.

Материал и методы. Нами изучены публикации по данной теме в источниках научной медицинской информации SCOPUS, PUBMED и Library

Результаты исследования. Существуют достаточно много данных подтверждающих, что ожирение свя-

зано с повышенным риском РМЖ и тяжестью течения в постменопаузе. Показано, по данным метаанализа, что коэффициент риска РМЖ у пациенток с ожирением составляет 1,12 (95% ДИ, 1,08–1,16) на каждые 5 кг/м² увеличение ИМТ. Также отмечено, что у женщин с высоким ИМТ, связанной с большим количеством жировой ткани молочной железы, наблюдается увеличение чувствительности обнаружения РМЖ на 3-36% по сравнению с нормальным весом. На этой основе Американский колледж радиологов разработал классификацию плотности ткани молочной железы, основанную на количестве фиброглангулярной ткани (плотная) и жировой ткани (менее плотная). Сахарный диабет, по данным метаанализов признан также независимым фактором риска развития рака молочной железы. Метаанализы подтверждают увеличение риска развития РМЖ у женщин с СД на 20-25%, а риск смертности от РМЖ повышается на 24-44%. Длительное применение инсулина приводит к повышению плотности ткани железы, которая является предиктором риска РМЖ.

Выводы. Существуют достаточно доказательства, что ожирение и СД являются факторами развития риска РМЖ. Плотность ткани молочной железы, связанная с метаболическим синдромом обуславливает высокие показатели ложноотрицательных результатов при визуализации процесса.

Холниёзов Ш.Ф., Далери С., Гуломов Ф.М.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

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

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель: д.м.н., доцент Сафедов Ф.Х.

Цель исследования. Оценка методов диагностики и хирургического лечения крипторхизма у детей.

Материал и методы. За последние 5 лет (с 2020г по 2025г) было ретроспективно проанализировано 100 (100%) историй болезней больных с крипторхизмом. Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш». Возраст детей колебался от 1 года до 15 лет. Правосторонний крипторхизм обнаружен у 60 (60%) больных, левосторонний крипторхизм обнаружен у 22 (22%) больных. Двухсторонний паховый крипторхизм у 10 (10%) больных. Абдоминальная форма крипторхизма у 7 (7%) больных. Эктопия яичек обнаружена у 1 пациента. Из них сельские - 68 (68%), городские - 32(32%) ребенка.

Все больные были разделены на две группы: контрольная - 30 (30%) больных, которые получили лечение с 2020 по 2022 г. Основная - 70 (70%) человек, которые были на обследовании и лечении с 2023 по 2025г.

Результаты исследования. За последние годы много нового внесено в учение о крипторхизме. Разработаны информативные методы диагностики, внедрены и успешно применяются современные хирургические технологии. При разновидности форм крипторхизма известны многочисленные методы оперативных коррекций. В настоящее время существует около 250 методов хирургического лечения крипторхизма. У 61 (61%) больного основной группы проводили орхопексию по методу Петривальского-Шумахера. У 23 (23%) пациентов контрольной группы проводили орхопексию по методу Соколова. У 6 (6%) пациентов при абдоминальном и тазовом расположении яичек проводили двухэтапную лапароскопическую орхопексию по методу Fowler-Stephens. У 9 (9%) больных проводили диагностическую лапароскопию при абдоминальной форме крипторхизма. У 1 (1%) больного при операционной находке было выявлено атрофированная форма яичка, при которой выполнена односторонняя орхоэктомия.

Выводы. Профилактика бесплодия и грамотное лечение заболевания позволят внести большой вклад в репродуктивное здоровье будущих мужчин. Профилактические осмотры подростков, диспансерное наблюдение за группой оперированных пациентов с назначением ультразвукового обследования и изучением гормонального статуса помогут повысить репродуктивный потенциал мужского населения.

Холов А. Д., Якубова А.А., Парпиев Т.Р.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ЗА 2025 ГОД В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ

Кафедра хирургических дисциплин №4 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность деятельности хирургического стационара ЦРБ Дангаринского района за 2025 год с учётом сроков госпитализации, оперативной активности и показателей летальности.

Материал и методы. При исследовании были использованы данные хирургического отделения Центральной больницы Дангаринского района за 2025 год. Изучены 501 амбулаторная карта пациентов с перенесёнными оперативными вмешательствами, их заболеваемость, сроки госпитализации, а также исход лечения.

Результаты исследования. За отчётный период в хирургическом отделении Центральной больницы Дангаринского района был госпитализирован 501 пациент. При проведении исследования мы разделили пациентов по срокам проведения оперативных вмешательств, оперативной активности и количеству летальных исходов. Анализ показал, что наиболее частым оперативным вмешательством была аппендэктомия – 437 случаев, это составляет 87% из всего количества проведённых оперативных вмешательств. Из них 273 случая поступили в стационар спустя 24 часа после начала заболевания. Также среди операций встречались лапаротомия по поводу острой непроходимости кишечника – 8 случаев, из них 2 случая – спустя 24 часа; операции при ущемленной грыжи – 31 случай, из них 3 случая - спустя 24 часа; 3 случая экстренной операции перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки и 2 случая внематочной беременности. Консервативное лечение было проведено пациентам с желудочно-кишечным кровотечением – 12 случаев, из них 4 случая поступили в стационар спустя 24 часа с момента начала заболевания; с острым холециститом – 4 случая, все 4 случая поступили спустя 24

часа и с острым панкреатитом – 4 случая, из них 2 случая – поступили к нам спустя 24 часа после начала заболевания. За анализированный период зарегистрированных случаев летальности среди оперированных и неоперированных пациентов отсутствуют.

Выводы. Данный анализ показал высокую оперативную активность врачей-хирургов, даже учитывая, что определённое количество пациентов поступило позднее 24 часов с момента начала заболевания. Результаты консервативного лечения также подтвердили высокий уровень оказания хирургической помощи стационара. Отсутствие летальных исходов среди выписанных пациентов указывает на эффективность лечебно-диагностической тактики и высокий уровень оказания медицинской помощи со стороны медицинского персонала стационара.

Холов А.Д., Якубова А.А., Зухуров М.М.

ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЖЕЛУДОЧНОГО ТРИХОБЕЗОАРА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Цель исследования. Предоставить подробное описание первого клинического случая желудочного трихобезоара больших размеров в практике отделения хирургии Центральной больницы Дангаринского района.

Материал и методы. Пациентка 47 лет 26.06.2025 года поступила в ЦРБ Дангаринского района с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту и ухудшение самочувствия. Диагноз установлен при УЗИ, где было определено наличие объёмного плотного образования. Была проведена дополнительно ФГДС, где удалось определить скопление волосяного комка в желудке.

Результаты исследования. Желудочный трихобезоар – заболевание встречающееся у молодых женщин, с редким исключением, характеризуется образованием плотных волосяных масс в желудке. По нашим предположениям данное состояние пациентки продолжается длительное время – около 20 лет. Особо ярковыраженной клиники не наблюдалось, только жалобы на тяжесть и боль в эпигастрии. Большинство пациентов с трихобезоаром страдают психическими расстройствами, включая трихотилломанию и трихофагию. В результате выдёргивания и проглатывания волос в течение многих лет и слипания их со слизью и пищей, у пациентки в желудке образовался трихобезоар больших размеров. В ходе операции из желудка пациентки был извлечён трихобезоар размерами 20-22см в длину и 13-15см в ширину, весом 1,6 кг. Визуально было видно, что трихобезоар из-за своих размеров полностью принял форму желудка и перешёл через её привратник в тонкую кишку, образовав так называемый «хвостик». Это состояние называется «Синдром Рапунцель». После успешно проведённой операции, для предупреждения рецидивов случая и дальнейшего лечения её психоэмоционального состояния, пациентка была направлена к психиатру.

Выводы. Анализируя данный клинический случай, мы пришли к выводу, что причиной увеличения данного образования до огромных размеров в желудке послужило отсутствие ярко выраженной симптоматики в течение долгого времени. Однако, несмотря на это, хирургам удалось успешно прооперировать трихобезоар желудка и предупредить развитие грозных осложнений в виде перфорации и кишечной непроходимости. Хотю сказать, что врачам, хирургам и рентгенологам следует рассматривать трихобезоары в качестве дифференциального диагноза у пациентов с жалобами на боль и опухолевидным образованием в животе для предупреждения описанного случая.

Холов Д.Д., Барфиев А.А., Абдурасулов Р.Н.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н, доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить влияние иммунно-метаболических нарушений на течение гнойно-некротических форм рожистого воспаления при сахарном диабете.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 110 пациентов с гнойно-некротическими формами рожистого воспаления мягких тканей. Основную группу составили 60 пациентов с сахарным диабетом, получавшие лечение по усовершенствованному алгоритму с учетом иммунологических и воспалительных маркеров. Контрольную группу составили 50 пациентов, у которых применялись традиционные методы лечения. У всех пациентов проводилась оценка клинического состояния мягких тканей, лабораторных показателей воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин-6, малоновый диальдегид), а также уровня гликемического контроля (глюкоза крови, HbA1c). Дополнительно выполнялись инструментальные методы диагностики, включая ультразвуковое исследование мягких тканей и компьютерную томографию для определения глубины, и распространенности гнойно-некротического процесса. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, χ^2 -критерия Пирсона и многофакторного логистического регрессионного анализа ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с сахарным диабетом течение рожистого воспаления характеризуется более тяжелыми воспалительными изменениями и высокой частотой гнойно-некротических осложнений. Средний уровень С-реактивного белка в основной группе составил $62,3 \pm 14,7$ мг/л, тогда как в контрольной группе — $41,6 \pm 11,2$ мг/л ($p < 0,001$). Повышение уровня интерлейкина-6 более 35 пг/мл наблюдалось у 46,7% пациентов основной группы и у 22,0% пациентов контрольной группы ($p = 0,003$).

Гнойно-некротические осложнения и глубокие тканевые дефекты выявлены у 38,3% пациентов основной группы и у 20,0% пациентов контрольной группы ($p = 0,02$). Применение усовершенствованной хирургической

тактики лечения с этапной некрэктомией и иммуномодулирующей терапией позволило сократить сроки очищения ран ($9,6 \pm 2,8$ суток против $13,4 \pm 3,5$ суток; $p < 0,001$) и уменьшить длительность госпитализации ($14,2 \pm 4,1$ суток против $19,6 \pm 5,3$ суток; $p < 0,001$).

Многофакторный регрессионный анализ показал, что независимыми факторами риска неблагоприятного течения заболевания являются повышение уровня HbA1c $> 8\%$ (OR=3,2; 95% ДИ 1,5–6,8; $p=0,002$), высокий уровень С-реактивного белка > 50 мг/л (OR=2,9; 95% ДИ 1,4–6,0; $p=0,004$) и выраженные нарушения микроциркуляции мягких тканей (OR=2,6; 95% ДИ 1,2–5,4; $p=0,01$).

Выводы. Гнойно-некротические формы рожистого воспаления у пациентов с сахарным диабетом характеризуются выраженными иммуновоспалительными нарушениями и более высоким риском осложнений. Использование биомаркерно-ориентированного подхода и усовершенствованной хирургической тактики лечения позволяет снизить частоту осложнений, ускорить заживление раневых дефектов и улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Холов Д.Д., Исакова Х.О., Холикова Н.Э.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ (IL-6, CRP) В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н, доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить прогностическое значение биомаркеров воспаления — интерлейкина-6 (IL-6) и С-реактивного белка (CRP) — для оптимизации хирургической тактики лечения гнойно-некротических форм рожистого воспаления у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 110 пациентов с гнойно-некротическими формами рожистого воспаления мягких тканей. Основную группу составили 60 пациентов, лечение которых проводилось с использованием биомаркерно-ориентированного алгоритма хирургической тактики. Контрольную группу составили 50 пациентов, получавших традиционное лечение (антибактериальная терапия и хирургическая обработка раны без учёта биохимических маркеров воспаления).

У всех пациентов определялись уровни CRP и IL-6 при поступлении и в динамике лечения. Проводилась оценка тяжести воспалительного процесса, глубины некротических изменений мягких тканей, сроков очищения ран и длительности госпитализации. Статистический анализ выполнялся с использованием t-критерия Стьюдента, χ^2 -критерия Пирсона и логистического регрессионного анализа для выявления независимых предикторов неблагоприятного течения заболевания ($p < 0,05$).

Результаты исследования. У пациентов с гнойно-некротическими формами рожистого воспаления на фоне сахарного диабета выявлено значительное повышение уровней воспалительных биомаркеров. Средний уровень CRP при поступлении составил $64,7 \pm 15,2$ мг/л в основной группе и $59,4 \pm 14,8$ мг/л в контрольной группе. Повышение уровня IL-6 более 40 пг/мл отмечалось у 48,3% пациентов.

Установлено, что высокий уровень CRP (> 50 мг/л) и IL-6 (> 35 пг/мл) достоверно ассоциируется с распространёнными гнойно-некротическими поражениями мягких тканей и необходимостью расширенной хирургической обработки. У пациентов с повышенными значениями данных маркеров чаще выполнялась этапная некрэктомия и более широкое дренирование очагов инфекции.

Использование биомаркерно-ориентированного подхода позволило сократить сроки очищения раневых дефектов ($9,8 \pm 3,1$ суток против $13,6 \pm 3,8$ суток; $p < 0,001$) и уменьшить длительность госпитализации ($14,7 \pm 4,5$ суток против $19,3 \pm 5,1$ суток; $p < 0,001$). Частота послеоперационных осложнений в основной группе снизилась до 21,7%, тогда как в контрольной группе составила 36,0% ($p=0,04$).

Логистический регрессионный анализ показал, что повышение CRP более 50 мг/л (OR=3,1; 95% ДИ 1,4–6,7; $p=0,003$) и IL-6 более 35 пг/мл (OR=3,5; 95% ДИ 1,6–7,4; $p=0,002$) являются независимыми предикторами развития гнойно-некротических осложнений и необходимости расширенного хирургического вмешательства.

Выводы. Биомаркеры воспаления CRP и IL-6 обладают высокой прогностической значимостью при гнойно-некротических формах рожистого воспаления у больных с сахарным диабетом. Использование их в клинической практике позволяет более точно определять тяжесть воспалительного процесса, обосновывать объём хирургического вмешательства и повышать эффективность лечения данной категории пациентов.

Холов Д.Д., Абдурасулов А.А., Мамаджонов И.А.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВОВ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Выявить клиничко-лабораторные факторы риска рецидивов гнойно-некротических форм рожистого воспаления при сахарном диабете.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 110 пациентов с гнойно-некротическими формами рожистого воспаления мягких тканей. Основную группу составили 60 пациентов с сахарным диабетом, получавшие лечение по усовершенствованному алгоритму с учетом иммунологических и метаболических показателей. Контрольную группу составили 50 пациентов, у которых применялись традиционные методы лечения.

У всех пациентов проводилась оценка клинического течения заболевания, уровня гликемического кон-

троля (глюкоза крови, HbA1c), биохимических маркеров воспаления (CRP, IL-6), а также состояния микроциркуляции тканей. Анализировались частота рецидивов заболевания в течение 12 месяцев, длительность заживления раневых дефектов и частота послеоперационных осложнений. Статистическая обработка данных включала χ^2 -критерий Пирсона, t-критерий Стьюдента и многофакторный логистический регрессионный анализ ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Установлено, что рецидивы рожистого воспаления чаще наблюдаются у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом и выраженными воспалительными нарушениями. Частота рецидивов в течение 12 месяцев составила 31,7% у пациентов контрольной группы и 18,3% у пациентов основной группы ($p = 0,04$).

Повышение уровня HbA1c более 8% отмечалось у 43,6% пациентов с повторными эпизодами заболевания. У данной категории пациентов также наблюдалось достоверное повышение уровня CRP ($58,4 \pm 13,6$ мг/л) и IL-6 ($42,7 \pm 11,9$ пг/мл).

Многофакторный регрессионный анализ показал, что независимыми факторами риска рецидива заболевания являются:

- уровень HbA1c $> 8\%$ (OR=3,4; 95% ДИ 1,6–7,0; $p = 0,002$),
- повышение CRP > 50 мг/л (OR=2,9; 95% ДИ 1,3–6,2; $p = 0,006$),
- выраженные нарушения микроциркуляции мягких тканей (OR=2,5; 95% ДИ 1,2–5,1; $p = 0,01$).

Применение усовершенствованной хирургической тактики лечения в сочетании с коррекцией метаболических нарушений позволило сократить сроки заживления ран ($10,1 \pm 3,2$ суток против $13,8 \pm 3,9$ суток; $p < 0,001$) и снизить частоту повторных эпизодов заболевания.

Выводы. Рецидивы гнойно-некротических форм рожистого воспаления у пациентов с сахарным диабетом тесно связаны с декомпенсацией углеводного обмена и выраженной воспалительной реакцией. Контроль уровня HbA1c и мониторинг биомаркеров воспаления позволяют выявлять пациентов группы высокого риска и оптимизировать хирургическую тактику лечения.

Холов И.Ш., Солехов А.С., Мансуров М.Х.

ПЛАСТИКА ЛИХТЕНШТЕЙНА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель к.м.н., доцент Холбаев С.А.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения паховых грыж пластикой по способу Лихтенштейна.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 65 пациентов с паховыми грыжами. Все прооперированные – мужчины. Возраст больных от 25 до 86 лет. Прямые паховые грыжи имелись у 21 (32,3%) больных; большие косые грыжи – у 14 (21,5%); рецидивные грыжи диагностированы у 30 (46,2%) больных. При обследовании у 16 (24,6%) пациентов имелись различные сопутствующие патологии.

Результаты исследования. При выполнении операции с целью обезболивания у 27 (41,5%) больных применялась местная инфильтративная анестезия, перидуральное обезболивание использовано в 34 (52,3%) случаях, общий наркоз имел место у 4 (6,1%) больных. Во время операции особое значение придаём минимальному травмированию тканей и гемостазу. На этапе пластики позади семенного канатика вставляется полипропиленовая сетка, размером примерно 6x12 см. Впоследствии сетка прорастает соединительной тканью, и внутрибрюшинное давление по ней распространяется равномерно. Послеоперационные осложнения: в 26 (10,4%) случаях наблюдался незначительный отёк мошонки, который полностью проходил в течение 10-14 суток после операции. Возникновение данного осложнения связываем с сдавлением семенного канатика в отверстие, создаваемом в сетчатом имплантате; у 13 (5,2%) больных, оперированных по поводу рецидивных грыж, в послеоперационный период и в период проводимых контрольных осмотров в зоне операции имелись участки нарушения чувствительности, что связываем с травмой нервных стволов при рассечении рубцовых тканей. Консервативное лечение после операции включало: антибактериальную терапию, обезболивание, профилактику тромбозомбических осложнений. Летальных исходов не было. Отдалённые результаты путём телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 102 (40,8%) больных, рецидивов грыж не отмечено. Самочувствие пациентов хорошее. Отдалённые результаты путём телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 32 (48,8%) больных, рецидивов грыж не отмечено. Самочувствие пациентов хорошее.

Вывод. Таким образом, грыжесечение по методике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки является операцией выбора у пациентов с прямыми, с большими косыми, рецидивными паховыми грыжами. Строгое соблюдение операционной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяет избежать развития осложнений на различных этапах лечения.

Холов И.Ш., Хочияи М., Халтачев Р.Н.

СИСТЕМНЫЕ СОСУДИСТЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель-ассистент Абдуллоев Дж.К.

Цель исследования. Изучить системные патогенетические механизмы сочетанного поражения сосудистой системы при варикозной болезни нижних конечностей и патологии наружных сонных артерий, а также

оптимизировать результаты лечения пациентов путём выбора наиболее рационального малоинвазивного хирургического метода.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов старше 35 лет с подтвержденной варикозной болезнью нижней конечности (СЕАР C2-C5). Мужчин было 15 (30%), женщин - 35 (70%), возраст больных от 35 до 80 лет. Госпитализация проведена через 50-110 часов от начала заболевания. У 20 (40%) больных были диагностированы различные сопутствующие: ИБС, гипертоническая болезнь, ожирение и сахарный диабет. Комбинации 2-3 и более сопутствующих заболеваний у 10 (20%) больных создавали дополнительные сложности в их лечении. У 20 (40%) больных отмечались атеросклеротические изменения наружных сонных артерий. Применялись: ультразвуковая доплерография вен нижней конечности, дуплексное сканирование сонных артерий, оценка липидного профиля и гликемии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием корреляционного анализа.

Результаты исследования. Выявлена положительная корреляция между толщиной комплекса интимамедиа и степенью венозной недостаточности. У пациентов с двусторонним стенозом более 30% наблюдалось снижение физической активности пациентов вследствие транзиторных ишемических симптомов, которые способствовали прогрессированию венозной недостаточности, и тем самым более тяжёлому течению варикозной болезни нижней конечности. Установлена высокая частота эндотелиальной дисфункции, подтверждённая клиническими и лабораторными показателями.

Вывод. Сочетание варикозной болезни и сосудистое поражение наружных сонных артерий отражает системный характер сосудистой патологии. Сочетанное поражение артериального и венозного русла усложняет клиническое течение болезни. Комплексный подход к диагностике и своевременное лечение, а также коррекция факторов риска и развития болезни снижает риск сосудистых осложнений.

Холов И.Ш., Солихов Р.Ч., Шоев М.А.

БАҶОДИҲӢ ХУСУСИЯТҲОИ ТОПОГРАФО АНАТОМИИ САБАБҲОИ ГУЗАРИШ ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТЕКТОМИИ ЛАПАРΟΣКАПӢ ДАР БЕМОРОНИ ХОЛЕСИТИТИ ШАДИДИ САНГДОН

Кафедраи амалияи ҷароҳӣ ва анатомия топографи ба номи профессор Каримов М.К. МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон.

Рохбари илми – д.и.т., профессор Курбонов Ч.М.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши сохтори топографо анатомии мавқеи Мусман ва дақиқ намудани нишондодҳо барои гузариш бо лапаратомия Ҳангоми холесистектомияи лапароскопӣ.

Маводҳо ва усулҳо. Дар Маркази ташхисию табобатии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни 43 нафар беморони мубталои холесистити шадиди сангдор, ки таъи солҳои 2025 - 2026 бистари шуда, ҷарроҳӣ гардиданд. Сину соли беморон аз 23 то 73 сола. Занҳо 37 (86%) – нафар ва 6 (14 %) нафар мард буданд.

Рафти амалиёт: дар таҳти беҳисгардонии эндотрахеалӣ пневмоперитонеум таашкил карда мешавад. Ҳангоми ҷудо намудани мавқеи Мусман ҳолати талҳадон, маҷрои талҳадон, шараёни талҳадон ва гиреҳи лимфатикӣ Лунда дарназар гирифта шуд. Дигаргуншавии лоиҳаи бофтаҳои дигаргуншавандаи мавқеи ҷарроҳишаванда бо истифода ҷадвали андозагиранда ҷен карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар маҷмӯъ 5 ҳолати гузариш бо усули анъанаӣ (конверсия) ба қайд гирифта шуд, ки 11 % аз шумораи умумии холесистектомияҳои лапароскопиро ташкил медиҳад. Дар 1 ҳолат (2,3%) конверсия маҷбурӣ буд, ки сабаби он пайдо шудани мушкулоти ҷидии дохили амалиёти гардид. Сабаби гузариш калон ва бодигар сохторҳои анатомии часпидани гиреҳи лимфатикӣ сабаб шуд. Аз ҷумла дар 2 (0,4%) ҳолат хурд будани талҳадон ва бо маҷро ва шараён часпидани он мушоҳида карда шуд. Дар аксарияти ҳолатҳо сабаби гузариш ба амалиёти кушода раванди илтиҳоб ва часпишҳо (спайкаҳо) дар минтақаи ҳуди талҳадон, ки имконияти ташхиси тафриқи элементҳои секунҷаи Кало надошт муаян карда шавад. Хунрави аз шараёни талҳадон дар як 1 ҳолат (0,2%) сабаби гузаштан ба лапаратомия гардид. Равандҳои дигаргуни сохтори топографо анатомӣ мо сабаби конверсия дар 1 ҳолат (1,1%) гардиданд. Гузариш ба лапаратомия бодарназардошти сохтори анатомии мавқеи Мусман анҷом дода шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр, бодарназардошти сохтори топографо анатомии мавқеи Мусман сабаби асосии гузаштан ба лапаратомия Ҳангоми холесистектомияи лапароскопӣ мавҷуд будани тағйироти назарраси лоиҳаи талҳадон, маҷрои талҳадон, гиреҳи лимфатикӣ ва ҳолатҳои мебошад. Бодарназардошти лоиҳаи ин элементҳо басомади оризаҳои дохилиҷарроҳӣ кам ва гузариш ба лапаратомия саривақти мешавад.

Ҳомидов Х.А., Абдуллаев А., Ҳомидов А.Т.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ БОЛЬШОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА

Кафедра хирургических болезней №1 им. Академик Курбанова К.М.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГУ «МК Истиклол». Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Цель исследования. Ознакомление практических врачей с доступными методами ранней диагностики и результатом своевременного лечения больного с большим инородным телом правого главного бронха с применением современной малоинвазивной эндоскопической технологии.

Материал и методы. В отделение грудной хирургии ГУ «КЗ Истиклол» 08.01.2026г поступил больной С 60лет, ИБ № 288, с диагнозом Инородное тело правого главного бронха (зубной протез).

Больной беспокоен, алуется на приступ сухого кашля, одышку, боли в грудные клетки.

Из анамнеза страдает гипертонической болезнью и перенёс нарушения мозгового кровообращения по

ишемическому типу. За 7 дней до обращения больной днём случайно «проглотил» часть зубного протеза.

Результаты исследования. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки и на компьютерной томографии обнаружен тень зубного протеза в проекции правого главного бронха, состоящий из 3 целых передних зубов прикреплёнными между собой и местом 4 зуба. В амбулаторных условиях (07.01.2026г) попытки бронхоскопического удаления инородного тела под местным обезболиванием было безуспешным.

Учитывая большой размер и форму инородного тела правого бронха, было решено первым этапом произвести эндоскопическое его удаления под общим обезболиванием.

При эндоскопии выявлено наличие инородного тела правого главного бронха (зубной протез) состоящий из 3 целых передних зубов прикреплёнными между собой и местом 4 зуба. Второй попыткой инородное тело захвачен эндоскопом и удалён путем одномоментной экстубации, т.е. одновременно с интубационной трубкой, так как оно через интубационную трубку не выходило из-за большого размера. Сразу же больной был повторно интубирован. Произведено контрольная видеобронхоскопия, кровотечений и повреждения голосовых складок нет. После экстубации и суточного наблюдения больной был выписан.

Таким образом, основным методом диагностики инородного тела бронхов является рентгенография и компьютерная томография грудной клетки. Видеобронхоскопия является следующим методом диагностики и основным методом лечения – удаления инородного тела бронхов. Успех видео-эндоскопического удаления больших инородных тел бронхов зависит от ранней диагностики и метода обезболивания больного. Мы предпочитаем общий интубационный наркоз.

Выводы. Установление диагноза инородных тел бронхов на сегодняшний день не представляет особо большие трудности. Всекие проявления при обследовании больных, особенно больных с нарушением мозгового кровообращения, должны настораживать врача в отношении инородных тел бронхов. Большую ценность из инструментальных методов имеет рентгенологические, КТ и бронхоскопия.

Своевременная диагностика и эндоскопическое удаления инородных тел бронхов с использованием малоинвазивной технологии является основным методом лечения этой категории больных и является залогом раннего выздоровления, профилактикой грозных гнойных осложнений и восстановления трудоспособности больных. Выбор общей анестезии (интубационный наркоз) обеспечивает спокойную обстановку проведения манипуляций и достижения хороших результатов лечения.

Хоркашев Ф.М., Нозимов Ф.Х., Расулова С.И.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПORA ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Разработать клинко-диагностический алгоритм поэтапной морфо-функциональной оценки пациентов с хроническим запором, обусловленным долихосигмой и её сочетанными формами.

Материал и методы. Алгоритм был разработан на основе анализа клинических и инструментальных данных 128 пациентов, страдающих хроническим запором, вызванным долихосигмой. Тщательное обследование включало клиническую оценку тяжести симптомов (с использованием шкалы Векснера и индекса копростаза), эндоскопические и лабораторные методы для исключения органических патологий, а также различные инструментальные исследования. Для стратификации риска использовалась комплексная прогностическая шкала (от 0 до 13 баллов) с учетом анатомических, клапанных и функциональных характеристик заболевания.

Результаты исследования. На начальном этапе диагноз хронического запора обосновывается в соответствии с Римскими критериями IV, а также количественной оценкой тяжести симптомов. Пациенты с легкими и умеренными формами заболевания могут лечиться консервативной терапией, в то время как пациенты с тяжелыми формами заболевания (по шкале Векснера ≥ 17 лет) нуждаются в детальной морфофункциональной оценке.

На втором этапе основное внимание уделяется исключению органических патологий толстой кишки с помощью эндоскопических и лабораторных исследований. Такой подход позволяет различать анатомически индуцированные запоры и состояния, вызванные опухолевым, воспалительным или метаболическим происхождением.

На третьем этапе проводится морфометрическая оценка толстой кишки. Выявление долихосигмы (длина сигмовидной кишки превышает 65 см) и повышение цекосигмоидного индекса более 230% рассматриваются как признаки биомеханической перегрузки и потенциального риска двигательной декомпенсации.

Следующий шаг направлен на выявление синдрома подвижной слепой кишки. Птоз слепой кишки второй степени или выше означает топографическую нестабильность правой толстой кишки, что способствует перераспределению внутрипросветного давления.

Оценка состояния клапана Баугиневой заслонки имеет большое значение. Степень NBZ II или выше означает развитие колоноилейного рефлюкса, который вызывает воспалительно-дисбиотический каскад и усугубляет нарушения моторики кишечника.

Функциональный анализ кишечного транзита позволяет оценить степень двигательной декомпенсации. Задержка транзита, превышающая 72 часа, является неблагоприятным прогностическим показателем и отражает значительное снижение двигательной способности толстой кишки.

На заключительном этапе рассчитывается интегральный прогностический балл. Низкий риск осложнений предполагает консервативный подход к лечению, умеренный риск требует комбинированной стратегии и постоянного мониторинга, а высокий риск (≥ 8 баллов), особенно при триадическом фенотипе, подчеркивает актуальность обсуждения вопроса о раннем хирургическом вмешательстве.

Выводы. Предложенный диагностический алгоритм обеспечивает систематическую морфофункцио-

нальную оценку пациентов с хроническим запором, вызванным долихосигмой и ассоциированными с ней формами.

Хоркашев Ф.М., Нозимов Ф.Х., Расулова С.И.

ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Выявить наиболее значимые клинические, морфометрические и функциональные предикторы рецидива хронического запора при долихосигме.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 128 пациентов, страдающих хроническим запором, вызванным долихосигмой. Все они проходили обследование и лечение в отделении колопроктологии. Средний возраст участников составил $41,8 \pm 12,4$ года, при этом женщины составляли 54,7% от общего числа случаев.

Тщательное исследование включало клинические, инструментальные и функциональные методы оценки. Инструментальная диагностика включала ирригографию и расчет цекосигмоидного индекса (CSP/CSI), что позволило оценить тяжесть анатомической перегрузки в толстой кишке. Для выявления синдрома подвижной слепой кишки использовались позиционные радиологические методы и ультразвуковое исследование подвижности слепой кишки. Состояние клапана Баугиновой заслонки огниана изучали с помощью илеоцекографии и баллонного тестирования. Функциональное состояние кишечника оценивали с помощью теста на кишечный транзит с использованием рентгеноконтрастных маркеров.

Для выявления факторов риска, связанных с рецидивом, применялись методы корреляционного анализа, а также однофакторная и многомерная логистическая регрессия.

Результаты исследования. Анализ собранных данных показал, что возникновение рецидивирующих хронических запоров в значительной степени связано с различными морфологическими и функциональными факторами. Наиболее заметное прогностическое значение выявлено при недостаточности клапана Баугиновой заслонки не менее II степени ($OR = 3,6$), повышении цекосигмоидного индекса более чем на 230% ($OR = 2,7$), задержке кишечного транзита более чем на 72 часа ($OR = 2,4$) и наличии синдрома подвижной слепой кишки ($OR = 2,2$). Полученные данные свидетельствуют о том, что рецидив заболевания обусловлен не только анатомическим удлинением сигмовидной кишки, но и сложным взаимодействием множества патогенетических механизмов. Недостаточность клапана Баугиновой заслонки играет решающую роль в развитии колоноилеального рефлюкса, который способствует бактериальному заражению тонкой кишки, приводит к синдрому чрезмерного роста бактерий и усугубляет воспалительные изменения слизистой оболочки кишечника.

Синдром подвижной слепой кишки приводит к топографической нестабильности правой толстой кишки и нарушению координации пропульсивных перистальтических волн. Это приводит к неравномерному распределению внутрипросветного давления и возникновению правостороннего варианта кишечного стаза.

Повышение цекосигмоидного индекса указывает на степень анатомической перегрузки толстой кишки и служит объективным морфометрическим показателем риска декомпенсации кишечного транзита. Замедление транзита, продолжающееся более 72 часов, указывает на тяжелую двигательную дисфункцию кишечника и считается одним из основных функциональных предикторов рецидива.

Выводы. Рецидив хронического запора при долихосигме возникает в результате сочетания анатомических, функциональных и клапанных аномалий кишечника. Наиболее известные предикторы рецидива включают недостаточность клапана Баугиновой заслонки, синдром подвижной слепой кишки, повышение цекосигмоидного индекса и значительную задержку кишечного транзита.

Хотамов Ш.О., Косимов А.Х., Сабзалиева Ш.У.

ОДНОМОМЕНТНОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ХРУСТАЛИКА И ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель – старший преподаватель кафедры, к.м.н. Каримов М.Б.

Цель исследования. Оценить клинические результаты одномоментного удаления инородного тела хрусталика и травматической катаракты с имплантацией интраокулярной линзы у пациентов с проникающими ранениями глаза.

Материал и методы. Материалом исследования послужили 8 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 1-м глазном отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш», с диагнозом: проникающее ранение роговицы, травматическая катаракта и инородное тело хрусталика. Наблюдение проводилось в период с января 2024 по январь 2026 гг. Все пациенты были мужчины. Возраст больных варьировал от 23 до 35 лет, средний возраст составил 26 ± 2 лет.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию, биомикроскопию и офтальмоскопию, В-сканирование и рентгенографию орбиты в двух проекциях. До операции острота зрения варьировала от правильной светопроекции до 0,08. У большинства пациентов отмечались признаки травматического повреждения переднего сегмента глаза, помутнение хрусталика различной степени выраженности и признаки воспалительной реакции в передней камере.

Всем пациентам выполнялось хирургическое лечение — одномоментное удаление инородного тела хрусталика и травматической катаракты с имплантацией мягкой интраокулярной линзы. Ход операции включал парацентез передней камеры, введение вискоэластика, выполнение кругового капсулорексиса, удаление ино-

родного тела из хрусталика пинцетом, ирригацию и аспирацию хрусталиковых масс и имплантацию мягкой интраокулярной линзы. В завершение операции проводилась герметизация разрезов и контроль стабильности интраокулярной линзы.

В послеоперационном периоде пациенты получали комплексную терапию, включавшую местное применение антибактериальных и противовоспалительных препаратов (моксифлоксацин 0,5% и преднизолон в виде глазных капель), а также системную антибактериальную терапию (моксифлоксацин 400 мг).

Результаты исследования. До операции острота зрения у пациентов варьировала от правильной свето-проекции до 0,08, что было связано с помутнением хрусталика и травматическим повреждением переднего сегмента глаза. После хирургического лечения у всех пациентов отмечалось значительное улучшение зрительных функций. Послеоперационная острота зрения составила от 0,4 до 0,8, что свидетельствует о высокой эффективности проведённого вмешательства.

В большинстве случаев послеоперационный период протекал благоприятно. Воспалительная реакция в передней камере была умеренно выраженной и успешно купировалась местной антибактериальной и противовоспалительной терапией. На фоне проводимого лечения отмечалось постепенное восстановление прозрачности оптических сред и стабилизация зрительных функций.

У одного пациента во время операции наблюдалось выпадение стекловидного тела вследствие повреждения задней капсулы хрусталика травмирующим агентом. В послеоперационном периоде у данного пациента развился отёк роговицы, который был успешно устранён консервативным лечением. В остальных случаях послеоперационных осложнений не отмечалось.

Выводы. Одномоментное удаление инородного тела хрусталика и травматической катаракты с имплантацией интраокулярной линзы является эффективным методом хирургического лечения при проникающих ранениях глаза. Проведение операции в один этап позволяет восстановить прозрачность оптических сред и добиться значительного повышения остроты зрения. Своевременное хирургическое вмешательство и адекватная послеоперационная терапия способствуют благоприятному течению послеоперационного периода и снижению риска развития осложнений.

Худойбердиев У.А., Алимов С.У., Идиев Н.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кафедра хирургических болезней №1 им. акад. Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан. Научный руководитель – д.м.н., доцент Сараев А.Р.

Цель исследования — обоснование рационального выбора лечебной тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения пациентов с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями, госпитализированных в ГУ ЦСМП г. Душанбе в период 2020–2025 гг. В исследование включены 98 больных в возрасте от 27 до 76 лет (62 мужчины и 36 женщин). В 50% случаев источником кровотечения являлась язва желудка, в 50% — язва двенадцатиперстной кишки.

С диагностической целью выполнялась экстренная эзофагогастродуоденоскопия с оценкой гемостаза по классификации J.A. Forrest. При эндоскопическом осмотре анализировались локализация, размеры и глубина язвенного дефекта, состояние его краев, дна и окружающей слизистой оболочки.

При продолжающемся кровотечении применялись различные методы эндоскопического гемостаза: физические (инъекционная терапия, электрокоагуляция), химические (орошение спирт-эфирной смесью), механические (клипирование), а также их комбинации. Наиболее эффективным, технически доступным и экономически целесообразным методом признана электрокоагуляция.

Выбор сроков, объема и вида хирургического вмешательства определялся индивидуально с учетом клинической ситуации и степени операционного риска (интенсивность и длительность кровотечения, объем кровопотери, возраст пациента, тяжесть состояния, сопутствующая патология, эндоскопическая картина и вероятность рецидива).

Всем пациентам при поступлении проводилась инфузионная, гемостатическая и заместительная терапия (свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса), назначались антисекреторные и антибактериальные препараты.

Результаты. Наиболее часто регистрировались спонтанно остановившиеся кровотечения (Forrest II) — у 48 (49%) пациентов. Активное кровотечение (Forrest I) выявлено у 30 (30,6%) больных. В лечебной практике применялась активно-выжидательная тактика, соответствующая современным стандартам хирургической помощи.

При активном кровотечении или высоком риске его рецидива выполнялся эндоскопический гемостаз — как окончательный или временный этап лечения. Экстренные операции проводились по жизненным показаниям: при продолжающемся массивном кровотечении, кровопотере III–IV степени, неэффективности консервативной терапии, а также при рецидиве после эндоскопической остановки кровотечения.

Интенсивная консервативная терапия оказалась эффективной у 94 (95,9%) пациентов. В экстренном порядке оперированы 4 (4,1%) больных. В трех случаях выполнены резекционные вмешательства; летальных исходов в данной группе не зарегистрировано. Одному пациенту с крайне высоким операционным риском вследствие тяжелой сопутствующей патологии произведено прошивание язвы.

Общая летальность среди пациентов с гастродуоденальными кровотечениями составила 8,1% (8 случаев). Основной причиной смерти явилась тяжелая сопутствующая патология. В 12 наблюдениях имелись показания к экстренному хирургическому вмешательству (8 — рецидив кровотечения в стационаре, 4 — продол-

жающееся кровотечение).

Выводы. Применение динамического эндоскопического контроля и комбинированных методов гемостаза позволило существенно сократить число операций, выполняемых на высоте кровотечения, и снизить общую летальность при желудочно-кишечных кровотечениях до 8,1%. Резекционные операции не увеличивали риск послеоперационной смертности по сравнению с паллиативными вмешательствами. Уровень летальности не зависел от активности кровотечения при поступлении. У пациентов группы высокого риска оправдано проведение интенсивной консервативной терапии и повторных сеансов эндоскопического гемостаза.

Хукумзода М.З., Рахимзода Ш.Ш., Норов К.К.

ВЛИЯНИЕ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА

¹Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б.Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Отделение функциональной диагностики и лабораторных исследований Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Изучение влияния аденоидных вегетаций носоглотки на функциональное состояние носа.

Материал и методы. Объектом изучения стали 58 детей с аденоидной вегетацией носоглоточной миндалины различной степени. Возраст больных колебался от 5 до 12 лет. Из них мальчиков было – 36 (62,1), девочек- 22 (37,9%). Исследование проводилось в клинической базе детского ЛОР – отделения национального медицинского центра (НМЦ) РТ “Шифобахш”. Больным проведены эндоскопия полости носа и носоглотки, исследование дыхательной, защитной и обонятельной функции носа. Эндоскопию носа и носоглотки проводили с использованием жестких эндоскопов с диаметром рабочего тубуса 2,7 мм, 0- и 30-градусной оптикой. Для оценки состояния мукоцилиарного транспорта в слизистой полости носа применили сахаринный тест, а для исследования обоняния пользовались четырьмя стандартными растворами в зависимости от силы запахов.

Результаты исследования. Среди пациентов преобладали жалобы на затрудненное носовое дыхание и выделения из носа различного характера - от слизистых до слизисто-серозных, ощущение заложенности ушей, сопровождавшееся снижением остроты слуха. Многие родители отмечали изменения голоса ребенка в виде гнусавого оттенка и храпа во время сна. Кроме того, они замечали такие симптомы, как головные боли, повышенная раздражительность и быстрая утомляемость при физических нагрузках. Обеспокоенность родителей вызывали трудности в учебе и нарушения сна, которые негативно влияли на общее состояние и качество жизни детей. Анализ характера дыхательных нарушений показал, что у 35(60,3%) пациентов затруднение носового дыхания наблюдались с одной стороны, а у 23(39,7%) - с обеих сторон. Помимо затрудненного дыхания, все дети отмечали выделения из носа. На снижение обоняния жаловались 62,1 % больных. При эндоскопии полости носа, у подавляющего большинства пациентов (86,2%) были зафиксированы признаки воспаления слизистой оболочки носа, проявляющиеся в виде гиперемии и отека. Характер выделений из носа также варьировался среди участников исследования. У 84,5% детей выделения носили слизистый и у 15,5%- слизисто-серозный характер. Гипертрофия носовых раковин выявлена у 19 (32,7%) детей. Результаты эндоскопии носоглотки выявили увеличение глоточной миндалины II степени у 23 (39,6%), III степени у 20 (34,5%) и IV степени у 15 (25,9%) детей, что явилось причиной сужения или закрытия глоточного устья слуховой трубы и её дисфункции. Данные исследования дыхательной функции носа у 33 (56,9%) пациентов показали I степень нарушения проходимости носовых ходов и у 25 (43,1%) больных - II степени нарушения проходимости. Нарушение функции мукоцилиарного транспорта I степени зафиксировано у 31 (53,4%) детей, II степени - у 23 (39,7%) и III степени – у 4 (6,9%) пациентов.

Выводы. Нарушение аэродинамики в носовой полости, связанное с гипертрофией глоточной миндалины является ключевым фактором, приводящим к патологическим изменениям слизистой оболочки полости носа и нарушению дыхательной, обонятельной и защитной функций носа. Характер и выраженность патологических изменений со стороны слизистой полости носа во многом зависит от степени гипертрофии носоглоточной миндалины.

Хукумзода М.З., Давронзода М.Д., Рахимзода Ш.Ш.

РОЛЬ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ В ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВЫХ ТРУБ

¹Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б.Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²Отделение функциональной диагностики и лабораторных исследований Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Изучение влияния аденоидных вегетаций носоглотки на функциональное состояние слуховых труб у детей.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении Национального медицинского центра (НМЦ) РТ “Шифобахш” в период с 2024 по 2025 годы нами обследовано 85 детей с гипертрофией носоглоточной миндалины различной степени выраженности. Возраст пациентов варьировал от 4 до 12 лет, из них мальчиков было 56, девочек – 29. В плане обследования больным проведены эндоскопия полости носа и носоглотки, рентгенография околоносовых пазух, отомикроскопия, импедансометрия и исследование функции слуховых труб. Эндоскопию носа и носоглотки проводили с использованием жестких эндоскопов производства “Шторц” с различными углами обзора (0°, 30°, 70°) и гибким эндоскопом фирмы “Olimpus”, которые обеспечивали прецизионную визуализацию анатомических структур полости носа и носоглотки под оптимальными углами наблю-

дения. Для исследования проходимости слуховых труб использовали метод Политцера.

Результаты исследования. При поступлении больные предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, выделения из носа, ночной храп, снижение слуха, заложенность и чувство ощущения жидкости в ушах. При внешнем осмотре детей данной группы, у абсолютного большинства (92,2%) обнаружены характерный аденоидный тип лица с полукрытым ртом, сглаженной носогубной складкой, выдвинутой и отвисшей нижней челюстью и нарушением зубного ряда. Часть детей (38,8%) жаловались на постоянное стекание слизи по задней стенке глотки и связанный с этим частый кашель. При эндоскопии полости носа выявлено слизистое содержимое у 38,8% и слизисто-серозное – у 36,5% пациентов. Эндоскопия носоглотки показала, что у всех пациентов имеются гипертрофия глоточной миндалины разной степени выраженности. При этом, аденоидные разрастания II степени гипертрофии выявлены у 28 (32,9%) детей, III степени – у 46 (54,1%) и IV степени гипертрофии у 11 (13,0%) обследованных. При отомикроскопии определяли тусклый цвет барабанной перепонки, втянутость и её утолщение и укорочение светового конуса. Результаты исследования функции слуховых труб показали нарушение их проходимости I степени у 21 (24,7%) пациентов, II степени нарушения – у 27 (31,7%) и III степени нарушения – у 19 (22,3%) обследованных. Следует отметить, что более выраженная дисфункция слуховых труб наступила у детей с аденоидными вегетациями III-IV степени. Для определения подвижности барабанной перепонки и наличие экссудата в полости среднего уха проводили объективное исследование слуха с проведением импедансометрии. При этом, у 43 (50,6%) детей наблюдалась тимпанограмма типа B, свидетельствующая об ограничении движения слуховых косточек за счет наличия жидкости в барабанной полости и дисфункции слуховой трубы. У 23 (27,1%) детей выявлена тимпанограмма типа AS, указывающая о минимальной ограниченности движения барабанной перепонки. Полученные результаты импедансометрии свидетельствует о наличии экссудата в полости среднего уха и дисфункции слуховой трубы.

Выводы. Таким образом, аденоидные вегетации носоглотки, прикрывая или закрывая устье слуховых труб вызывают нарушение их вентиляционной и дренажной функции, что способствует развитию патологических изменений в барабанной полости среднего уха. Своевременно выполненная аденотомия позволяет улучшению и восстановлению основных функций слуховых труб.

Хусейнова Л.Н., Мирзоева Н.Д., Давлатов Д.Д.

ЧАСТОТА И ФОРМЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Изучить частоту и формы морфофункциональных изменений слизистой оболочки анального канала у пациентов со сложными свищами прямой кишки.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении колопроктологии. В исследовании приняли участие 98 пациенты со сложными ректальными свищами, которые были госпитализированы для тщательных обследований и хирургических вмешательств. Морфофункциональные изменения слизистой оболочки были разделены на следующие типы: воспалительные изменения; дистрофические изменения; рубцово-фиброзные изменения; комбинированные изменения. Проведен анализ частоты встречаемости различных форм морфологических и функциональных изменений слизистой оболочки заднего прохода.

Результаты исследования. Исследование показало, что морфофункциональные изменения слизистой оболочки заднего прохода наблюдаются у большинства пациентов, страдающих сложными свищами прямой кишки. Полученные результаты свидетельствуют о том, что патологический процесс, связанный с этим заболеванием, затрагивает не только фистулу и окружающую параректальную ткань, но и в значительной степени затрагивает слизистую оболочку анального канала.

Наиболее часто наблюдаемыми изменениями были воспалительные изменения слизистой оболочки, которые характеризовались гиперемией, отеком и инфильтрацией воспалительной ткани. Эти изменения были обнаружены преимущественно в области анальных крипт и внутреннего отверстия свища. Воспалительные изменения слизистой оболочки в основном были отмечены у пациентов, у которых относительно непродолжительное течение заболевания сопровождалось активным воспалительным процессом.

Дистрофические изменения слизистой оболочки были выявлены у пациентов с длительным течением заболевания. Этот тип изменений характеризуется истончением эпителия, нарушением структуры анальных крипт и снижением регенеративной способности слизистой оболочки. Эти изменения возникают в результате хронического воспаления и нарушения микроциркуляции в тканях анального канала.

Рубцово-фиброзные изменения слизистой и подслизистой оболочки анального канала были обнаружены у пациентов с длительным анамнезом и многократными хирургическими вмешательствами. Эта форма изменений была выявлена по утолщению слизистой оболочки, образованию рубцовой ткани и деформации анального канала. В некоторых случаях наблюдалось заметное снижение эластичности анального канала и ухудшение его функционального состояния.

У пациентов с наиболее тяжелым прогрессированием заболевания отмечены комбинированные проявления морфофункциональных изменений слизистой оболочки анального отверстия. Этот тип характеризовался сочетанием воспалительных, дистрофических и рубцово-фиброзных изменений ткани.

Выводы. Морфофункциональные изменения слизистой оболочки заднего прохода являются распространенным аспектом патологического процесса, связанного со сложными свищами прямой кишки, и в значительной степени способствуют хронизации заболевания, а также развитию функциональных нарушений в анальной области.

Хусейнова Л.Н., Мирзоева Н.Д., Давлатов Д.Д.
ТИПЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ
СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра колопроктологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Определить основные типы морфофункциональных изменений слизистой оболочки анального канала при сложных свищах прямой кишки.

Материал и методы. Исследование проводилось с целью изучения различных морфофункциональных изменений слизистой оболочки заднего прохода, связанных со сложными свищами прямой кишки. В исследовании приняли участие 98 пациенты с различными анатомическими вариациями сложных свищей прямой кишки. Каждый пациент прошел тщательное обследование. На основании выявленных морфологических и функциональных изменений слизистой оболочки анального отверстия были установлены основные категории морфофункциональных изменений.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что морфофункциональные изменения слизистой оболочки заднего прохода, связанные со сложными свищами прямой кишки, очень разнообразны и могут быть разделены на несколько основных типов.

Первая категория в основном характеризуется воспалительными изменениями слизистой оболочки. В таких случаях наблюдаются гиперемия слизистой оболочки, отек тканей и воспалительная инфильтрация в области анальной крипты. Этот тип изменений чаще встречается на начальных стадиях заболевания и коррелирует с активной воспалительной реакцией. Вторая категория изменений характеризуется дистрофическими изменениями слизистой оболочки. Это отмечается истончением эпителиального слоя, нарушением структуры слизистой оболочки и снижением ее регенеративной способности. Эти изменения возникают в результате длительного хронического воспаления и нарушения микроциркуляции в тканях анального канала.

Третья категория изменений связана с рубцово-фиброзной трансформацией слизистой и подслизистой оболочки анального канала. Этот тип изменений связан с развитием плотной рубцовой ткани, деформацией анального канала и снижением его эластичности.

Наиболее выраженные изменения слизистой оболочки отмечены при комбинированном типе поражения, где одновременно обнаруживались признаки воспалительных, дистрофических и рубцовых изменений ткани. Этот тип изменений часто наблюдался у пациентов с затяжным течением заболевания и многократными хирургическими вмешательствами.

Полученные данные свидетельствуют о том, что морфофункциональные изменения слизистой оболочки заднего прохода играют важнейшую роль в патогенезе сложных свищей прямой кишки и оказывают значительное влияние на клиническое прогрессирование заболевания и результаты хирургических вмешательств.

Выводы. Распознавание различных морфофункциональных изменений слизистой оболочки заднего прохода, связанных со сложными свищами прямой кишки, имеет решающее значение для оценки степени патологического состояния и определения наиболее эффективных хирургических стратегий.

Хушвахтов У.М., Рашидов Б.Ч., Нарзиев Б.Х.
ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ.

Кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Изучить клинко-микробиологические особенности хронического цистита у женщин.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 170 женщин, страдавших хроническим циститом, которые проходили обследование и лечение в отделении общей урологии ГУ «Научно-клинический центр урологии» в течение 3 лет. Комплекс диагностических мероприятий включал сбор анамнеза, клиническое обследование, общий анализ мочи, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам, ультразвуковое исследование мочевого пузыря, а также цистоскопию, позволяющую оценить состояние слизистой оболочки мочевого пузыря и выявить морфологические изменения. Лечение проводилось с применением антибактериальной терапии с учётом чувствительности микрофлоры, противовоспалительных препаратов, а также инстилляций мочевого пузыря с лечебными растворами.

Результаты исследования. Наиболее частыми клиническими проявлениями заболевания являлись учащённое и болезненное мочеиспускание, боли в надлобковой области и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. По результатам бактериологического исследования мочи у большинства пациенток выявлялась уропатогенная микрофлора, среди которой преобладала *Escherichia coli*. Реже определялись другие представители условно-патогенной микрофлоры. Проведение цистоскопии позволило выявить воспалительные изменения слизистой оболочки мочевого пузыря, включая гиперемию, отёчность и участки хронического воспаления, что имело важное значение для уточнения диагноза и выбора дальнейшей тактики лечения. Применение комплексной терапии, включающей антибактериальное лечение и инстилляции мочевого пузыря, способствовало уменьшению выраженности клинических симптомов и снижению частоты рецидивов заболевания.

Выводы. Хронический цистит у женщин остаётся актуальной проблемой современной урологии. Комплексный диагностический подход, включающий лабораторные и инструментальные методы, в том числе ци-

стоскопию, позволяет более точно оценить характер воспалительного процесса. Использование комбинированного лечения, включая антибактериальную терапию и инстилляции мочевого пузыря, повышает эффективность лечения и способствует снижению частоты рецидивов заболевания.

Хушвахтов У.М., Нажмидинов Х.Н., Амиршоев Н.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

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

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пузырно-влагалищных свищей.

Материал и методы. В исследование включено 35 пациенток с пузырно-влагалищными свищами, находившихся на лечении в клиниках кафедр урологии имени профессора Осими А.С. в период 2023–2026 гг. Средний возраст пациенток составил 32,6 лет. Основная группа (n=18) — пациентки, оперированные с применением усовершенствованной методики фистулорафии абдоминальным доступом с использованием лоскута из париетального листка брюшины и разработанных противорецидивных мероприятий (предоперационная санация мочевых путей, оптимизация сроков операции, гормональная коррекция в менопаузе). Контрольная группа (n=17) — пациентки, оперированные традиционными методами. Всем выполнено комплексное обследование: клинико-лабораторные методы, бак. посев мочи, УЗИ, экскреторная урография, МСКТ с 3D-реконструкцией, цистоскопия.

Результаты исследования. Причинами ПВС явились акушерско-гинекологические операции (82,9%), в т.ч. кесарево сечение — 51,4%, экстирпация матки — 31,5%; другие причины (травмы) — 17,1%. Свищи локализовались: в нижней трети — 45,7%, средней трети — 34,3%, верхней трети — 20,0%. Размер свищей варьировал от 0,5 до 3,5 см (средний $1,8 \pm 0,4$ см). Бактериурия выявлена у 88,6% пациенток (*E. coli* — 48,6%, *Klebsiella* — 22,9%, *Proteus* — 17,1%). В основной группе применена разработанная методика: фистулорафия абдоминальным доступом с иссечением свищевого хода, раздельным ушиванием стенок мочевого пузыря и влагалища и интерпозицией лоскута париетальной брюшины. Средняя длительность операции в основной группе составила 98 ± 16 мин, в контрольной — 112 ± 24 мин. Кровопотеря — в основной группе составила 112 ± 24 мл, а в контрольной группы 156 ± 38 мл. Послеоперационный койко-день — в основной группы $8,2 \pm 1,6$ сут, в контрольной $11,4 \pm 2,2$ сут. Частота рецидивов через 12 месяцев в основной группе составила 5,6% (1 из 18), в контрольной группе — 23,5% (4 из 17). Осложнения (I-II степень по Clavien-Dindo) отмечены у 16,7% в основной группе и у 29,4% в контрольной. Качество жизни по опроснику SF-36 через 6 месяцев в основной группе улучшилось на 38%, в контрольной — на 21%.

Выводы. Основной причиной пузырно-влагалищных свищей являются акушерско-гинекологические операции (82,9%). Разработанный способ фистулорафии абдоминальным доступом с использованием лоскута париетальной брюшины обеспечивает надёжное разобщение органов, улучшает васкуляризацию зоны анастомоза и снижает риск рецидива. Предложенный комплекс противорецидивных мероприятий позволяет снизить частоту рецидивов с 23,5% до 5,6%.

Хушвахтов У.М. Рашидов Б.Ч., Амиршоев Н.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИДРОЦЕЛЕ

Кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Оценить результаты диагностики и хирургического лечения гидроцеле.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ пациентов с гидроцеле, оперированных в отделении андрологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». В течение 5 лет выполнено 280 оперативных вмешательств по поводу гидроцеле. У 32 пациентов (11,4%) гидроцеле развилось после ранее перенесённой варикоцелеэктомии. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 5 лет. Диагностика включала сбор анамнеза, визуальное обследование, диафаноскопию и ультразвуковое исследование органов мошонки. Хирургическое лечение проводилось с применением общепринятых методов оперативной коррекции гидроцеле — операции Бергмана, Винкельмана и Лорда.

Результаты исследования. Ультразвуковое исследование органов мошонки позволило достоверно определить объём жидкости, состояние оболочек яичка и исключить сопутствующую патологию. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 30–40 минут. Послеоперационный период у большинства пациентов протекал без осложнений. Среди возможных осложнений отмечались умеренный отёк мошонки, гематома операционной раны и серома, которые носили временный характер и успешно купировались консервативной терапией. Частота осложнений была низкой и не требовала повторных хирургических вмешательств. У пациентов репродуктивного возраста после оперативного лечения отмечалось уменьшение компрессии яичка и улучшение микроциркуляции, что потенциально способствует нормализации сперматогенеза. В ряде случаев наблюдалось улучшение показателей спермограммы, что свидетельствует о положительном влиянии устранения гидроцеле на репродуктивную функцию мужчин.

Выводы. Гидроцеле является распространённой патологией органов мошонки, требующей своевременной диагностики и хирургического лечения. Ультразвуковое исследование является информативным методом диагностики. Современные методы оперативного лечения гидроцеле характеризуются высокой эффективностью, короткой продолжительностью операции и низкой частотой послеоперационных осложнений.

Хушкадамова Г.З., Бабаева Т.С., Рахимова Н.Т.
КЛИНИКО-ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

Научный руководитель – старший преподаватель, к.м.н. Каримов М.Б.

Цель исследования. Оценить изменения сетчатки, зрительного нерва и сосудов глазного дна при гипертонической болезни.

Материал и методы. Проведено обследование 32 пациентов с гипертонической болезнью на базе кафедры офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Среди обследованных было 15 женщин (46,9%) и 17 мужчин (53,1%). Возраст пациентов варьировал от 40 до 60 лет. Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию, биомикроскопию переднего отрезка глаза, тонометрию, офтальмоскопию и оптическую когерентную томографию сетчатки. Оценивалось состояние ретинальных сосудов, артериовенозное соотношение, наличие геморрагий, экссудатов и признаков ишемических изменений сетчатки. Дополнительно пациенты проходили консультации кардиолога и невропатолога для уточнения стадии гипертонической болезни и оценки системных сосудистых изменений.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что при гипертонической болезни наиболее характерными изменениями глазного дна являются нарушения сосудистого тонуса и структурные изменения сосудистой стенки. Признаки гипертонической ангиоретинопатии различной степени выраженности были выявлены у 22 пациентов (68,7%).

Сужение ретинальных артериол выявлено у 16 пациентов (50%). Одновременно наблюдалось расширение вен и изменение нормального артериовенозного соотношения (в норме 2:3), которое уменьшалось вследствие сужения артерий и расширения вен.

У 3 пациентов (9,4%) отмечалась выраженная извитость перимакулярных венул (симптом Гвиста). У 6 пациентов (18,75%) выявлялся симптом артериовенозного перекреста Салюса–Гунна, проявляющийся компрессией вен в месте пересечения с уплотнённой артерией.

По мере прогрессирования заболевания отмечались склеротические изменения сосудов сетчатки с появлением симптомов «медной» и «серебряной проволоки», отражающих утолщение и гиалиноз сосудистой стенки. У 6 пациентов (18,75%) выявлялись геморрагии в сетчатке, возникающие вследствие диапедеза эритроцитов или разрыва микроаневризм, а также мягкие («ватообразные») и твёрдые экссудаты.

У части пациентов отмечались признаки ишемических изменений сетчатки и нарушения микроциркуляции. При более тяжёлом течении гипертонической болезни наблюдалось развитие отёка сетчатки и диска зрительного нерва, что свидетельствует о выраженном нарушении кровообращения в ретинальных сосудах и прогрессировании патологического процесса.

Пациентам проводилась комплексная терапия, включавшая антиоксидантные и ангиопротекторные препараты (эмоксипин), а также метаболическую терапию (тауфон) в виде глазных капель.

Выводы. Офтальмоскопическое исследование глазного дна имеет важное диагностическое и прогностическое значение при гипертонической болезни, поскольку позволяет выявлять ранние сосудистые изменения и оценивать степень поражения сетчатки. Своевременная диагностика и комплексное лечение с участием офтальмолога, кардиолога и невропатолога позволяют предупредить прогрессирование сосудистых нарушений и развитие осложнений со стороны органа зрения.

Хушкадамова Г.З., Нарзуллоев М.Ч., Чафарова Ш.Н.
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БЛЕФАРИТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: РОЛЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

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

Научный руководитель – ассистент кафедры Бабаева Т.С.

Цель исследования. Проанализировать этиологическую структуру воспалительных заболеваний век у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Объектом исследования послужили 48 пациентов, обратившихся за специализированной офтальмологической помощью в осенний период 2025 года. Основную часть выборки составили женщины (32 человека, 66,7%). Средний возраст обследованных пациентов составил 26 лет, что соответствует периоду высокой социальной активности. Диагностический протокол включал стандартное офтальмологическое обследование: визометрию, офтальмоскопию и биомикроскопию переднего отрезка глаза. Особое внимание уделялось микроскопическому исследованию ресниц для выявления паразитарной инвазии *Demodex*, а также детальному сбору аллергологического анамнеза. При необходимости проводились консультации специалистов смежных профилей, в частности аллерголога.

Результаты исследования. Анализ структуры заболеваемости показал многообразие этиологических факторов воспалительных заболеваний век у пациентов молодого возраста. Наиболее значимую группу составили пациенты с аллергической этиологией заболевания. У 9 пациентов (18,7%) блефарит развивался на фоне сопутствующего хронического аллергического ринита, что свидетельствовало о системном характере сенсибилизации слизистых оболочек. Контактная аллергическая реакция была выявлена ещё в 10 случаях: у 4 пациентов она была связана с использованием новой косметической продукции, у 2 – с применением чужих косметических средств, и в 4 случаях – с воздействием агрессивных бытовых химических веществ. Полученные данные указывают на значительную роль экзогенных аллергенов и косметических факторов в развитии воспалительных заболеваний век у лиц молодого возраста. Паразитарная инвазия (*Demodex*) была лабораторно подтвер-

ждена у 8 пациентов (16,7%). Наличие демодекоза сопровождалось признаками хронического воспаления краёв век и требовало специфической терапии. Особую клиническую значимость представляла группа из 6 пациентов (12,5%), у которых воспалительный процесс возник непосредственно после процедуры наращивания ресниц. Вероятно, это связано как с токсико-аллергическим воздействием клеевых составов, так и с нарушением гигиенических условий проведения процедуры. Оставшиеся 15 пациентов (31,3%) составили группу с хроническим рецидивирующим течением заболевания, характеризующимся ежегодными обострениями преимущественно в осенний период. Подобная сезонность может быть связана с изменением климатических условий, колебаниями влажности воздуха и увеличением контакта с потенциальными аллергенами. Полученные результаты свидетельствуют о полиэтиологическом характере воспалительных заболеваний век и необходимости комплексного подхода к их диагностике.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о полиэтиологическом характере воспалительных заболеваний век у пациентов молодого возраста. В структуре выявленных факторов значительную роль играют аллергические заболевания, контактные аллергические реакции на косметические средства и бытовые химические вещества, а также паразитарная инвазия *Demodex*. Особое значение имеют косметологические процедуры, в частности наращивание ресниц, которые могут выступать триггерным фактором развития воспалительных процессов век. Выявленная связь блефаритов с системными аллергическими заболеваниями подчёркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению данной патологии с участием офтальмолога и аллерголога. Проведение профилактических мероприятий, направленных на информирование пациентов о безопасном использовании косметических средств и соблюдении гигиенических рекомендаций, может способствовать снижению частоты воспалительных заболеваний век у лиц молодого возраста.

Хушкадамова О.Х1,2., Нуриддинзода М.Р1., Максудова О.С.

ТЕСТОВЫЙ КУРС ИНГИБИТОРОВ АРОМАТАЗЫ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗНРТ.

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сангинов Дж.Р.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность тестового курса ингибиторов ароматазы у пациенток с гормон-положительным раком молочной железы.

Материал и методы. В исследование включены 42 пациентки с морфологически верифицированным гормон-положительным раком молочной железы (ER+/PR+). Возраст пациенток варьировал от 38 до 72 лет, средний возраст составил $56,4 \pm 7,8$ года. По стадиям заболевания: II стадия – 24 пациентки (57,1%) и III стадия – 18 пациенток (42,9%). Средний размер первичной опухоли на момент включения в исследование составил $3,6 \pm 1,2$ см. Согласно молекулярной классификации рака молочной железы распределение было следующим: люминальный А подтип – 19 пациенток (45,2%) и люминальный В подтип – 23 пациентки (54,8%). Всем пациенткам проводился тестовый курс неoadъювантной эндокринной терапии ингибиторами ароматазы, который включал применение следующих препаратов: летрозол в дозе 2,5 мг 1 раз в сутки, анастрозол в дозе 1 мг 1 раз в сутки. Оценка эффективности лечения осуществлялась на основании данных клинического осмотра, ультразвукового исследования молочных желез, маммографии, а также анализа динамики размеров опухолевого образования.

Результаты исследования. По результатам проведённого тестового курса ингибиторов ароматазы у большинства пациенток отмечена положительная динамика опухолевого процесса. Частичная регрессия опухоли отмечена у 26 пациенток (61,9%), что проявлялось уменьшением размеров первичного опухолевого узла и снижением плотности образования при инструментальных методах исследования. Стабилизация заболевания отмечена у 11 пациенток (26,2%). Прогрессирование опухолевого процесса зарегистрировано у 5 пациенток (11,9%), что проявлялось увеличением размеров опухолевого образования или отсутствием положительной динамики на фоне проводимой терапии.

Вывод. Общий клинический контроль заболевания (частичная регрессия + стабилизация) составил 88,1%, что свидетельствует о высокой эффективности краткосрочной эндокринной терапии у данной категории больных. Тестовый курс ингибиторов ароматазы является эффективным и информативным методом оценки гормональной чувствительности опухоли у пациенток с гормон-положительным раком молочной железы. Применение данного подхода позволяет выявить пациенток, чувствительных к эндокринной терапии, а также способствует индивидуализации и оптимизации дальнейшей лечебной тактики.

Чаббаров С.С., Далери С., Холниёзов Ш.Ф.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИЯ У ДЕТЕЙ

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

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель: д.м.н., доцент Сафедов Ф.Х.

Цель исследования. Усовершенствование методов хирургического лечения гипоспадия у детей.

Материал и методы. За последние 10 лет (с 2015г по 2025г) было ретроспективно анализировано 200 (100%) историй болезней больных с гипоспадией. Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш». Возраст детей колебался от 1 года до 15 лет. В возрасте от 1 года до 3 лет было 80 (40%); от 4 до 6 лет – 65 (32,5%); от 7 до 10 лет – 35 (17,5%); от 10 до 13 лет – 15 (7,5%); от 14 до 16

лет - 5 (2,5%) детей. Чаще наблюдались больные в возрасте от 1 до 6 лет, что составляет 72,5% больных.

Все больные были разделены на две группы: основная - 150 (62,5%) детей, которые были на обследовании и лечении с 2020 по 2025г. Контрольная - 50 (37,5%) больных, которые получили лечение с 2015 по 2019г. При поступлении головчатая форма - 40 (20%), стволовая форма - 80 (40%), мошоночная форма - 5 (2,5%), промежностная форма - 1 (0,5%), гипоспадия без гипоспадии - 6 (3%) больных. При сомнительных случаях промежностной и мошоночной формы и сочетанных патологий проведено обследование со стороны эндокринологов и генетики. Послеоперационные осложнения составили: уретральный свищ - 20 (10%), стеноз неоуретра у 4 (2%) больных, нагноение раны у 1 (0,5%), искривление - 1 (0,5%) больного.

Результаты исследования. На сегодняшний день имеется более 300 хирургических методов коррекции гипоспадии. У 70 (35%) больных были проведены уретропластика по методу Снодд-Гроссу, 20 (10%) больных - уретропластика по методу Мегпи, у 50 (25%) пациентов - уретропластика по методу Брака - 1, у 40 (20%) больных уретропластика по методу Брака-2. У 5 (2,5%) больных проведена уретропластика по методу Дуплея.

Выводы. Тщательное освобождение полового члена от рубцовых процессов и полное выправление улучшают возможности создания уретропластики. Но при мошоночной и промежностной формах гипоспадии выбор хирургического метода лечения остаётся поэтапным. Таким образом, возникновение послеоперационных осложнений предполагает проведение исследований для разработки стандартизированных подходов к оценке гипоспадии и выбору метода хирургического лечения с целью улучшения результатов уретропластики.

Мехрангези М., Чалолова М.Н., Баротов В.А.

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОӢ ДАР СКЛЕРОЗИ ПАҲНШУДА

Кафедраи рентгенология ва радиологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ-ассистент Нуриддинов Ҷ.А.

Мақсади таҳқиқот. Ташҳиси барвақт ва оғози саривактии муолиҷаи склерози паҳншуда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ташҳиси барвақтии склерози паҳншуда тавассути тақвияти контрастии ин захмҳо мешавад, ки як моҳ пас аз пайдоиши онҳо боқӣ мемонад, ва он як аломати ҳоси дигари склерози паҳншуда ба шумор меравад.

Натиҷаи тадқиқот. Афзалияти муқоиса дар раванди ташҳиси склерози гуногун бо се хусусият нисбат ба усули муқаррарии таҳқиқот вобаста аст: 1. Афзоиши шумораи манбаҳои фаъоли демиелинизатсия; 2. Манбаҳои дар моддаи хокистарии зери кортикалӣ пайдо мешаванд, ки дар он ҷо онҳо одатан дар тасвирҳои стандартии вазндори T2 намоён нестанд; 3. Эҳтимолияти ошкор кардани захмҳои нодида гирифташуда дар тасвирҳои вазндори T2 меафзояд. Склерози паҳншуда дар речаи T1 захмҳои гипointензиро дар сохторҳои гуногуни мағзи сарро ошкор мекунад. Онҳо аксаран вақт онҳо дар наздикии шохҳои меъдаҷаҳои канорӣ, дар ҷисми пинашакл, дар пой мағзи миена, дар майначою пулча ҷойгир шудаанд. Дар тасвирҳои T1-и тарозушуда, манбаҳои демиелинизатсия аз моддаи сафед ториктар ба назар мерасанд, ки ба "сӯроҳҳои тира" монанд аст. Ин манбаҳои музмин аз даст додани аксонҳоро тавсиф намояд. Дар аксҳои T2 манбаҳои ҳоси демиелинизатсия дар ҳама мушоҳидаҳо дар шакли очаҳои шиддати баланд муайян карда мешаванд, аммо дар ин ҳолат манбаҳои хурд намоёнанд, ки дар тасвирҳои вазни T1 муайян карда намешаванд. Усули тадқиқоти МР бо контраст бештар иттилоот медиҳад. Дар ин ҳолат, маълумоти МР-и тадқиқот обективӣ аст, яъне дар арзёбии ҳаҷми манбаъ, инчунин пайдоиши ҳалқаи сафед, ки дар ба шиддат гирифтани раванд далолат менамояд. Назорати МР дар динамика имкон медиҳад, ки фаъолияти бемориро дар робита бо тасвири гуногунранги мушоҳидашуда арзёбӣ кунад: баъзе пулакчаҳо нопадид мешаванд, баъзеи дигар пайдо мешаванд, андозаи минтақаҳои зарардида ҳамзамон зиед ва кам мешаванд. Ғайр аз ин, ворид кардани моддаҳои контрастӣ имкон медиҳад, ки аломати ҷолиби патогномониро ошкор кунад. Он одатан дар шакли фокусҳои перивентрикулярӣ муайян карда мешавад, ки ба самти радиалӣ аз меъдаҷаҳо ба кишри мағзи сар равона карда мешаванд. Лавҳаҳои ҷудогона дар пояи мағзи сар ва мағзи сар ҷойгир буданд. Лавҳаҳо аз ҷиҳати шакл гуногун буданд. Захмҳои калонтар номунтазам, асосан аз ҷиҳати сохтор гетерогенӣ буданд ва канорҳои дандонадор ва норавшан доштанд. Баръакс, захмҳои хурдтар мунаввар, бо тарҳи равшан ва сохтори яхела буданд. Андозаи ҳадди аксар захм 20.0 x 18.7 мм, ҳадди ақал 2.88 x 1.21 мм аст. Қобили зикр аст, ки аксари заҳмҳо дар ҷисми пинашакл ҷойгир шудаанд. Дар таҳҳиси магнитӣ-резонансӣ мавҷудияти манбаҳои сершумор ба таври дар аввали беморӣ нишон медиҳад, ки раванди патологӣ муддати тӯлонӣ субклиникӣ инкишоф ёфтааст. Муайян карда шудааст, ки зухуроти клиникӣ беморӣ аксаран бо пайдоиши заҳмҳо дар пояи мағзи сар ва ҳароммағз ба амал меоянд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, таҳҳиси магнитӣ-резонансӣ бо истифода аз моддаҳои контрастӣ, ки дорои ҳосиятҳои парамагнитӣ мебошанд, бо иттилооти баланд тавсиф меёбад ва дар аксари ҳолатҳо аломатҳои ҳоси склерози паҳншударо ошкор мекунад, ки дар навбати худ имкон медиҳад, ки фаъолияти раванди патологӣ муайян карда шавад ва склерози паҳншударо дар марҳалаҳои аввали рушди беморӣ таҳҳис карда шавад.

Ҷафаров М.Ф., Раҳматзода Д.Ҷ., Холиқулова Х.Х.

ОМУӢЗИШИ АҲАМИЯТИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОӢ ДАР ТАШХИСИ САРАТОНИ ПАНКОСТ

Кафедраи рентгенология ва радиологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино". Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ - муаллими калон Нажмуддинов Х.Ҳ.

Мақсади таҳқиқот. омӯхтани аҳамияти усулҳои шуоӣ дар таҳҳиси саратони Панкост.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқоти омӯӣ интиҳобӣ гузаронида шуд. Обьекти таҳқиқот маълумоти бойгонии

қайди 219 беморони шўъбаи ташхиси рентгенӣ, ултрасадо ва эндоскопии МЧИС мебошанд. гузаронида шудааст. Синни беморон 47 то 73 сола буда, медианай назорат 5 солро ташкил дод.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар асоси маводҳои таҳқиқоти оморӣ 3 бемор бо ташхиси саратони Панкост интиҳоб карда шуданд. Ҳар се бемор мард буда, синнашон 58 ва 67 сол буд. Барои тасдиқи ташхис томографияи компютери бисёрсоҳаи кафаси сина истифода шуд. Ин усулҳо як қатор аломатҳои ҳоси саратони Панкостро нишон доданд. Навдаҳои омосӣ дар ҳар се бемор дар шуши рост ҷойгир буданд, контури номуайяну шуомонанд доштанд ва ба плевраи паракосталӣ (плевраи канори қабурғаҳо) таъя мекарданд. Андозаи омосҳо дар доираи гуногун тағйир меёфт (дар бемори якум — 44x47x47, дар бемори дуюм — 50x57x44). Хусусияти фарқкунандаи омос — сабзиши он ба сохторҳои ҳамсоҳ буд: дар бемори якум сабзиш ба миёнасина (медиастинум) мушоҳида шуд, дар бемори дуюм бошад сабзиш ба устухонҳо (панҷум муҳраи қисми синагӣ ва сари қабурғаи панҷум) муайян гардид.

Хулоса. Дар натиҷаи таҳқиқот муайян шуд, ки саратони Панкост 0,5 ғоизи ҳамаи ҳолатҳои саратони қуллаи шушро ташкил медиҳад ва ин патология бештар дар мардон вомерӯад.

Чернухо М.С., Шишло Л.Ю.

ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН У ПАЦИЕНТОВ С ЛУНОЧКОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПО ДАННЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЗ «14-я ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ ПОЛИКЛИНИКА ПАРТИЗАНСКОГО РАЙОНА Г.МИНСК»

Кафедра хирургической стоматологии, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Научный руководитель: доктор мед. наук, профессор Т.Л. Шевела

Цель исследования. Изучить особенности заживления зубных альвеол и операционных ран у пациентов на фоне приема антикоагулянтов на амбулаторном приеме.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты, находившиеся на амбулаторном лечении в стоматологическом отделении учреждения здравоохранения «14-я Центральная районная поликлиника Партизанского района г. Минска». Основную группу составили пациенты, постоянно принимающие антикоагулянты по поводу сердечно-сосудистой патологии. Группу контроля составили пациенты без сопутствующей патологии, не принимающие антикоагулянты. Всем пациентам были проведены амбулаторные хирургические вмешательства: удаление ретинированных и дистопированных зубов, а также цистэктомия с резекцией верхушки корня во фронтальном отделе. Клиническое наблюдение осуществлялось на 3-и и 7-е сутки после операции. Для оценки регенераторных процессов в динамике проводился забор мазков-отпечатков в области линии швов. Полученный материал изучали методом световой микроскопии при увеличении 1:400.

Результаты исследования. В ходе анализа клинических наблюдений было установлено, что у пациентов, принимающих антикоагулянты, заживление операционных ран имеет ряд существенных отличий от группы контроля. В основной группе наблюдался более выраженный и длительный коллатеральный отек мягких тканей в послеоперационном периоде. У большинства пациентов данной группы формировались обширные гематомы мягких тканей различной степени интенсивности. Сроки полного заживления и эпителизации раны у пациентов на фоне приема антикоагулянтов были статистически значимо увеличены по сравнению с пациентами контрольной группы, что свидетельствует о замедлении репаративных процессов. По данным цитологического исследования клеточного состава мазка-отпечатка, взятого из области швов, констатировалось наличие *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis* в большом количестве, а также лейкоцитов и макрофагов.

Выводы. У пациентов на фоне приема антикоагулянтов после операции наблюдается выраженный отек, гематома мягких тканей, увеличиваются сроки заживления раны. Таким образом группа пациентов на фоне приема антикоагулянтов требует предоперационной подготовки с консультацией врача-кардиолога или терапевта с целью исключения временного приема антикоагулянтов и проведение лабораторного исследования (коагулограммы).

Чупонов Х.Р., Гулов М.Э., Айниев С.Б.

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Кафедра хирургических дисциплин №3, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель –к.м.н., Айнизода Б.С.

Цель исследования. Сравнить основные показатели амбулаторной помощи пациентам с заболеваниями и последствиями травм тазобедренного сустава (ТБС)

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ первичной медицинской документации пациентов с заболеваниями и последствиями травм тазобедренного сустава, обратившихся и проходивших лечение в Республиканской клинической больнице Дангары в 2025 году. В исследование включены истории болезни, амбулаторные карты и результаты инструментальных методов диагностики. Оценивались возраст, пол пациентов, характер патологии, методы лечения и исходы терапии.

Результаты исследования. Анализ обращаемости показал, что основную долю пациентов составили лица пенсионного (53,2%) и трудоспособного возраста (41,2%), что свидетельствует о высокой распространённости патологии тазобедренного сустава среди социально активного и пожилого населения. Доля студентов (5,1%) и неработающих граждан (0,5%) была минимальной. В структуре причин обращений к травматологу-

ортопеду доминировали дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава (69,1%), что указывает на ведущую роль хронической суставной патологии в формировании потребности в специализированной помощи. Обращения по поводу травм составили 29,9%, тогда как последствия производственных травм регистрировались менее чем в 1% случаев, что отражает их низкую распространенность в исследуемой популяции. Среди пациентов с болевым синдромом в области тазобедренного сустава преобладал диагноз коксартроз (54,7%), подтверждая его ведущую нозологическую позицию в структуре патологии. Доля пациентов с наличием ортопедических имплантов составила 7,9%, а последствия переломов проксимального отдела бедренной кости — 37,4%. Обращаемость пациентов после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава составила 3,4%.

Выводы. Структура обращаемости определяется преимущественно дегенеративно-дистрофической патологией, главным образом коксартрозом, при преобладании лиц пожилого и трудоспособного возраста.

Шамсуллозода Ш.Н., Корчаев Т.М., Сайдалиев Ш.Ш.

ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА И РЕЦИДИВОВ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ СЛОЖНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ МЕТОДАМИ СЕПАРАЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ

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

Научный руководитель - к.м.н, доцент Халимов Дж.С.

Цель исследования. Оптимизация результатов хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) путём патогенетического обоснования применения различных вариантов сепарационной пластики компонентов брюшной стенки.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 148 пациентов с ПОВГ. Этиологическими факторами формирования грыжевых дефектов служили: несоблюдение охранительного режима - 36 (24,3%), релапаротомии в анамнезе - 25 (16,9%), раневая инфекция - 18 (12,2%), лигатурные свищи - 11 (7,4%). В 41,9% случаев (n=58) генез был идиопатическим. С целью прогнозирования риска развития абдоминального компартмент-синдрома 15 пациентам (10,1%) выполнена компьютерная томография с расчетом гернио-абдоминального индекса (соотношение объема грыжевого содержимого к объему брюшной полости).

Результаты исследования. Алгоритм выбора метода герниопластики базировался на показателях интраоперационного мониторинга внутрибрюшного давления (ВБД). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от способа реконструкции. Анализ отдаленных результатов (срок наблюдения до 4,5 лет) выявил 12 рецидивов. Наиболее высокая частота рецидивирования отмечена в первой (8,6%) и третьей (13,0%) группах, где применялись традиционные методики. Во второй группе, где использовалась задняя сепарационная пластика (Transversus Abdominis Release - TAR), частота рецидивов была минимальной - 1 случай (2,3%).

Летальность составила 1,3% (2 случая), причиной которой послужило развитие декомпенсированного абдоминального компартмент-синдрома с исходом в полиорганную недостаточность у пациентов с сопутствующим морбидным ожирением.

Вывод. ПОВГ остаются серьезным осложнением лапаротомии, особенно у коморбидных пациентов. Применение стандартных натяжных методик сопряжено с высокой частотой рецидивов и риском гипертензионных осложнений. Внедрение задней сепарационной пластики с применением сетчатых эндопротезов (Sublay) позволяет эффективно восстановить целостность белой линии живота, увеличить объем брюшной полости и достоверно улучшить результаты лечения в сравнении с традиционными методами.

Шарипов А.В., Дустова М.У, Мусозода Н.А.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарипов В.Ш.

Цель исследования. Совершенствования способов своевременной рентгенодиагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) для разработки надежных методов коррекции и профилактики ГЭРБ осложнений.

Материал и методы. В период с 2015 по 2025 год в хирургическом отделении ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» проходили лечение 127 пациентов грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненными развитием ГЭРБ. В качестве обязательных методов изучения состояния зоны пищевода-желудочного перехода у всех больных применяли эндоскопическое и рентгенологическое исследование. В обязательном порядке выполняли биопсию и морфологический анализ эзофагеального эпителия. Непременным предметом изучения являлось функциональное состояние двенадцатиперстной кишки. Полученная при рентгенологическом исследовании диагностическая информация, в совокупности с клиническими данными и результатами фиброэзофагогастроскопии и биопсии слизистой оболочки пищевода, помогала в выборе лечения.

Результаты исследования. Исследование начинали с обзорной рентгеноскопии грудной полости. При этом основное внимание обращали на наличие дополнительной гомогенной тени на фоне средостения. Данный симптом, характерный для грыж пищеводного отверстия диафрагмы, выявляли у 7 пациентов (5,5%) анализируемой группы. У трёх пациентов (2,3%) на фоне тени сердца был обнаружен газовый пузырь с уровнем жидкости. Подобная рентгенологическая картина расценивалась как признак фиксированной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В 15 наблюдениях (11,8%) отчетливая картина хронического пептического эзофагита отмечена на фоне отсутствия специфических жалоб. Рентгенологические признаки легкого эзофагита

определялись у 30 человек (23,6%), среднетяжелого — у 77 (60,6%). Аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы был диагностирован у 109 пациентов (85,8%). У 83 человек (65,3%) миграцию желудка в грудную полость выявляли без дополнительных провокационных проб. У обследованных (15%) потребовалось выполнение тех или иных вспомогательных приемов. Наиболее распространенными симптомами являлись гипоксия и хаотичность сокращений пищевода, продолжительная задержка барьерной взвеси в его просвете, а также — ретроградная гастро-эзофагеальная регургитация. У 12 человек (11,2%) выявлено выраженное замедление опорожнения желудка на фоне дуоденостаза.

Выводы. Таким образом, представленный анализ результатов рентгенологического исследования с ГЭРБ, развившейся на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы, позволяет признать данный метод диагностики простым и весьма информативным. Исключительную ценность для понимания патогенетических механизмов заболевания и выбора оптимальной лечебной стратегии в каждом конкретном случае представляет изучение моторно-эвакуаторной функции пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Шарипов А.Р.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА: ОТ ХАОСА К СИСТЕМЕ – ВОЗМОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Кафедра общей и детской хирургии, Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Касимов У.К.

Цель исследования. Разработать и обосновать алгоритм ранней диагностики и выбора хирургической тактики при инфекциях мягких тканей у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведен анализ современных клинических рекомендаций и научных публикаций, посвященных проблеме инфекций мягких тканей у пациентов с сахарным диабетом. Изучены особенности патогенеза, клинического течения и тактики лечения данной патологии. Особое внимание уделено влиянию диабетической микроангиопатии, нейропатии и нарушений иммунного ответа на развитие и прогрессирование инфекционного процесса. На основании анализа данных литературы разработан алгоритм ранней диагностики, стратификации тяжести инфекционного процесса и выбора хирургической тактики.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с сахарным диабетом инфекции мягких тканей характеризуются атипичным клиническим течением, быстрым прогрессированием воспалительного процесса и высоким риском развития некротизирующих форм. По данным ряда клинических исследований, до 10–20% эпизодов тяжелых инфекций мягких тканей наблюдается у пациентов с сахарным диабетом, а частота осложнений у данной категории больных в 4–5 раз выше по сравнению с пациентами без нарушений углеводного обмена. Нередко отмечается стертая клиническая симптоматика, что приводит к поздней диагностике и увеличению частоты септических осложнений. Предложенный алгоритм ведения пациентов включает раннюю оценку тяжести инфекционного процесса, своевременную хирургическую санацию очага инфекции, рациональную антибактериальную терапию и обязательную метаболическую коррекцию. Комплексный подход предполагает мультидисциплинарное взаимодействие хирургов, эндокринологов и специалистов интенсивной терапии, что позволяет оптимизировать лечение данной категории пациентов. Предполагается, что внедрение системного алгоритмизированного подхода позволит снизить частоту осложнений, уменьшить необходимость повторных хирургических вмешательств и улучшить клинические исходы лечения.

Выводы. Инфекции мягких тканей у пациентов с сахарным диабетом характеризуются более тяжелым и атипичным течением, что затрудняет их раннюю диагностику. Ведущую роль в развитии осложнений играют метаболические нарушения, микроангиопатия и снижение иммунной реактивности организма. Применение алгоритмизированного подхода к диагностике и выбору хирургической тактики позволяет повысить эффективность лечения и снизить риск развития осложнений. Разработанный алгоритм систематизирует диагностический и лечебный подход к инфекциям мягких тканей у пациентов с сахарным диабетом и может быть использован в клинической практике для раннего выявления тяжелых форм заболевания и своевременного выбора хирургической тактики.

Шарифзода С.А, Убайдов Д.ДЖ, Махадов С.К.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФРАКЦИЙ ПЛАЗМЕННЫХ БЕЛКОВ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Изучить современные методы улучшения заживления послеоперационных ран.

Материал и методы. Проведен анализ современных научных публикаций, клинических рекомендаций и патентных разработок, посвященных использованию продуктов крови и фракций плазмы для лечения ран у 23 пациентов с нагноением послеоперационных ран брюшной стенки, которые находились на стационарном лечении в отделениях хирургии ГУ ГЦСМП г. Душанбе, являющихся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, за период с 2023 по 2026 годы. Рассмотрены механизмы действия плазменных белков, включая альбумин, α - и β -глобулины и другие биологически активные компоненты, участвующие в процессах регенерации тканей и противовоспалительной защите организма.

Результаты исследования. Установлено, что фракции плазменных белков обладают выраженным регенераторным потенциалом. Основные механизмы их действия включают стимуляцию клеточной пролифера-

ции, уменьшение воспалительной реакции и активацию процессов ангиогенеза. Введение препаратов, содержащих фракции плазмы крови, способствует ускорению эпителизации раневой поверхности, уменьшению выраженности воспаления и снижению риска инфекционных осложнений. Кроме того, применение данных препаратов положительно влияет на восстановление поврежденных тканей после хирургических вмешательств и уменьшает длительность послеоперационного периода доказано, что использование фракций плазмы крови улучшает процессы заживления как острых, так и хронических ран, включая хирургические раны, травматические повреждения и ожоги. Также отмечено снижение выраженности болевого синдрома и ускорение функционального восстановления пациентов после операции.

Выводы. Использование фракций плазменных белков является перспективным направлением современной регенеративной медицины. Применение препаратов, полученных из плазмы крови, способствует ускорению заживления ран, снижению воспалительных процессов и улучшению клинических результатов лечения. Дальнейшие исследования позволят более широко внедрить данный метод в хирургическую практику.

Шарифзода С.А, Убайдов Д.Дж, Махадов С.К.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Изучить современные методы лечения послеоперационных гнойных ран передней брюшной стенки.

Материал и методы. Анализ научной литературы, клинических рекомендаций и патентных разработок по лечению гнойных ран у 17 пациентов с нагноением послеоперационных ран брюшной стенки, которые находились на стационарном лечении в отделениях хирургии ГУ ГЦСМП г. Душанбе, являющихся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, за период с 2022 по 2026 годы. Рассмотрены методы хирургической обработки ран, активного дренирования, вакуум-терапии и местной медикаментозной терапии.

Результаты исследования. Основными принципами лечения послеоперационных гнойных ран являются: хирургическая обработка раны: вскрытие гнойных затеков; удаление некротических тканей (некрэктомия); создание адекватного оттока гнойного экссудата. Дренирование раны: пассивное и активное дренирование; применение вакуум-дренажных систем, обеспечивающих постоянный отток экссудата и ускорение репаративных процессов. Местная медикаментозная терапия: обработка антисептическими растворами; использование антибактериальных мазей и сорбционных повязок; применение цитокинотерапии для стимуляции заживления тканей. Общая терапия: назначение антибиотиков с учётом чувствительности микрофлоры; дезинтоксикационная терапия; коррекция иммунных нарушений.

Выводы. Комплексный подход к лечению послеоперационных гнойных ран передней брюшной стенки является наиболее эффективным. Основными компонентами лечения являются своевременная хирургическая санация раны, адекватное дренирование, антибактериальная и местная терапия, что способствует ускорению репаративных процессов и снижению частоты осложнений.

Шарифзода Х., Джурабоев Дж.З., Вахобова П.Х.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

Кафедра общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Научный руководитель – к.м.н. Пулотов К.Дж.

Цель исследования. Проанализировать особенности кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на этапах госпитального обследования в условиях санитарной авиации и эффективность различных методов эндоскопического гемостаза

Материал и методы. Проанализировано 521 случай кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта за период с 2020 по 2025 гг. в лечебных учреждениях Хатлонской и Согдийской областей, а также в районных больницах республиканского подчинения. Мужчин было 425 (81,7%), женщин – 96 (18,3%). Возраст больных варьировало от 19 до 74 лет. С целью эндоскопического гемостаза использовали следующие способы: электрокоагулятор, инфильтрация и эндоклипсы.

Результаты исследования. При установлении источника кровотечения важными особенностями диагностики считали его локализацию, интенсивность и определение степени риска рецидива кровотечения. Источниками кровотечений являлись: синдром Маллори-Вейса – 62 (11,9%); варикозно расширенные вены пищевода и субкардиального отдела желудка – 57 (10,9%); эрозивно-язвенный эзофагит – 26 (5,0%), острые геморрагические гастропатии – 28 (5,3%) острые и хронические язвы желудка – 120 (23,0%), и двенадцатиперстной кишки – 198 (38,0%); пептическая язва гастроэнтероанастомоза – 12 (2,3%), ангиодисплазия желудка – 6 (1,1%), рак желудка (ГИСО) – 7 (1,3%) пациентов. У 5 (0,9%) пациентов источник кровотечения не выявлено.

На момент выполнения гастроскопии у 289 (55,4%) пациентов симптомы продолжающегося кровотечения отсутствовали, однако риск рецидива был высоким. Эндоскопический гемостаз был выполнен у 397 (76,2%) пациентов. Его эффективность зависела от активности кровотечения и способа остановки. Инфильтрация слизистой оболочки растворами 3% этюксисклерола и эпинефрина позволила эффективно остановить кровотечение у 110 пациентов и предупредить его рецидив. Электрокоагуляция как метод первичного гемостаза была эффективна у 38 больных с продолжающимся кровотечением язвенной этиологии. Эндолигирование

проводилось у 58 пациентов с синдромом портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен 3 степени, у которых в анамнезе были пищеводные кровотечения (1–3 эпизода в течение последних 12–18 месяцев).

При нестабильном гемостазе у 109 из 117 предпочитали комбинированный гемостаз: орошение, инфльтрацию растворов, термокоагуляция. При рецидиве кровотечения в 97,2% случаях комбинированный эндоскопический гемостаз оказался эффективным. Первичный гемостаз методом эндоклиппирования был достигнут у 58 (11,1%) пациентов на высоте продолжающегося капиллярного кровотечения. Осуществляли динамический контроль через 3 часа, 24 часа, 48 часов, на 3 и 7 сутки. Летальный исход наступил только у 2 (0,3%) больных в послеоперационном периоде вследствие полиорганной недостаточности.

Выводы. Таким образом, в условиях санитарной авиации при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, экстренная эндоскопия является основным методом, позволяющим точно выявить источник кровотечения и выработать оптимальную лечебную тактику. Комбинированный эндоскопический гемостаз является наиболее эффективным методом при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, позволяя достичь первичного гемостаза в 97,2% случаев.

Шарифи Неккадам

СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ОТ РАДИКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ.

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

Научный руководитель: д.м.н. Каримова Ф.Н.

Цель исследования. Анализ эффективности и безопасности современных методов лечения рака шейки матки.

Материал и методы. Обобщены данные рандомизированных исследований (KEYNOTE-826, GOG 0263) и мета-анализов за 2020–2024 гг. Оценены подходы: трахелектомия при стадиях IA2-IB1, IMRT/IGRT с одновременной химиотерапией (цисплатин + паклитаксел), применение анти-PD1 агентов (пембролизумаб) и ADC-препарата tisotumab vedotin.

Результаты исследования. Внедрение радикальной трахелектомии позволило сохранить фертильность у 72% пациенток ранних стадий без снижения 5-летней выживаемости (95% против 96% при гистерэктомии). При местнораспространенном РШМ лучевая терапия с модуляцией интенсивности (IMRT) снизила частоту поздних энтеритов на 15-20% по сравнению со стандартным облучением. Ключевым прорывом стала иммунотерапия: добавление пембролизумаба к химиотерапии у пациенток с PD-L1-позитивным статусом (CPS ≥ 1) повысило общую выживаемость (HR 0,64; $p < 0,001$). При рецидивах эффективность tisotumab vedotin (ADC против фактора тканевого фактора) достигла 24% объективных ответов у ранее интенсивно леченных больных.

Выводы. Современное лечение РШМ базируется на стратификации риска и молекулярно-генетическом профиле (PD-L1, HER2, NTRK). Переход от универсальной радикальной хирургии к комбинированным методам с иммунотерапией позволяет улучшить онкологические исходы при сохранении качества жизни. Требуется уточнения роль неоадьювантной иммунохимиотерапии при массивных опухолях.

Шарифова Н.Б.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПТОЗА БРОВЕЙ

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

Таджикистан.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., Одинаева М.С.

Цель исследования. Определить наиболее эффективный способ коррекции птоза линии бровей.

Материал и методы. С 2020 по 2026 гг в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии были оперированы 21 пациент с птозом бровей. Группу больных с птозом обеих бровей составили 16 (76,2%). В 5 случаях (23,8%) у больных отмечалась асимметрия бровей. Средний возраст больных составил 26 лет. Мужчин было 7 (33,3%), женщин – 14 (66,7%). Операция проводилась под местным обезболиванием. Длительность операции в среднем 30-40 минут. Разрез в виде запятой осуществляется по верхнему краю роста волос. Ширина удаляемого участка кожи известна еще до операции. Вдоль верхнего края раны удаляют также полоску лобной мышцы шириной 8-10 мм, благодаря чему достигается лучшая иммобилизация брови. Далее проводится непосредственно поднятие брови – подкожные ткани нижнего края раны подшивают к надкостнице у верхнего края раны. Операцию заканчивали наложением непрерывного внутрикожного косметического шва.

Результаты исследования. Ведение послеоперационного периода соответствовало стандартам, принятым в коррекции бровей. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, раны зажили первично, без развития осложнений. Швы снимались на 7 сутки. Все больные были довольны ближайшими результатами операции. Отдаленные результаты в сроках от 6 месяцев до 5 лет изучены у 8 (44,4%) больных. У всех наблюдавшихся больных отдаленные результаты были хорошими и удовлетворительными. Необходимости в корригирующих операциях не было.

Выводы. Таким образом, вышеизложенный материал подтверждает важность выполнения коррекции птоза линии бровей, с обязательным поэтапным выполнением операции, при котором отмечается более быстрое заживление раны, что способствует получению хороших эстетических результатов.

Шаропова М.Х., Мухиддинов З.В., Назаршоева Б.А.
ВЛИЯНИЕ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования: оценить влияние пролапса тазовых органов на характер нарушений мочеиспускания у женщин.

Материал и методы: в исследование были включены 30 пациенток с пролапсом тазовых органов III степени. Из них у 15 пациенток диагностировано цистоселе (n=15), у 15- ректоцеле III степени. Возраст пациенток колебался от 45 до 75 лет, средний возраст составил 59.8 ± 7.4 года. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование, включающие сбор жалоба и анамнеза, гинекологический осмотр, оценку функции мочеиспускания, определение остаточной мочи и функциональные пробы. У пациенток с ректоцеле дополнительно выполнялась проба с ручной коррекцией пролапса задней стенки влагалища для оценки механического влияния на акт мочеиспускания. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия χ^2 , различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования: среди пациенток с цистоселе III степени нарушения мочеиспускания выявлены у 10 из 15 (66,7%). Полная задержка мочи наблюдалась у 5 (33,3%) пациенток, неполное опорожнение мочевого пузыря- у 5(33,3%). У 5 из 15 пациенток (33,3%) нарушение мочеиспускание не выявлено. Кроме того, у 8 из 15 пациенток с цистоселе III степени (53,3%) диагностировано стрессовое недержание мочи, проявляющееся при кашле, физической нагрузке и натуживании. Среди пациенток с ректоцеле III степени нарушения мочеиспускания выявлены у 7 из 15 пациенток (46,7%). Данные нарушения были обусловлены механической компрессией уретры и шейки мочевого пузыря пролабирующей задней стенкой влагалища, что приводило к затруднению опорожнения мочевого пузыря. У 8 из 15 пациенток (53,3%) ректоцеле не оказывало значимого влияния на функцию мочеиспускания. При проведении пробы с ручной коррекцией ректоцеле у всех 7 пациенток с нарушением мочеиспускания отмечалось в восстановление нормального акта мочеиспускания и возможность полноценного опорожнения мочевого пузыря, что подтверждает механический характер обструкции. Сравнительный анализ показал, что нарушения мочеиспускания чаще встречались у пациенток с цистоселе III степени (66,7%), чем у пациенток с ректоцеле III степени (46,7 %), однако различия носили умеренный характер ($\chi^2=4,12$; $p=0,04$).

Выводы: пролапс тазовых органов III степени является значимым фактором развития нарушений мочеиспускания у женщин. Цистоселе III степени является значимым фактором развития нарушений мочеиспускания у женщин. Цистоселе III степени чаще сопровождается нарушением опорожнения мочевого пузыря и стрессовым недержанием мочи, тогда как при ректоцеле III степени нарушения мочеиспускания преимущественно обусловлены механической компрессией уретры и шейки мочевого пузыря. Положительный эффект ручной коррекции ректоцеле подтверждает механическую природу инфравезикальной обструкции у данной категории пациенток.

Шахсаворбеков А.Ш
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель- д.м.н., профессор Султанов Д.Д

Цель исследования. Изучить эффективность эндоваскулярного лечения у пациентов с острыми тромбозами артерий нижних конечностей

Материал и методы. В нашем Центре за период с декабря 2020 по июнь 2025 года эндоваскулярным методом были прооперированы 60 пациентов с острыми тромбозами артерий нижних конечностей. Возраст пациентов колебался от 46 до 71 года, в среднем составив 62 года. Все пациенты поступали в клинику с картиной острых тромбозов артерий нижних конечностей. Срок от момента развития симптомов до поступления в отделение колебался от 8 часов до 12 дней. Диагноз ставился на основании ультразвуковой доплерографии артерий нижних конечностей и селективной ангиографии. У всех 60 пациентов доступ выполнялся после мобилизации общей бедренной артерии под местной анестезии. У всех 60 пациентов были выполнены тромб аспирация и тромб экстракция из артерий нижних конечностей. Результат операции подтверждался с помощью контрольной ангиографии интраоперационно.

Результаты исследования. Частота клинического и ангиографического успеха операции в госпитальном периоде составила 80%. У 51 (85%) пациентов была отмечена полная проходимость всех артериальных сегментов нижних конечностей, у 9 (15%) – отмечался ретромбоз с последующей декомпенсацией кровообращения в конечностях. у 54 (90%) пациентов далее были выполнены эндова-скулярные вмешательства на пораженной конечности с имплантацией стентов и ангиопластикой в область атеросклеротических сужений. Осложнения в госпитальном периоде были отмечены у 9 (20%) пациентов в том числе ретромбоз с последующей ампутацией конечности.

В современных условиях эндоваскулярные методики лечения острого тромбоза артерий нижних конечностей становятся все более популярными. Одним из преимуществ эндоваскулярной тромб аспирации и тромб экстракции из артерии нижних конечностей является их малотравматичность а также устранение причины за счёт которой может возникать ретромбоз и последующая декомпенсация кровообращения в конечностях.

Выводы. Эндоваскулярная тромб аспирация и тромб экстракция являются эффективными и безопасными вмешательствами у пациентов с острыми тромбозами артерий нижних конечностей.

Шахсаворбеков А.Ш.

РЕПЕРFUЗИОННЫЙ СИНДРОМ И СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель- д.м.н., профессор Султанов Д.Д

Цель исследования. Изучить особенности реперфузионного синдрома, системной воспалительной реакции, окислительного стресса и антиоксидантной защиты у пациентов с острой ишемией нижних конечностей.

Материал и методы. Исследование носило проспективный характер и включало изучение некоторых показателей системной воспалительной реакции, окислительного стресса и антиоксидантной защиты при реперфузионном синдроме. Показатели системной воспалительной реакции, ПОЛ и АОС были исследованы среди 30 пациентов из 100 в связи с ограниченностью данных методов исследования в условиях РНЦССХ. Возраст пациентов колебался от 46 до 71 лет, в среднем составив 62 года. Все пациенты поступали в клинику с острой ишемией нижних конечностей артерий нижних конечностей. Срок от момента развития симптомов до поступления в отделение колебался от 8 часов до 12 дней. Диагноз ставился на основании ультразвуковой доплерографии артерий нижних конечностей и селективной ангиографии.

Результаты исследования. Результаты лабораторных анализов пациентов ОИНК при поступлении: СОЭ - значение ($42,3 \pm 7,1$ мм/ч), норма (2-15мм/ч). Лейкоциты- значение ($12,7 \pm 1,5 \times 10^9$), норма ($4,5-9 \times 10^9$). СРБ- значение ($16,1 \pm 4,2$ мг/л), норма (до 5мг/л). Фибриноген- значение ($8,5 \pm 0,9$ г/л), норма (до 4 г/л). МДА- значение ($3,9 \pm 0,1$ ммол/л), норма (до 1,2 мкмол/л). ДК- значение ($0,77 \pm 0,04$ ед.а/ч), норма (до 0,25 ед. а /мл).

Результаты лабораторных анализов пациентов при реперфузионном синдроме: МДА- значение ($3,9 \pm 0,1$ ммол/л), норма (до 1,2 мкмол/л). ДК- значение ($0,77 \pm 0,04$ ед.а/ч), норма (до 0,25 ед. а /мл). СОД- значение ($20,8 \pm 1,0$ у.е/л), норма (до 12 у.е/л). Каталаза- значение ($128,9 \pm 11,2$ мкмол/л), норма (до 80мкм/л).

Выводы. Острая ишемия нижних конечностей сопровождается ишемически-реперфузионным повреждением проявляющимся синдромом эндогенной интоксикации, нарушением обмена глюкозы и активацией процессов липопероксидации и антиоксидантной системы. После устранения острой ишемии не всегда отмечается значимое снижение показателей перекисного окисления липидов и некоторых показателей воспаления. В связи с этим рекомендуется продленное применение антиоксидантов в реперфузионном периоде.

Ширинов З.М. 1, Акрамов С.2

ПРИМЕНЕНИЕ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА

¹Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республике Таджикистан», Таджикистан.

²МДММТ «Шифобахш». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Ашуrow Р.Г.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургической реконструкции сложных дефектов черепа путём применения 3D-моделирования и 3D-печати.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на клинической базе ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» и МДММТ «Шифобахш» в период с 2023 по 2026 40 пациентах со сложными краниальными дефектами. Контрольную группу составили 25 пациентов, которым выполнялась реконструкция традиционным способом, а основную группу — 15 пациентов, которым выполнялась реконструкция с применением 3D-моделирования и 3D-печати. Для всех пациентов проводились клинические обследования, хирургические вмешательства, КТ с 3D-реконструкцией, морфометрический и сравнительно-аналитический анализ. Индивидуальные конструкции создавались методом прототипирования и литья из композитного костного цемента Sinacet 3G Клиническая оценка включала неврологические функции, двигательные и сенсорные нарушения, координацию, симметрию и эстетические показатели реконструкции, а также контроль послеоперационных осложнений (смещение имплантата, отёк тканей, инфекция).

Результаты исследования. До операции у всех пациентов наблюдалась выраженная симптоматика: двигательные нарушения, снижение чувствительности, нарушение координации и диспропорция контуров черепного свода. После реконструкции у пациентов основной группы, которым применялось 3D-моделирование и 3D-печать, отмечено значительное улучшение: длительность реконструктивного этапа операции сократилась на 30–35 минут, точность прилегания имплантатов достигла 93%, симметрия реконструкции — 92%, восстановление двигательных функций произошло у 91% пациентов, сенсорных функций — у 90%, эстетические показатели реконструкции повысились до 92%. Послеоперационные осложнения наблюдались только у 6% пациентов основной группы, тогда как в контрольной — у 16%. Применение 3D-технологий позволило предоперационно точно спланировать реконструкцию, минимизировать интраоперационные манипуляции и создать индивидуальные конструкции с высокой анатомической точностью, что привело к улучшению неврологических, функциональных и эстетических показателей.

Выводы. 3D-моделирование и 3D-печать повышают точность прилегания имплантатов, симметрию и эстетические показатели реконструкции. Метод сокращает длительность реконструктивного этапа операции и снижает риск послеоперационных осложнений.

Шодиева М.З., Расулова С.И., Хусейнова Л.Н.
ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА РЕКТОЦЕЛЕ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Определить клинические, анатомические и функциональные факторы риска рецидива ректоцеле и оценить их влияние на исходы хирургического лечения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 136 пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство по поводу ректоцеле II-III степени. Диагноз основан на клинической информации, проктологических исследованиях и различных инструментальных методах оценки. Исследуемые переменные включают возраст и индекс массы тела, акушерский анамнез, наличие хронических запоров, признаки апикальной недостаточности, степень спуска тазового дна, структурные аномалии ректовагинальной перегородки и показатели эластичности сфинктерного аппарата.

Результаты исследования. Предварительное изучение данных показывает, что рецидив ректоцеле возникает в результате сочетания анатомических и функциональных расстройств тазового дна. К основным выявленным факторам риска относятся значительная недостаточность ректовагинальной фасции, опущение промежности и сопутствующий пролапс верхнего отсека. Эти изменения нарушают биомеханическую стабильность задней стенки влагалища, что приводит к рецидиву протрузии в передней стенке прямой кишки.

Функциональные расстройства, в частности дискоординация мышц тазового дна и хроническая обструктивная дефекация, вносят существенный вклад. Постоянное повышение внутрибрюшного давления во время дефекации постепенно подрывает целостность реконструированных тканей, что приводит к возникновению рецидивирующего дефекта. Системные факторы риска включают возраст старше 50 лет, ожирение и метаболические нарушения, которые снижают прочность соединительных тканей. Для женщин анамнез акушерства играет важную роль, особенно травматические роды, приводящие к повреждению мышц тазового дна и сфинктерного механизма. Еще одним фактором, способствующим этому, является недостаточная коррекция сопутствующих форм пролапса тазовых органов на начальном этапе хирургического вмешательства. Если лечение апикальной недостаточности остается без внимания, нагрузка переносится на задний отдел, что повышает вероятность повторного образования ректоцеле.

Следовательно, рецидив ректоцеле следует рассматривать как многофакторное заболевание, на которое влияет сочетание анатомических, функциональных и системных факторов.

Выводы. Рецидив ректоцеле возникает в результате многогранного взаимодействия структурных и функциональных аномалий тазового дна. К основным факторам риска относятся апикальная недостаточность, опущение промежности, хроническая обструктивная дефекация, возрастные изменения соединительной ткани и травмы мышц тазового дна.

Распознавание этих факторов до операции позволяет оптимизировать хирургические стратегии, адаптировать профилактические подходы и снизить вероятность рецидива заболевания.

Шодиева М.З., Расулова С.И., Хусейнова Л.Н.
ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВА РЕКТОЦЕЛЕ

Кафедра общей хирургии №1 им.проф. Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Д.К.

Цель исследования. Оценить влияние хронического запора и синдрома обструктивной дефекации на риск развития рецидива ректоцеле после хирургического лечения.

Материал и методы. Исследование основано на изучении клинических и функциональных данных пациентов, перенесших операцию по удалению ректоцеле II-III степени. В исследовании приняли участие 136 женщины с подтвержденным диагнозом ректоцеле, перенесшие реконструктивную операцию на заднем отделе тазового дна (задняя кольпография, пластика ректовагинальной перегородки, комбинированные вмешательства или вентральная ректопексия).

Результаты исследования. Анализ показал, что хронический запор является одним из наиболее важных факторов риска рецидива ректоцеле после хирургического вмешательства. У лиц с тяжелыми симптомами обструктивной дефекации частота дефектов ректовагинальной перегородки была значительно выше, чем у пациентов с нормальной функцией кишечника.

Исследования показывают, что постоянное напряжение во время дефекации приводит к хроническому повышению внутрибрюшного давления, что оказывает прямое механическое воздействие на задний отдел тазового дна. Следовательно, это повышенное давление создает дополнительную нагрузку на ректовагинальную перегородку и ткани, восстановленные хирургическим путем, что приводит к их постепенному растяжению и ослаблению.

Кроме того, у лиц, страдающих хроническими запорами, чаще наблюдались сопутствующие функциональные расстройства, такие как дискоординация мышц тазового дна, задержка опорожнения прямой кишки и признаки внутренней инвагинации. Эти изменения создают среду, способствующую повторному выпячиванию передней стенки прямой кишки, а также ухудшению обструктивной дефекации.

Примечательно, что наличие хронического запора часто коррелирует с рецидивом ректоцеле, сочетающего анатомические и функциональные расстройства. Даже если хирургический результат представляется удовлетворительным с анатомической точки зрения, продолжающиеся проблемы с дефекацией могут способствовать сохранению аномального повышения внутрибрюшного давления, способствуя тем самым прогрессированию рецидивирующего дефекта.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что хронический запор следует рассматривать не просто как симптом заболевания, а как независимый патогенный фактор, влияющий на неблагоприятные результаты хирургического лечения ректоцеле.

Выводы. Хронический запор является основным фактором риска рецидива ректоцеле и серьезно влияет на послеоперационные результаты. Борьба с хроническим запором должна рассматриваться как важнейший компонент усилий по предотвращению рецидива ректоцеле.

Шодмонходжаева Х.Н., Кодирова М.А., Косимова Г.С.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК НЕКОТОРЫХ РАЙОНОВ г. ДУШАНБЕ

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

ГУ ГЦЗ №1, ГУ ГРД №2

Научный руководитель к.м.н., доцент Мавлонова С.Н.

Цель исследования. Комплексная оценка распространенности гинекологической патологии среди девочек и девушек различных возрастных категорий — от препубертатного и пубертатного этапов развития — в городе Душанбе.

Материал и методы. Исследование носило ретроспективный описательно-аналитический характер. В ходе профилактических осмотров было обследовано 632 девочек и девушек. В общей сложности зарегистрировано 317 случаев гинекологической патологии различной степени выраженности и клинической значимости. Статистическая обработка материалов позволила определить удельный вес отдельных заболеваний, выявить наиболее распространенные формы патологии, а также оценить их соотношение в структуре общей гинекологической заболеваемости. Такой подход обеспечил возможность комплексной оценки состояния репродуктивного здоровья детского и подросткового населения.

Результаты исследования. По итогам профилактических осмотров в 2019-2021 году выявлен широкий спектр гинекологических нарушений. Среди них зарегистрированы задержка полового развития (82 случая) и преждевременное телархе (179 случаев), что отражает определенные особенности гормонального становления в пубертатный период. Значительную группу составили нарушения ритма и характера менструаций — 109 случаев, включая дисменорею (22 случая) и синдром предменструального напряжения (87 случая). Другие эндокринные расстройства выявлены в 115 наблюдениях. Кроме того, диагностированы воспалительные заболевания наружных половых органов (36 случаев), воспалительные заболевания внутренних половых органов (218 случаев). Анализ полученных данных показал, что после воспалительных заболеваний второе место по распространенности занимают нарушения менструального цикла. Подобная структура заболеваемости свидетельствует о необходимости усиления профилактики воспалительных процессов, коррекции гигиенических навыков и раннего выявления функциональных нарушений репродуктивной системы.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ демонстрирует значительную распространенность гинекологической патологии среди девочек и девушек г. Душанбе и подтверждает необходимость регулярного мониторинга состояния их репродуктивного здоровья. Ранняя диагностика, расширение охвата профилактическими осмотрами и повышение качества медицинской помощи способны существенно снизить показатели заболеваемости.

Шоев С.Н., Курбоналиев Дж.Ш.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ ИПО в СЗ РТ. Таджикистан

Научный руководитель-д.м.н., Ашуров Р.Г.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности хирургического и консервативного подходов к лечению гипертензивных внутримозговых гематом (ГВМГ), определить ключевые прогностические факторы, влияющие на исход заболевания, и разработать клинический алгоритм для оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы. Было проведено проспективный анализ данных 170 пациентов с верифицированным диагнозом гипертензивной внутримозговой гематомы (ГВМГ), госпитализированных в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в период с января 2021 по декабрь 2024 года.

Критериями включения в исследование служили: 1) верификация ГВМГ по данным компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ); 2) наличие полной клинической документации, включая данные о тактике лечения и исходе заболевания.

Критерии исключения: 1) вторичный генез кровоизлияния (травматический, на фоне артериовенозной мальформации, аневризмы или коагулопатии); 2) изолированное субарахноидальное кровоизлияние; 3) отсутствие данных об исходе лечения.

КТ-ангиография выполнялась по показаниям для исключения сосудистых мальформаций. Показаниями к её проведению являлись: молодой возраст пациента, субкортикальная локализация гематомы, наличие признаков субарахноидального кровоизлияния и отсутствие в анамнезе артериальной гипертензии.

Выбор лечебной стратегии (хирургическая или консервативная) осуществлялся индивидуально на основе комплексной оценки неврологического статуса, данных нейровизуализации (объема и локализации гематомы, выраженности дислокационного синдрома) и наличия сопутствующей патологии.

• Хирургическое лечение включало следующие методы: пункционную аспирацию с локальным фибринолизом, эндоскопическую эвакуацию и вентрикулостомию.

• Консервативная терапия была направлена на стабилизацию гемодинамики, контроль внутричерепного давления, коррекцию артериальной гипертензии и профилактику осложнений.

Результаты исследования. Хирургическое вмешательство выполнено у 53 больных (31,2%), консервативную терапию получили 117 больных (68,8%). Доля благоприятных исходов в хирургической группе была достоверно выше (71,7% против 52,1%; $p=0,016$). После коррекции по исходной тяжести состояния (ШКГ) и возрасту в многофакторной модели хирургическое лечение оставалось независимым предиктором благоприятного исхода (ОШ=2.34, 95% ДИ: 1.12–4.89, $p=0,024$). Стратификация по объему гематомы выявила, что при малых объемах (<30 мл) исходы были сопоставимы (62,5% против 60,0%; $p=0,854$). При средних объемах (30-60 мл) частота благоприятных исходов была выше в хирургической группе (84,0% против 52,4%; $p=0,021$), а при крупных (>60 мл) – значительно выше (58,3% против 12,5%; $p=0,009$).

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует, что оптимальная тактика ведения пациентов с ГВМГ заключается не в противопоставлении хирургического и консервативного методов, а в их строгой дифференциации на основе комплекса объективных критериев. Наиболее значимым прогностическим фактором, определяющим эффективность лечения, подтвержденным в ходе исследования, является объем гематомы. Установлено, что при малых объемах патологического субстрата консервативная терапия демонстрирует результативность, сопоставимую с хирургическим вмешательством, что оправдывает выжидательную тактику. В то же время, при крупных гематомах, ассоциированных с выраженным масс-эффектом и дислокационным синдромом, только активная хирургическая декомпрессия обеспечивает достоверное повышение вероятности благоприятного исхода, выполняя, в первую очередь, жизнесберегающую функцию.

Шокири У.Г., Хусенова Ш.М., Рахмонова Д.Р.

АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДОВ ПЛАНОВЫХ КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинические особенности планового кесарева сечения у женщин.

Материал и методы исследования. Материалом для данного исследования послужили данные 55 женщин, которым в 2024-2025 гг. в отделении акушерства и гинекологии Центральной районной больницы Дангаринского района было проведено плановое кесарево сечение.

Проведён ретроспективный анализ журналов регистрации пациенток, истории родов, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований. Методы исследования включали **клинический метод** (анализ анамнеза, течения беременности и особенностей родоразрешения), **лабораторные методы** (исследование крови и мочи для оценки общего состояния женщины и выявления возможных осложнений), **инструментальные методы** (ультразвуковое исследование (УЗИ) для оценки состояния плода и плаценты, электрокардиография (ЭКГ) для контроля сердечно-сосудистой системы). Полученные данные были введены в прикладную программу MS Excel для обработки.

Результаты исследования. За период 2024-2025 гг. в отделении акушерства и гинекологии Центральной районной больницы Дангаринского района было проведено **55** плановых кесаревых сечений. К числу показаний, связанных с состоянием плода, относятся: неправильное положение плода - 10 случаев (18,1%), крупный плод - 4 случая (7,27%), пороки развития плода - **2 случая (3,63%)**, многоплодная беременность - **3 случая (5,45%)**, острая гипоксия плода - 1 случай (1,8%).

Таким образом, наиболее частым показанием со стороны плода являлось **неправильное положение плода (18,1%)**, что обусловлено риском осложнённого течения родов при естественном родоразрешении.

Среди показаний, связанных с состоянием матери, отмечены следующие: **плацентарные нарушения** (предлежание, преждевременная отслойка плаценты) - 3 случая (5,45%), **анатомически или клинически узкий таз** - 15 случаев (27,2%), **несостоятельность рубца на матке** - 6 случаев (10,9%), **экстрагенитальные заболевания** - 11 случаев (20%), включая тяжёлые заболевания сердца, почек, органов зрения (глаукома), а также осложнённые формы преэклампсии и эклампсии.

Наибольший удельный вес среди показаний со стороны матери занимали **узкий таз (27,2%)** и **экстрагенитальная патология (20%)**, что свидетельствует о высокой роли соматических заболеваний и анатомических особенностей в выборе метода родоразрешения.

Таким образом, наиболее частыми показаниями к плановому кесареву сечению являлись **узкий таз (27,2%)** и **экстрагенитальная патология (20%)**, что свидетельствует о преобладании медицинских факторов, связанных с состоянием здоровья матери.

Выводы. Плановое кесарево сечение является **эффективным и безопасным методом родоразрешения** при наличии чётких медицинских показаний. Проведение операции позволяет **снизить риск осложнений** у матери и плода в случаях, когда естественные роды могут представлять угрозу.

Шокири У.Г., Зоирова Г.Х.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Цель исследования. Провести анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 2901 истории родов за 2025 год в родильном отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района. Из общего числа родов у 62 пациенток имелся рубец на матке после операции кесарева сечения. Возраст женщин варьировал от 19 до 35 лет. Все собранные данные были обработаны с помощью программы Microsoft Excel. Оценка состояния новорождённых

ных проводилась по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни.

Результаты исследования. Из 62 женщин с рубцом на матке у 47 (75,8%) родоразрешение выполнено путём повторной операции кесарева сечения в связи с возникновением осложнений: клинические признаки угрожающего разрыва матки, первичная или вторичная слабость родовой деятельности, дистресс-плода. У 15 (24,2%) пациенток роды произошли через естественные родовые пути.

Отбор для вагинальных родов проводился с учётом следующих критериев: соматически необусловленные показания к предыдущему кесареву сечению (тазовое предлежание, крупный плод, поперечное положение), течение послеоперационного периода без осложнений, наличие одного состоятельного рубца в нижнем сегменте матки (подтверждённого клинически и ультрасонографически во время беременности), предполагаемая масса плода менее 4000 г, а также полная готовность операционной к экстренному родоразрешению. Все пациентки были подробно информированы о возможных рисках и дали информированное согласие на попытку вагинальных родов.

Среди 15 женщин, родоразрешившихся через естественные родовые пути, срочные роды произошли у 10 (66,7%), преждевременные — у 5 (33,3%). Медикаментозная индукция родов утеротониками (окситоцин, простагландины) не проводилась. При «зрелой» шейке матки выполнялась ранняя амниотомия для активации родовой деятельности. Роды велись под постоянным контролем ЧСС плода и сократительной активности матки с ведением партограммы. Общая продолжительность родов составила от 6 ч 15 мин до 12 ч 20 мин. Состоятельность рубца оценивалась клинически (отсутствие локальной болезненности при пальпации) и инструментально (ультразвуковое исследование в раннем послеродовом периоде). Кровопотеря в родах варьировала от 180 до 300 мл; патологическая кровопотеря не зафиксирована. Инфекционных осложнений в послеродовом периоде не зарегистрировано.

В группе вагинальных родов родились в удовлетворительном состоянии: оценка по шкале Апгар составила 7/8 баллов на первой минуте и 8/9 баллов на пятой минуте. Масса тела новорожденных варьировала от 2400,0 до 3850,0 г.

Выводы. Естественные роды у женщин с рубцом на матке возможны и в 24,2% случаев протекают без осложнений при тщательном соблюдении критериев отбора, что способствует снижению частоты абдоминального родоразрешения. При доношенной беременности, состоятельном рубце и «зрелой» шейке матки допустима амниотомия для активации родовой деятельности; применение утеротоников требует крайней осторожности. Дифференцированный подход к выбору метода родоразрешения, тщательный мониторинг в родах и своевременная диагностика состояния рубца позволяют не только снизить частоту повторных операций, но и обеспечить благоприятные перинатальные исходы для новорождённых.

Шонасридинов Ш.Ш. Мамадҷонов И.А.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.

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

Научный руководитель доцент Джамилов Р.Д.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения гастро-дуоденальных язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста при тяжелой сопутствующей патологии.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения гастро-дуоденальных кровотечений у 44 больных старше 60 лет, которым в комплексном лечении был применен эндоскопический гемостаз.

Легкая степень кровопотери отмечена у 20 - (44%) пациентов, средней тяжести у 10 —(26%), тяжелая и крайне тяжелая у 14 - (30%) больных.

Сопутствующие заболевания у больных пожилого и старческого возраста с желудочно-кишечным кровотечением были выявлены у 91-(90%) больных. Только у 10- (9,9%) больных сопутствующие заболевания не выявлены. Больных в возрасте 61-70 лет было -20, 71-80 лет —17, старше 80 лет —7 больных.

Результаты исследования. Из 44 больных с продолжающимся гастро-дуоденальным кровотечением, эндоскопический гемостаз инъекционным методом позволил добиться первичной остановки кровотечения у 32 из них, т.е. в 72,7% случаев, что является очень высоким показателем успешности достижения гемостаза с использованием 1% раствора этоксисклерола

Из 44 больных с кровотечением в 12 (27,3%) случаях не удалось остановить кровотечение инъекцией этоксисклерола.

При средних и больших язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, раствор этоксисклерола инъецировали непосредственно вплотную к сосуду из 2-3 точек, чтобы препарат по возможности оказывал более быстрое механическое и химическое действие, приводя к тромбированию аррозированного сосуда. В целом при этом расходовалось обычно до 5мл раствора этоксисклерола. У больных, относящихся к группе Forrest II В, в области источника кровотечения вводили обычно 1% раствора этоксисклерола, количество которого зависило от размеров язвы, в среднем 3мл.

У 12 больных при контрольном (программированном) эндоскопическом исследовании было выявлено наличие вторичных острых язв гастро-дуоденальной области. У 9 из них, у которых при эндоскопическом осмотре язва кровоточила, было проведено эндоскопический гемостаз с применением гемостатического препарата капрофер. При этом источник кровотечения под визуальным контролем был орошен 6-8мл капрофера, который при контакте с кровью практически моментально образует сгусток, плотно фиксированный к раневой поверхности.

Выводы. Эффективное применение комплексного консервативного лечения и комбинированные эндоскопические методы гемостаза у больных с ОГДЯК позволяет в большинстве случаев добиться устойчивого гемостаза и избежать вынужденной операции

Шонасридинов Ш.Ш., Мамадчонов И.А., Одинаев Б.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬ-
НЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Джамилов Р.Д.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста при тяжелой сопутствующей патологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 44 больных старше 60 лет с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, которым в составе комплексной терапии выполнен эндоскопический гемостаз. Легкая степень кровопотери отмечена у 20 (44%) пациентов, средней тяжести — у 10 (26%), тяжелая и крайне тяжелая — у 14 (30%) больных. В возрасте 61–70 лет было 20 пациентов, 71–80 лет — 17, старше 80 лет — 7 больных. Сопутствующая патология выявлена у 90% пациентов.

Результаты исследования. Из 44 больных с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением первичный гемостаз инъекционным методом с использованием 1% раствора этоксисклерола достигнут у 32 (72,7%) пациентов. В 12 (27,3%) случаях остановить кровотечение данным методом не удалось. При язве желудка (n=24) эффективный гемостаз достигнут у 20 больных, при язве двенадцатиперстной кишки (n=20) — у 12 пациентов. При средних и больших язвах препарат вводили паравазально в 2–3 точки в объеме до 5 мл. У пациентов группы Forrest IIb вводили в среднем до 3 мл раствора. У 12 больных при контрольной эндоскопии выявлены вторичные острые язвы гастродуоденальной зоны; у 9 из них выполнен эндоскопический гемостаз с применением капрофера (6–8 мл), что обеспечивало формирование плотного сгустка.

Выводы. Комплексное консервативное лечение с применением комбинированных эндоскопических методов гемостаза у больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями позволяет в большинстве случаев добиться стойкого гемостаза и избежать вынужденного оперативного вмешательства.

Шонасридинов Ш.Ш., Мамадчонов И.А., Одинаев Б.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬ-
НЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Джамилов Р.Д.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста при тяжелой сопутствующей патологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 44 больных старше 60 лет с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, которым в составе комплексной терапии выполнен эндоскопический гемостаз. Легкая степень кровопотери отмечена у 20 (44%) пациентов, средней тяжести — у 10 (26%), тяжелая и крайне тяжелая — у 14 (30%) больных. В возрасте 61–70 лет было 20 пациентов, 71–80 лет — 17, старше 80 лет — 7 больных. Сопутствующая патология выявлена у 90% пациентов.

Результаты исследования. Из 44 больных с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением первичный гемостаз инъекционным методом с использованием 1% раствора этоксисклерола достигнут у 32 (72,7%) пациентов. В 12 (27,3%) случаях остановить кровотечение данным методом не удалось. При язве желудка (n=24) эффективный гемостаз достигнут у 20 больных, при язве двенадцатиперстной кишки (n=20) — у 12 пациентов. При средних и больших язвах препарат вводили паравазально в 2–3 точки в объеме до 5 мл. У пациентов группы Forrest IIb вводили в среднем до 3 мл раствора. У 12 больных при контрольной эндоскопии выявлены вторичные острые язвы гастродуоденальной зоны; у 9 из них выполнен эндоскопический гемостаз с применением капрофера (6–8 мл), что обеспечивало формирование плотного сгустка.

Выводы. Комплексное консервативное лечение с применением комбинированных эндоскопических методов гемостаза у больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями позволяет в большинстве случаев добиться стойкого гемостаза и избежать вынужденного оперативного вмешательства.

Шонасридинов Ш.Ш., Мамадчонов И.А., Одинаев Б.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬ-
НЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Джамилов Р.Д.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста при тяжелой сопутствующей патологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 44 больных старше 60 лет с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, которым в составе комплексной терапии выполнен эндоскопический гемостаз. Легкая степень кровопотери отмечена у 20 (44%) пациентов, средней тяжести — у 10 (26%), тяжелая и крайне тяжелая — у 14 (30%) больных. В возрасте 61–70 лет было 20 пациентов, 71–80 лет — 17, старше 80 лет — 7 больных. Сопутствующая патология выявлена у 90% пациентов.

Результаты исследования. Из 44 больных с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением первичный гемостаз инъекционным методом с использованием 1% раствора этоксисклерола достигнут у 32 (72,7%) пациентов. В 12 (27,3%) случаях остановить кровотечение данным методом не удалось. При язве желудка (n=24) эффективный гемостаз достигнут у 20 больных, при язве двенадцатиперстной кишки (n=20) — у 12 пациентов. При средних и больших язвах препарат вводили паравазально в 2–3 точки в объеме до 5 мл. У

пациентов группы Forrest Ib вводили в среднем до 3 мл раствора. У 12 больных при контрольной эндоскопии выявлены вторичные острые язвы гастродуоденальной зоны; у 9 из них выполнен эндоскопический гемостаз с применением капрофера (6–8 мл), что обеспечивало формирование плотного сгустка.

Выводы. Комплексное консервативное лечение с применением комбинированных эндоскопических методов гемостаза у больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями позволяет в большинстве случаев добиться стойкого гемостаза и избежать вынужденного оперативного вмешательства.

Шопулотова З.А., Галиманасов Р.М.

НЕОБХОДИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ПРИ ПРОТОКОЛАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

кафедра Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского государственного медицинского университета.
Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Худоярова Д.Р.

Цель исследования. Оценить необходимость и клиническую эффективность индивидуализированного подхода при выборе протоколов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у пациенток с различными причинами бесплодия.

Материал и методы. Исследование проведено на базе репродуктивной клиники «Beshik» (г. Самарканд) в 2025–2026 гг. В исследование включены 60 женщин репродуктивного возраста с бесплодием длительностью от 2 до 10 лет. Средний возраст пациенток составил $33,1 \pm 2,1$ года. Средний уровень антимюллерова гормона — $0,82 \pm 0,30$ нг/мл. Пациентки были распределены на три группы в зависимости от ведущего фактора бесплодия: первая группа — женщины с ановуляторными нарушениями ($n=24$; 40%), вторая группа — пациентки с органическими причинами бесплодия (трубно-перитонеальный и маточный фактор) ($n=21$; 35%), третья группа — пациентки с мужским фактором бесплодия ($n=15$; 25%). Всем пациенткам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование с оценкой овариального резерва (АМГ, AFC), гормонального профиля и ультразвуковых показателей. Программы ВРТ выполнялись с использованием ЭКО или ИКСИ в зависимости от показателей спермограммы. В основной группе применялся персонализированный подход к выбору протокола контролируемой овариальной стимуляции с учетом возраста, овариального резерва и стратификации по системе POSEIDON.

Результаты исследования. Установлено, что структура причин бесплодия в исследуемой выборке характеризовалась преобладанием ановуляторных нарушений (40%), тогда как органические причины бесплодия составили 35%, а мужской фактор — 25%. Пациентки с ановуляторными нарушениями характеризовались более выраженными эндокринными изменениями и требовали применения программ ВРТ значительно чаще. В данной группе частота необходимости использования ЭКО/ИКСИ составила 83,3%. В группе органических причин бесплодия вероятность достижения беременности в программах ВРТ была выше, что может быть связано с сохранением овариального резерва и более предсказуемым репродуктивным прогнозом.

Применение персонализированного подхода позволило улучшить основные эмбриологические показатели: частота оплодотворения составила 74% против 62% при стандартном протоколе, а доля эмбрионов высокого качества достигла 70% против 52%. Частота клинической беременности составила 90% в группе персонализированного протокола и 76,7% при стандартной тактике. Частота живорождения увеличилась до 63,3% по сравнению с 50% при стандартном подходе ($RR=1,27$; $OR=1,73$).

Выводы. Полученные результаты подтверждают, что причина бесплодия является одним из ключевых факторов, определяющих выбор тактики лечения и эффективность программ ВРТ. Наиболее высокая потребность в применении вспомогательных репродуктивных технологий выявлена у пациенток с ановуляторными нарушениями, тогда как органические причины бесплодия характеризуются более прогнозируемым репродуктивным исходом. Использование персонализированного подхода при планировании протоколов ВРТ позволяет повысить частоту наступления беременности и живорождения, улучшить эмбриологические показатели и оптимизировать результаты лечения бесплодия.

Шукуров У.М., Наджмиддинов З., Отахонов Ф.Х.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕИМУЩЕСТВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПЕРЕД ТРАДИЦИОННЫМ ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ

Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Холов А.Д.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности и безопасности лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) по сравнению с традиционной открытой холецистэктомией (ОХЭ) у пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материал и методы. В исследование включены 57 пациентов, лечившихся в течение последних шести месяцев 2025 года с диагнозом желчнокаменной болезни в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района и в хирургическом отделении Центральной больницы Дангаринского района. Пациенты были разделены на две группы: первая группа (37 пациентов) перенесла ЛХЭ, вторая группа (20 пациентов) операцию ОХЭ. Оценивались продолжительность операции, интенсивность послеоперационной боли, частота осложнений, длительность госпитализации и сроки восстановления трудоспособности.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции в группе ЛХЭ составила от 30 до 60 минут, тогда как при ОХЭ составила от 1 до 2 часов. Интенсивность послеоперационной боли у пациентов первой группы была ниже, что связано с меньшей травматизацией брюшной стенки; использование 3–4 проко-

лов по 0,5–1,5 см вместо разреза длиной 10–15 см позволило значительно сократить применение анальгетиков. Послеоперационные осложнения (нагноение раны, инфильтраты, серомы) в группе ЛХЭ не наблюдались ни у одного пациента, а из 20 пациентов с ОХЭ отмечалось осложнение у 2. Средняя продолжительность госпитализации составила 3–4 дня в первой группе и 7–9 дней во второй. Восстановление трудоспособности после лапароскопической холецистэктомии ЛХЭ происходило быстрее, что свидетельствует о меньшей травматичности метода.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия обладает значительными преимуществами перед традиционной: меньшая травматичность, снижение выраженности болевого синдрома, косметический эффект и отсутствие грубых рубцов, уменьшение частоты послеоперационных осложнений, сокращение сроков госпитализации, более быстрое восстановление трудоспособности, а также снижение риска образования послеоперационных грыж и спаек благодаря минимальной инвазивности и высокоточной технике оперирования. Полученные данные подтверждают целесообразность широкого применения лапароскопической техники при холецистэктомии и дальнейшее совершенствование методики и обучение специалистов в Таджикистане.

Шукуров Д.А., Мухаббатов Х.Дж., Абдуллозода Н.Х.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Изучить роль психоэмоциональных факторов в формировании клинических проявлений и особенностей течения хронического простатита.

Материал и методы. В исследование были включены 74 пациента с клинически подтверждённым диагнозом хронического простатита в возрасте от 22 до 56 лет. Все пациенты находились на амбулаторном или стационарном лечении в урологическом отделении. Обследование включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, клиническое обследование, лабораторные методы диагностики (общий анализ крови и мочи, исследование секрета предстательной железы), а также ультразвуковое исследование предстательной железы. Для оценки выраженности симптомов хронического простатита применялась международная шкала NIH-CPSI, позволяющая оценить интенсивность болевого синдрома, дизурические расстройства и влияние заболевания на качество жизни. Для изучения психоэмоционального состояния пациентов использовались стандартизированные психологические тесты и опросники, позволяющие определить уровень тревожности, эмоционального напряжения, хронического стресса и признаков депрессивных расстройств. В зависимости от результатов психологической оценки пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты с выраженными психоэмоциональными нарушениями (повышенная тревожность, стресс, эмоциональная нестабильность), во вторую — пациенты без значимых психоэмоциональных отклонений.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что у 47 из 74 пациентов (63,5%) выявлены различные психоэмоциональные нарушения, среди которых чаще отмечались повышенная тревожность, эмоциональное напряжение, хронический стресс и умеренные депрессивные проявления. У данной группы пациентов наблюдалось более тяжёлое течение хронического простатита. Интенсивность болевого синдрома по шкале NIH-CPSI была выше и превышала показатели второй группы в среднем на 30–35%. Кроме того, у этих пациентов чаще отмечались дизурические расстройства и более выраженное снижение качества жизни. Установлено, что повышенный уровень стресса и тревожности способствует усилению симптомов заболевания, поддержанию воспалительного процесса и более частым рецидивам, а также снижает эффективность стандартной терапии.

Выводы. Наличие тревожности, стрессовых состояний и эмоционального напряжения способствует усилению симптоматики заболевания, ухудшению качества жизни пациентов и повышению частоты рецидивов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к диагностике и лечению хронического простатита с обязательной оценкой психоэмоционального состояния пациентов.

Эргашева Д.Ш., Халимбаева З.С., Тошмаматов А.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ШКАЛ BISAP И APACHE II В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургических болезней НОУ «Alfraganus University». Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н. Нурмухаммадов Ж.К.

Цель исследования. Оценить и сравнить операционные характеристики прогностических систем BISAP и APACHE II у пациентов с ОП на основании десятилетнего опыта работы хирургического стационара.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 140 пациентов с острым панкреатитом в период с 2015 по 2025 годы. Среди обследованных преобладали мужчины — 58,6% (n=82), доля женщин составила 41,4% (n=58). Средний возраст больных — $46,4 \pm 8,2$ года. Пациенты были распределены согласно пересмотренной Атлантской классификации (2012): легкий ОП — 52% (n=73), средней степени — 31% (n=43), тяжелый — 17% (n=24). Для каждого случая рассчитаны баллы по шкалам BISAP и APACHE II в первые 24 часа от момента поступления. Статистическая обработка проводилась с использованием ROC-анализа (оценка показателя AUC).

Результаты исследования. При анализе прогностической точности установлено, что обе шкалы продемонстрировали высокую информативность в отношении развития тяжелого панкреонекроза и летальности. Для шкалы APACHE II (≥ 8 баллов) показатель AUC составил $0,86 \pm 0,04$ ($p < 0,001$). Для шкалы BISAP (≥ 3

балла) AUC составил $0,83 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Несмотря на отсутствие статистически значимых различий в точности прогноза в зависимости от пола пациентов ($p > 0,05$), шкала BISAP показала более высокую специфичность (91%) и существенно меньшее время расчета (в среднем 3,5 минуты против 12 минут для APACHE II). У пациентов с баллом по BISAP ≥ 3 частота развития полиорганной недостаточности была в 4,2 раза выше, чем при низких значениях.

Выводы. Анализ 140 клинических наблюдений за десятилетний период продемонстрировал высокую прогностическую значимость обеих систем вне зависимости от пола пациентов. Шкала BISAP является оптимальным инструментом «прикроватной» диагностики в условиях дефицита времени, позволяя с высокой точностью верифицировать группы риска в приемном отделении. Использование данных шкал рекомендуется для стандартизации протоколов ведения пациентов с ОП и объективизации показаний к переводу в отделение реанимации.

Юлдошева Ч.А., Зарифова Х.Т., Хамраева С.Х.

КЛИНИКО-ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХЗВ КЛАССОВ C1–C4 С ПРИМЕНЕНИЕМ ШКАЛ BIQ и COSMETIC SCORE

Кафедра хирургических болезней НОУ «Alfraganus University». Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н. Нурмухаммадов Ж.К.

Цель исследования. Оценить динамику качества жизни и эстетическую удовлетворенность пациентов с ХЗВ классов C1 – C4 после сочетанного применения ЭВЛК и склеротерапии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 35 пациентов (21 женщина, 14 мужчин), средний возраст $41,6 \pm 5,8$ года. Распределение по классам CEAP: C1 – 7, C2 – 18, C3 – 6, C4 – 4 пациента. Методика включала ЭВЛК магистральных вен и склеротерапию притоков. Инструменты оценки: опросник образа тела BIQ, шкала Cosmetic Score и 10-балльная ВАШ. Оценка клинических показателей проводилась в следующие контрольные сроки: предоперационно, на 14-е сутки и через 3 месяца после вмешательства.

Результаты исследования. До начала лечения 86% пациентов отмечали психологический дискомфорт (по BIQ), ограничивающий выбор одежды и социальную активность. Через 3 месяца во всех группах зафиксирована значимая положительная динамика ($p < 0,05$). Средний показатель удовлетворенности по ВАШ составил $9,6 \pm 0,3$ балла. Средний балл по Cosmetic Score составил $8,8 \pm 0,2$, что подтверждает отсутствие значимых следов от вмешательства и высокий косметический эффект даже при наличии трофических изменений кожи (C4).

Выводы. Комбинированное применение ЭВЛК и склеротерапии обеспечивает высокие эстетические результаты и значимое улучшение показателей образа тела у пациентов с ХЗВ. Использование шкал BIQ и Cosmetic Score в клинической практике позволяет объективно верифицировать эффективность лечения в рамках пациент-ориентированного подхода.

Юсупов А.А., Нигматов А.К., Курбонова М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н. Юсупов А.Ш.

Цель исследования. Изучить причины развития воспалительных заболеваний придаточных пазух носа

Материал и методы. В условиях детского ЛОР отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2024-2025гг нами были обследованы и прооперированы 26 детей в возрасте от 4 до 14 лет (из них было 8 девочек и 18 мальчиков), страдающих заболеваниями придаточных пазух носа различной тяжести по течению заболевания. Большим в предоперационном и послеоперационном периоде проведена риноскопия, эндоскопия полости носа, R-графия и компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух, а также лабораторные исследования.

Результаты исследования. При передней риноскопии и эндоскопическом исследовании у всех больных были выявлены различные местные признаки заболевания такие как, покраснения и отек слизистых оболочек полости носа, гнойные выделения из носовых ходов, гипертрофия носовых раковин, а также искривление перегородки носа различного варианта. Основными жалобами обследованных больных были на постоянную заложенность в носу, затрудненное носовое дыхание, слизистые и гнойные выделения из носа, повышение температуры тела и повышенную утомляемость при физической нагрузке.

В зависимости от характера и тяжести заболевания и повреждения структур околоносовых пазух, нами были проведены различные варианты оперативных вмешательств. В некоторых случаях были проведены консервативные методы лечения.

В зависимости от сложности патологического процесса нами проведены следующие виды действий: у 9-ых детей производили двухстороннюю пункцию с вставлением катетера и промывание полости верхнечелюстной пазухи с раствором химотрипсина, и проводили частые анемизации носовых ходов с сосудосуживающим препаратом. Односторонняя гайморо- этмоидо- фронтотомия у 5 детей, двусторонняя гаймаротомия у 4-ых детей, односторонняя гаймарозтмоидотомия у 5-ых детей, и в 1 случае пансинуситотомия, а также у 2-их детей были назначены соответствующие консервативные лечения с проведением частой анемизации носовых ходов. Кроме того все больные получили антигистаминные препараты, витаминотерапию. На 7-е сутки лечения симптомы гемисинусита (заложенность носа, ринорея, головные боли) полностью отсутствовали у 7 (83,3%) пациентов, а у 5 (16,7%) пациентов всё ещё сохранялась умеренная заложенность носа, гиперемия слизистой оболочки полости носа. На контрольных рентгенограммах на 10-й день лечения у 22 (83,3%) больных пазухи

были пневматизированы; у 4 (16,7%) пациентов отмечено незначительное пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи (улучшение).

Выводы. В основе развития синуситов у детей лежит нарушение элиминации содержимого из полости придаточных пазух носа из-за нарушения их оттока из полости пазух. Ранняя диагностика и своевременное подходящее хирургическое или консервативное лечение заболеваний придаточных пазух носа является эффективным подходом и уменьшает риск развития различных осложнений.

Юсупов Н.А., Собирзода М.Э., Наврузова Ф.Л.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА НА ИММУННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Изучить влияние хронического тонзиллита на показатели иммунного статуса у детей.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения НМЦ «Шифобахш». Обследовано 64 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом хронического тонзиллита. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста без признаков хронической ЛОР-патологии. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, анамнеза заболевания и результатов фарингоскопии. У всех обследованных проводилось исследование основных показателей иммунного статуса, включавшее определение уровня Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), а также концентрации иммуноглобулинов IgA, IgG и IgM в сыворотке крови. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У детей с хроническим тонзиллитом выявлены достоверные изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета. Уровень Т-лимфоцитов (CD3) составил $52,3 \pm 3,1\%$ по сравнению с $61,8 \pm 2,7\%$ в контрольной группе ($p < 0,01$). Содержание Т-хелперов (CD4) было снижено до $31,4 \pm 2,6\%$ против $39,2 \pm 2,4\%$ у здоровых детей ($p < 0,01$). Одновременно отмечалось относительное повышение уровня Т-супрессоров (CD8) — $27,6 \pm 2,1\%$ по сравнению с $21,4 \pm 1,9\%$ в контрольной группе ($p < 0,05$), что приводило к снижению иммуnoreгуляторного индекса (CD4/CD8). При исследовании гуморального иммунитета выявлено повышение уровня IgG до $16,8 \pm 1,4$ г/л (в контрольной группе — $12,6 \pm 1,2$ г/л; $p < 0,01$) и IgM до $2,1 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,05$), что свидетельствует о хронической антигенной стимуляции. Уровень секреторного IgA у части пациентов был снижен, что может способствовать поддержанию хронического воспалительного процесса в небных миндалинах.

Выводы. Хронический тонзиллит у детей сопровождается выраженными нарушениями клеточного и гуморального иммунитета, проявляющимися снижением активности Т-хелперов, изменением иммуnoreгуляторного индекса и повышением уровня иммуноглобулинов. Выявленные изменения свидетельствуют о хронической иммунной стимуляции и могут способствовать поддержанию воспалительного процесса в небных миндалинах. Полученные данные подтверждают необходимость комплексного подхода к лечению хронического тонзиллита с учетом коррекции иммунологических нарушений.

Юсупов Н.А., Собирзода М.Э., Наврузова Ф.Л.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Изучить региональные особенности клинического течения хронического тонзиллита у детей в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения НМЦ «Шифобахш». Обследовано 72 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом хронического тонзиллита. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, фарингоскопии, анамнеза заболевания и лабораторных показателей. Особое внимание уделялось частоте обострений заболевания, выраженности местных и общих симптомов, а также влиянию климато-географических и социально-бытовых факторов на течение хронического воспалительного процесса небных миндалин. Клиническое состояние детей оценивалось по частоте ангин в течение года, наличию регионарного лимфаденита, признаков интоксикации и фарингоскопической картине. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. У большинства обследованных детей (48; 66,7%) выявлена декомпенсированная форма хронического тонзиллита, тогда как компенсированная форма диагностирована у 24 (33,3%) пациентов. Наиболее частыми клиническими проявлениями заболевания являлись частые ангины (у 54; 75%), неприятный запах изо рта (у 41; 56,9%), увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов (у 38; 52,8%), а также жалобы на быструю утомляемость и субфебрильную температуру. При фарингоскопии у большинства пациентов отмечались гипертрофия небных миндалин, наличие казеозных пробок в лакунах и гиперемия небных дужек. У детей, проживающих в регионах с резко континентальным климатом, обострения хронического тонзиллита наблюдались чаще — до 4–5 раз в год, что, вероятно, связано с влиянием климатических факторов, сезонных респираторных инфекций и снижением иммунологической реактивности организма.

Выводы. Хронический тонзиллит у детей в Таджикистане характеризуется высокой частотой декомпенсированных форм и выраженными клиническими проявлениями. Особенности клинического течения заболевания во многом связаны с климато-географическими и эпидемиологическими факторами региона. Получен-

ные данные свидетельствуют о необходимости ранней диагностики, профилактики обострений и разработки комплексных программ лечения хронического тонзиллита у детей.

Якубова М.Д.

ГИДРИРОВАНИЕ 5-ПРОПОКСИ-4-ОКСИ-1-ПЕНТИНА

Кафедра общей химии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Научный руководитель-к.х.н., доцент Абдиразоков А.

Цель исследования. Проведение реакций гидрирования 5-пропокси-4-окси-1-пентина с целью получения новых производных этого соединения и выяснение зависимости биологической активности от степени ненасыщенности молекул.

Материал и методы. Реакцию каталитического гидрирования 5-пропокси-4-окси-1-пентина проводили в обычной «утке», установленной на вибромешалке с использованием палладиевого катализатора. В качестве растворителя использовали этанол, перегнанный над щелочью. Газообразный водород получили в результате реакции цинка с разбавленным раствором серной кислоты в аппарате Киппа. Отсчёт водорода проводили по бюретке на 100мл.

Результаты исследования. Метод каталитического гидрирования предоставил возможность осуществить синтез ранее неизвестных предельных производных простых эфиров гликоля, а также выявить зависимость биологической активности этих веществ от степени ненасыщенности молекулы.

При осуществлении реакции каталитического гидрирования на палладиевом катализаторе 5-пропокси-4-окси-1-пентина установлено, что восстановление тройной связи между атомами углерода происходит до полного насыщения.

Ранее было доказано, что 5-пропокси-4-окси-1-пентина обладает выраженной желчегонной активностью, значительно превосходящей дегидрохелевую кислоту.

Состав и строение полученного соединения доказано физико-химическими методами исследования. В ИК-спектрах отсутствуют полосы поглощения, характерные для тройной ($2100-2250\text{см}^{-1}$) связи.

Выводы. Проведено каталитическое гидрирование 5-пропокси-4-окси-1-пентина палладиевым катализатором. Установлено, что в данных условиях они гидрируются с образованием предельных триолов. В результате проведенных исследований получен 1-пропокси-2-пентанол

Абдукаримова У.А.

СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА В КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТИПА

Центр реабилитации и протезирования инвалидов Джизакской области, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Адамбаев З.И.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность транскутанной стимуляции блуждающего нерва (tVNS) в комплексном лечении постинсультных когнитивных нарушений (ПНКН) в зависимости от этиологического подтипа ишемического инсульта.

Материал и методы. В исследовании участвовали 72 пациента в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Пациенты основной группы (ОГ) (n=36) получали стандартную медикаментозную терапию и курс tVNS (стимуляция проекций ушной ветви блуждающего нерва). Контрольная группа (КГ) (n=36) получала только базисную терапию. Пациенты обеих групп были стратифицированы по этиологии (классификация TOAST): атеротромботический, кардиоэмболический и лакунарный инсульты. Оценка когнитивных функций проводилась по шкале MoCA и тесту «5 слов» до и после курса лечения (на 21-е сутки).

Результаты исследования. Сравнительный анализ динамики когнитивных показателей продемонстрировал, что включение tVNS в схему реабилитации обеспечивает статистически значимый прирост функциональных возможностей головного мозга по сравнению с изолированной медикаментозной терапией. Средний балл по шкале MoCA в ОГ увеличился с $16,8 \pm 0,5$ до $20,1 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), тогда как в КГ рост был менее выраженным: с $17,1 \pm 0,4$ до $18,2 \pm 0,5$. Улучшение результатов по тесту «5 слов» в ОГ на 40% превысило показатели КГ, что подтверждает положительное влияние tVNS на мнестические процессы.

Детальный анализ эффективности в зависимости от этиологического подтипа (по классификации TOAST) выявил выраженную гетерогенность терапевтического ответа. Наибольший прирост показателей, составивший $4,1 \pm 0,3$ балла по шкале MoCA, был зарегистрирован в подгруппе пациентов с лакунарным инсультом. Данный подтип характеризуется преимущественно субкортикальной локализацией очагов и дисфункцией глубоких структур мозга. Высокая эффективность tVNS в данной категории объясняется ее модулирующим воздействием на активирующую ретикулярную формацию и восстанавливающим влиянием на холинергическую систему, что критически важно для коррекции замедленности психических процессов и нарушений внимания.

При кардиоэмболическом инсульте, сопровождающемся обширными корковыми инфарктами и массивным структурным дефектом ткани мозга, улучшение когнитивного статуса было умеренным и составило всего $1,8 \pm 0,2$ балла. Ограниченный клинический эффект обусловлен глубокой гибелью нейронов в корковых зонах, функцию которых нейромодуляция не в состоянии восстановить полностью; положительная динамика касалась преимущественно улучшения общей активации и концентрации внимания.

В атеротромботической подгруппе, где часто встречается сочетание корковых и субкортикальных поражений на фоне диффузного атеросклероза, показатели заняли промежуточное положение, увеличившись на $2,9 \pm 0,3$ балла. Это позволяет предположить, что в данном случае tVNS способствует не только нейротропному действию, но и улучшению глобальной церебральной гемодинамики и снижению нейровоспаления, создавая благоприятный фон для когнитивного восстановления при смешанном типе патологии.

Выводы. Транскутанная стимуляция блуждающего нерва является эффективным методом немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений при ишемическом инсульте. Выраженность терапевтического ответа существенно зависит от этиологии заболевания: максимальная эффективность наблюдается при лакунарных инсультах с субкортикальным дефицитом, что позволяет рекомендовать метод для дифференцированного применения в нейрореабилитации.

Абдукаримова У.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКУТАННОЙ СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Центр реабилитации и протезирования инвалидов Джизакской области, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Адамбаев З.И.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения транскутанной стимуляции блуждающего нерва (tVNS) в комплексном лечении афазий у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 68 пациентов с ишемическим инсультом в левом полушарии, имеющих речевые нарушения в виде моторной афазии. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (ОГ) (n=34) получала курс логопедической терапии в сочетании с сеансами tVNS (стимуляция козелка уха), контрольная группа (КГ) (n=34) - только стандартную логопедическую коррекцию и медикаментозную терапию. Оценка речевой функции проводилась на 1-е и 21-е сутки с использованием Бостонского диагностического теста на афазии (BDAE) и шкалы экспрессивной речи.

Результаты исследования. Детальный анализ полученных данных продемонстрировал, что включение tVNS в комплексную терапию обеспечивает статистически значимый и клинически значимый прирост показателей речевой функции по сравнению с группой, получавшей только логопедические занятия. Согласно дан-

ным Бостонского диагностического теста на афазию (BDAE), суммарный балл в основной группе (ОГ) демонстрировал положительную динамику, увеличившись к концу третьей недели с $38,4 \pm 1,2$ до $58,6 \pm 1,5$ ($p < 0,05$). В контрольной группе (КГ) восстановление носило более медленный, экстенсивный характер: показатель вырос лишь с $37,9 \pm 1,3$ до $46,2 \pm 1,4$, что статистически достоверно ниже результатов ОГ и свидетельствует о низкой эффективности изолированной традиционной логопедии за указанный срок.

Качественный анализ речи показал, что уже к концу второй недели у пациентов ОГ происходила активизация спонтанной речевой продукции и восстановление сюжетно-смысловой структуры высказывания. Пациенты начинали связно излагать мысли, значительно уменьшилось количество персевераций (повторов) и симптомов «телеграфного стиля» речи. В то же время пациенты КГ к этому сроку в основном оставались на уровне произнесения отдельных слов или стереотипных фраз. Статистическая обработка показала, что количество пациентов, достигших уровня удовлетворительной бытовой коммуникации (способность к диалогу и бытовому самообслуживанию), в ОГ составило 68%, тогда как в КГ - лишь 38%.

При проведении подгруппового анализа установлено, что наиболее выраженный положительный эффект tVNS наблюдался у пациентов с моторной (эфферентной) афазией. Данный факт подтверждает гипотезу о том, что стимуляция блуждающего нерва активирует ретикулярную формацию ствола мозга и модулирует выделение нейромедиаторов (норадреналина, ацетилхолина) в коре больших полушарий. Это создает нейрофизиологическое «окно возможностей», повышая пластичность перинфарктной зоны и способствуя более быстрой реорганизации речевых центров в левом полушарии, что существенно повышает эффективность логопедических упражнений.

Выводы. Включение транскутанной стимуляции блуждающего нерва в комплекс реабилитации пациентов с постинсультной афазией значительно ускоряет восстановление речевых функций. Метод способствует активации резервных возможностей мозга, увеличивая эффективность логопедической работы, и может быть рекомендован как патогенетически обоснованный немедикаментозный метод лечения.

Абдуллоев Н.Н., Шукуров С.Г., Сохибов Д.К.

ОБУЧЕНИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан. Научный руководитель – д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучить эффективность и возможности практического применения искусственного интеллекта (CAD) при интерпретации рентгенограмм при различных фтизио-онко-пульмонологических заболеваниях легких в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы. Объектом исследования послужили данные использования портативных цифровых рентген-установок с установленной программой искусственного интеллекта CAD (Computer aided diagnosis), которые были приобретены в Таджикистане в 2022 году. Изучена работа обученных врачей в 34 регионах страны путем проведения мониторинговых визитов и анализа результатов выполненных исследований.

Результаты исследования. В течение 2023 года с использованием CAD было выполнено 146 400 исследований. Это позволило выявить 766 дополнительных случаев туберкулеза легких (0,5%), подтвержденных молекулярно-генетическими методами, из которых в 40,3% случаев было обнаружено бактериовыделение. Помимо туберкулеза, было диагностировано 49 новых случаев эхинококкоза, 127 — рака легкого, 244 — плевритов и 1222 случая других пульмонологических заболеваний (0,8%), которые ранее не были выявлены из-за отсутствия явных симптомов. Программа CAD обеспечивает автоматизацию процесса через создание тепловых карт патологических очагов и предоставление числовой оценки вероятности заболевания (от 0 до 100), что позволяет стандартизировать интерпретацию и сократить время до начала лечения.

Выводы. Опыт применения портативных рентген-аппаратов с программой CAD показал, что данный метод является малозатратным, высокоэффективным и позволяет быстро проводить сортировку лиц с подозрением на туберкулез и другие патологии органов дыхания. Машинный анализ данных минимизирует влияние эффекта суммации теней и «слепых» зон, находя всё большее применение как в диагностике, так и в массовом скрининге населения.

Абдуллоев Ф.Б., Холматов З.В., Махмадов М.Б.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В ВАНЧСКОМ РАЙОНЕ ГБАО РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Боймуродов А.А.

Цель исследования. Анализ клинико-эпидемиологических особенностей висцерального лейшманиоза в Ванчском районе ГБАО.

Материал и методы. Нами проведён ретроспективный анализ четырёх клинических историй болезни детей младшего возраста, госпитализированных в ГКИБ г. Душанбе в период с сентября 2023 г. по сентябрь 2025 г. с диагнозом «Висцеральный лейшманиоз». Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических показателей и подтверждён путём обнаружения одноклеточных паразитов «Leishmania infantum» в пунктах костного мозга, полученного путём стерильной пункции.

Результаты исследования. Лейшманиоз является трансмиссивным паразитарным заболеванием, встречающимся преимущественно в странах с тропическим и субтропическим климатом. Резервуаром инфекции часто

являются собаки. Переносчики инфекции-москиты рода «Phlebotomus». В некоторых горных районах ГБАО, как например, в Ванчском районе, встречаются спорадические случаи заболевания лейшманиозом, в основном, среди детей младшего возраста. Так, возраст обследуемых нами больных варьировал от одного года пяти месяцев до трёх лет и двух месяцев. По половому признаку мальчиков было двое (50%), девочек - двое (50%). В семьях госпитализированных детей есть домашние животные: кошки и собаки. Со слов родителей больных детей, в населённых пунктах региона в летне-осенний сезон в большом количестве обитают москиты, нападая в тёмное время суток на людей, чаще на детей. Репелленты, как средства защиты от насекомых, активно населением не используются. По данным нашего анализа, от момента появления первых клинических признаков до точного выяснения диагноза у пациентов прошло от одного до трёх месяцев. За это время все дети на начальном этапе получали амбулаторное, а затем и стационарное лечение по поводу ошибочно диагностируемых заболеваний: острого бронхита (25%) или пневмонии (75%) в стационарах по месту жительства с временным улучшением состояния. Двоим больным (50%) был проведён иммунохроматографический тест гК39 для обнаружения IgM/IgG к «Leishmania infantum» с отрицательным результатом. Прогрессирование болезни, наличие эпизодов длительной немотивированной лихорадки, нарастание симптомов интоксикации, похудание, увеличение объёмов живота за счёт постепенного нарастания размеров печени и, особенно, селезёнки, изменения в параметрах показателей крови с нарастанием признаков панцитопении настораживает врачей, вследствие чего пациенты направляются в г. Душанбе, в гематологическое, либо детское соматическое отделение Республиканской клиники «Шифобахш», где всем детям (100%) для уточнения диагноза проводится стерильная пункция. В пунктатах костного мозга, исследуемого в Институте тропических и паразитарных болезней у всех пациентов обнаружены одноклеточные паразиты. «Leishmania infantum». В комплексе терапии, назначенной в ГКИБ г. Душанбе, применялся специфический препарат 5-валентной сурьмы-глюкантим в возрастной дозировке.

Вывод. Таким образом, в Таджикистане существуют эндемичные зоны по висцеральному лейшманиозу. Ванчский район ГБАО является одной из таких зон, где регистрируются спорадические случаи болезни. Явные диагностические ошибки, и как следствие, запоздалое начало специфической терапии, требуют повышения информированности врачей и среднего медицинского персонала на местах о наличии эпидемиологического риска появления данной инфекции.

Абдуллоева Ф.С., Кенчаева У.М.

НАЗОРАТИ АНТИНАТАЛӢ БО БЕМОРИҲОӢ ҒАЙРИ ГЕНИТАЛӢ ДАР СОЛИ 2025 МД МСШ №15

Кафедраи тибби оилавӣ МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Чалолзода М.Ч.

Максади таҳқиқот. Таҳлили назорати ҳомиладорон бо бемориҳои ғайригениталӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар базаи клиникии МД МСШ № 15, дар асоси картаҳои индивидуалии ҳомиладорони (шакли №029У) гузаронида шудааст.

Шумораи занҳои қобили таваллуд дар соли 2024 ҳамагӣ -14195 ва дар соли 2025 – 14967 нафар ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тариқ, бағурӯҳи 1 дар соли 2025-1367, гурӯҳи 2 дар соли 2024-1241 ташхисшавандагон дохил шуданд ва занҳои ҳомила ва валодаткарда бо бемориҳои ғайригениталӣ дар гурӯҳи якум 633 нафар ва дуюм 683 нафарро дар бар гирифтанд.

Натиҷаи таҳқиқот. Нишондодҳодам умум бемориҳои ғайригениталӣ дар соли 2025 – 46,3% ва дар соли 2024-55%, назар ба соли гузашта 8,7% кам ба қайд гирифта шуд. Аз он ҷумла камхунӣ дар гурӯҳи 1-264(41,7%) ва гурӯҳи 2- 299 (43,8%); бемориҳои гурдадар гурӯҳи 1- 82(13%) вадар гурӯҳи 2 – 96(14,5%); бемориҳои дилу рағҳо дар гурӯҳи 1 – 66(10,4%) ва гурӯҳи 2 – 92(13,5%); бемориҳои эндокринӣ дар гурӯҳи 1 – 194 (30,6%), гурӯҳи 2 – 174(25,5%) ва бемориҳои сироятӣ дар гурӯҳи 1 – 27 (4,2%), гурӯҳи 2 – 22 (3,2%) ба қайд гирифта шуд.

Ҳарчанд дар умум бемориҳои ғайригениталӣ 8,7% кам дар қайд гирифта шуд, дар соли 2025-633 (46,7%) ва дар соли 2024-683 (55%) бояд табибони оилавӣ бо ҳомиладорон сифати корро боз ҳам хуб кунанд. Камхунӣ нисбат ба соли 2024 камтар 2,1%, бемориҳои гурда 1,5% ва дилу рағҳо 3,1% низ камтар шуданд, дар структураи бемориҳои эндокринӣ дар солҳои охир аз ҳисоби фарбеҳӣ ва норасоии вазни бадан нишондоди онҳо 5,1% ва бемориҳои сироятӣ аз ҳисоби ташхиси хуби гепатитҳо 1% зиёд шудаст.

Хулоса. Ҳаминтавр занҳои ҳомила ва валодаткарда бо бемориҳои ғайригениталӣ гурӯҳи 1 -46,3% ва гурӯҳи 2 -55%, ки назар ба соли 2024 -5,1% кам ба қайд гирифта шуд. Аз он ҷумла, камхунӣ 2,1%, бемориҳои дилу рағҳо байни ҳомиладорон 3,1%, бемориҳои гурда 1,5% кам шуд ва бемориҳои эндокринӣ 5,1% ва бемориҳои сироятӣ 1% бештар мушоҳида гардиданд.

Абдулхамидов А.Н.

ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Кафедра реабилитации, спортивной медицины, народной медицины и физического воспитания, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Азизова Р.Б.

Цель исследования. Выявить совокупность клинико-демографических характеристик, когнитивного и психоэмоционального статуса, а также факторов, влияющих на эффективность медицинской реабилитации у пациентов, перенесших инсульт.

Материал и методы. В исследование было включено 120 пациентов, перенесших инсульт (средний возраст $61,4 \pm 10,8$ лет; 54% мужчин). Клинико-демографический анализ: возраст, пол, тип инсульта (ишемический – 78%, геморрагический – 22%), локализация очага (кортикальный – 46%, подкорковый – 39%, смешанное – 15%), сопутствующие заболевания (артериальная гипертензия – 68%, сахарный диабет – 32%) и сроки начала реабилитации (≤ 7 дней, 8–14 дней, >14 дней). Неврологическая и функциональная оценка: шкала NIHSS, индекс Бартела, шкала тревоги и депрессии в больнице (HADS), SF-36. Инструментальные исследования: магнитно-резонансная томография (МРТ) и электроэнцефалография. Статистический анализ: описательная статистика, корреляционный анализ Спирмена, многомерная логистическая регрессия и линейное регрессионное моделирование. Значимым считалось значение $p < 0,05$.

Результаты исследования. Базовый балл по шкале NIHSS составлял $11,2 \pm 4,3$ балла. После трех месяцев реабилитации средний балл по шкале Бартела увеличился с $42,6 \pm 15,1$ до $71,8 \pm 18,4$ балла ($p < 0,001$). Анализ Спирмена показал, что возраст отрицательно коррелировал с эффективностью восстановления ($r = -0,41$; $p < 0,001$). Ранняя реабилитация (в течение 7 дней) была положительно связана с улучшением индекса Бартела ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Начало реабилитации в течение 7 дней положительно коррелировало с улучшением индекса Бартела ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Более высокий исходный показатель NIHSS отрицательно коррелировал со степенью восстановления ($r = -0,52$; $p < 0,001$). В многомерной регрессионной модели независимыми предикторами были: раннее начало реабилитации ($\beta = 0,36$; $p = 0,002$), возраст ($\beta = -0,29$; $p = 0,01$) и исходный NIHSS ($\beta = -0,34$; $p = 0,003$). Была обнаружена отрицательная корреляция между высокими баллами HADS и низкими баллами SF-36 по качеству жизни ($r = -0,44$; $p < 0,001$).

Выводы. Эффективность реабилитации после инсульта тесно связана с возрастом, тяжестью первоначального неврологического дефицита и ранним началом реабилитации. Начало реабилитации в течение первых семи дней оказалось важным положительным предиктором. Применение многофакторной прогностической модели позволяет разработать индивидуальную стратегию реабилитации на основе клинико-демографических и неврологических показателей и имеет практическое значение для прогнозирования процесса восстановления.

Абдурахимов А.Х.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра Внутренних болезней Андиганского государственного медицинского института, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Азизова Ф.Л.

Цель исследования. Обосновать морфометрические показатели как потенциальные предикторы формирования возрастного андрогенного дефицита у мужчин среднего возраста.

Материал и методы. Планируется проведение одномоментного аналитического исследования среди мужчин 40–65 лет. Предусмотрена оценка антропометрических показателей (рост, масса тела, индекс массы тела, окружность талии, соотношение талия/бедро), кожно-жировых складок, соматотипических особенностей, орхидометрии по Прадеру, а также функциональных параметров (динамометрия кисти, тест 5-кратного вставания со стула, скорость ходьбы). Выраженность симптомов андрогенного дефицита будет оцениваться с использованием шкал AMS и ADAM. Статистический анализ будет включать корреляционные и регрессионные модели.

Результаты исследования. Предполагается выявление значимых ассоциаций между абдоминальным ожирением, снижением мышечной силы, уменьшением объема яичек и выраженностью симптомов андрогенного дефицита. Ожидается определение наиболее информативных морфометрических параметров для раннего скрининга.

Выводы. Комплексная морфометрическая оценка может служить доступным инструментом ранней диагностики андрогенного дефицита и основой для разработки скрининговых алгоритмов.

Абдурахимов А.Х.

ЭНДОКРИННЫЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА

Кафедра Внутренних болезней Андиганского государственного медицинского института, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Азизова Ф.Л.

Цель исследования. Обосновать взаимосвязь морфофункциональных показателей и клинических проявлений андрогенного дефицита у мужчин среднего возраста с учетом эндокринных факторов.

Материал и методы. Планируется включение мужчин 40–65 лет. Будут оценены морфометрические параметры, мышечная сила, функциональная выносливость и клинические симптомы по шкалам AMS и ADAM. При наличии данных медицинской документации будет проведен анализ гормонального профиля (общий тестостерон, ГСПГ, ЛГ, ФСГ). Статистическая обработка предусматривает выявление взаимосвязей между клиническими, морфологическими и эндокринными показателями.

Результаты исследования. Предполагается, что снижение мышечной массы и силы будет ассоциировано с более выраженной симптоматикой и неблагоприятным гормональным профилем. Ожидается формирование комплексной концепции ранней неинвазивной диагностики.

Выводы. Интеграция морфологических и эндокринных показателей позволит повысить точность раннего выявления андрогенного дефицита и обосновать междисциплинарный подход к его профилактике.

Абдурахимов А.Х.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН

Кафедра Внутренних болезней Андижанского государственного медицинского института, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Азизова Ф.Л.

Цель исследования. Оценить роль гигиенических и поведенческих факторов в формировании симптомов возрастного андрогенного дефицита у мужчин среднего возраста.

Материал и методы. Планируется одномоментное исследование с включением мужчин 40–65 лет. Оценка образа жизни будет проводиться с использованием валидированных опросников физической активности (IPAQ), анализа питания, сна и вредных привычек. Клиническая выраженность андрогенного дефицита будет оцениваться по шкалам AMS и ADAM. Дополнительно предусмотрена антропометрическая оценка и функциональные тесты для комплексного анализа. Статистическая обработка будет включать оценку относительных рисков и построение прогностических моделей.

Результаты исследования. Предполагается, что низкий уровень физической активности, нарушения сна, избыточное потребление высококалорийной пищи и курение будут ассоциированы с повышенной выраженностью симптомов андрогенного дефицита. Ожидается выделение модифицируемых факторов риска, значимых для профилактических программ.

Выводы. Учет гигиенических факторов позволит разработать профилактические мероприятия, направленные на снижение риска формирования андрогенного дефицита на популяционном уровне.

Абдурахманов А. Р.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ВАКЦИН И СЫВОРОТОЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Кафедра «Аллергология, клиническая иммунология, микробиология», Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Хаджаева Д.Х.

Цель исследования. Проанализировать современные технологии создания вакцин и сывороточных препаратов, их классификацию, принципы получения и особенности применения в клинической практике.

Материал и методы. Данные руководств по медицинской микробиологии и иммунологии. Международные рекомендации по вакцинопрофилактике. Публикации по биотехнологии и иммунопрофилактике. Анализ научной литературы. Сравнительный анализ традиционных и современных вакцинных платформ. Обобщение клинических данных по эффективности и безопасности иммунобиологических препаратов.

Результаты исследования. Современные вакцинные технологии: мРНК-вакцины доставляют РНК антигена и быстро разрабатываются; векторные используют рекомбинантные вирусы для усиления Т-клеточного ответа; рекомбинантные субъединичные содержат очищенные антигены, полученные генной инженерией; ДНК-вакцины основаны на плазмидной ДНК и являются перспективным направлением. Современные платформы позволяют сократить сроки разработки вакцин с 8–10 лет до 1–2 лет. Применение адъювантов и нанотехнологий повышает иммуногенность и снижает дозировку антигена. Современные сывороточные препараты: Иммуноглобулины получают из донорской плазмы для экстренной профилактики и заместительной терапии, моноклональные антитела создают гибридомной технологией для высокоспецифичного лечения инфекций и иммунопатологий, а антитоксические сыворотки применяют при токсикоинфекциях (дифтерия, столбняк, ботулизм) после глубокой очистки препаратов. Современные сывороточные препараты характеризуются высокой степенью вирусной безопасности, стандартизацией титра антител и снижением риска сывороточной болезни.

Выводы. Современные биотехнологии ускорили разработку вакцин, мРНК- и рекомбинантные платформы стали ведущими, моноклональные антитела расширили пассивную иммунизацию, вакцины формируют длительный иммунитет, а перспективы связаны с универсальными вакцинами и персонализированной иммунотерапией.

Абдухамидов М.Н., Додожони А., Хафиззода Ф.А.

РЕАБИЛИТАЦИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Оптимизировать программу реабилитации для пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и с астеническими расстройствами (АР) в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 150 человек (58% мужчин, 42% женщин) в возрасте от 50 до 65 лет в Государственном учреждении городского центра здоровья (ГУ ГЦЗ) №№ 2 и 10 г. Душанбе. В исследование были включены пациенты с ИБС, согласно классификации МКБ 10, со стенокардией и с её формами. Пациенты, перенесенные инфаркт миокарда, с аневризмой сердца и коронарных артерий, ишемической кардиомиопатией, были исключены из исследования. Кроме того, критерием для включения в исследование было наличие жалоб на симптомы астении. Все участники прошли комплексное обследование с применением инструментальных и лабораторных методов. Неврологический статус всех пациентов был исследован, очаговая неврологическая симптоматика отсутствовала. Степень выраженности АР оценивалась с помощью Субъ-

активной шкалы оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20). Пациенты до включения в исследование подписали информированное согласие. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Office 2016 и STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. По результатам оценки по шкале MFI-20, у 87% обследованных было выявлено наличие АР. У подавляющего большинства пациентов наблюдалось сочетание общей астении, сниженной активности и физической слабости. Согласно данным шкалы MFI-20, средние баллы по различным компонентам астении составили: общий балл – $68,51 \pm 7,18$; сниженная активность – $17,23 \pm 2,82$; общая астения – $19,67 \pm 1,74$; снижение мотивации – $9,1 \pm 1,93$; физическая астения – $18,05 \pm 2,62$; психическая астения – $9,9 \pm 3,18$. Для пациентов с АР была разработана реабилитационная программа с учетом индивидуальных данных. Программа включала: модификацию образа жизни (соблюдение режима труда и отдыха, мероприятия по гигиене сна, повышение стрессоустойчивости, отказ от вредных привычек, нормализацию массы тела) и повышение физической активности. Объем и интенсивность нагрузок зависели от функциональных возможностей пациентов. Психологическая реабилитация включала оценку психического статуса, консультацию психолога центра здоровья и формирование мотивации на продолжение реабилитационных мероприятий. У 75,0% пациентов после шести месяцев наблюдения и лечения вышеназванные симптомы прошли. У 25,0% пациентов после истечения названного срока наблюдались такие симптомы, как утомляемость при физической нагрузке, нарушения сна, эмоциональная нестабильность и тревожность.

Выводы. Все пациенты с ИБС и с астеническими расстройствами нуждаются в наблюдении и реабилитационной терапии в амбулаторных условиях. Своевременное выявление и лечение астенических расстройств у пациентов с ИБС предотвращает трансформацию их в ипохондрические и аффективные состояния.

Абийров Ф.А., Камолова М.В., Баходуров К.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ БИЛИРУБИНА

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Исодухт Б.У.

Цель исследования. Определить значимость уровня общего билирубина для определения степени тяжести состояния больных вирусным гепатитом.

Материал и методы. Были изучены 96 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении гепатологии и паразитологии Областной клинической инфекционной больницы Дангаринского района в 2023–2024 годах.

Среди обследованных: 54 (56,2) ребёнка в возрасте от 3 до 10 лет, 42 (43,8) взрослых пациента в возрасте от 18 до 58 лет. Из них 53 пациента были мужского, и 43 – женского пола.

У всех больных в качестве основного биохимического показателя был рассмотрен уровень общего билирубина, который использовался для определения степени тяжести заболевания.

При оценке учитывались следующие критерии: до 80 ммоль/л - лёгкая степень, 80 - 160 ммоль/л - средняя степень, более 160 ммоль/л - тяжёлая степень.

Показатель общего билирубина был сопоставлен с другими лабораторными и клиническими признаками интоксикации и тяжести течения вирусного гепатита.

Результаты исследования. Проведённое исследование показало: у 53 пациентов (55%) лёгкая степень (30 - 79 ммоль/л), у 41 пациента (43%) средняя степень (80–159 ммоль/л), у 2 пациентов (2%) тяжёлая степень (>160 ммоль/л).

Выводы. Уровень общего билирубина является надёжным и информативным критерием для оценки степени тяжести вирусного гепатита.

Показатель позволяет объективно определять тяжесть состояния, отслеживать динамику заболевания и своевременно корректировать лечение.

Адамбаев З.И., Пазылова А.С.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕЛКИХ СОСУДОВ

Ургенчский государственный медицинский институт, Узбекистан

Международная Школа Медицины Учебно-научно-производственного комплекса «Международный Университет Кыргызстана».

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Разработать и оценить клиническую эффективность алгоритма ведения пациентов с когнитивными нарушениями (КН) на основе нейровизуализационной верификации болезни мелких сосудов (МРТ), биомаркеров деградации сосудистой стенки и гематоэнцефалического барьера (MMP-9, BDNF) и оценки аффективных расстройств (шкала GDS).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 120 пациентов с хронической ишемией мозга 2-3 стадии. На основании данных МРТ (оценка лейкоареоза по шкале Фазекаса и наличия лакунарных инфарктов) пациенты были стратифицированы на 5 групп: 1 - изолированный лейкоареоз ($n=42$), 2 - лакунарный статус ($n=18$), 3 - лейкоареоз + атрофия ($n=25$), 4 - лакунарный статус + лейкоареоз ($n=20$), 5 - смешанная патология (лейкоареоз + лакуны + атрофия) ($n=15$). Всем пациентам назначалась базовая патогенетическая терапия (лизиноприл + цитиколин + ацетилсалициловая кислота). Персонализация проводилась по алгоритму: при $GDS \geq 10$ баллов добавлялся дулоксетин, при $MMP-9 > 50$ нг/мл или смешанной патологии (Группа 5) - доксициклин

(субантибактериальные дозы). Оценка эффективности проводилась по динамике когнитивных функций (MoCA), эмоционального статуса (шкала GDS), биомаркеров нейровоспаления (IL-6), деструкции (MMP-9) и нейропластичности (BDNF) через 12 недель.

Результаты исследования. Анализ динамики клинко-биохимических показателей выявил прямую сильную корреляционную зависимость между тяжестью морфологического субстрата (степенью лейкоареоза) и выраженностью терапевтического ответа. В группе 1 (изолированный лейкоареоз) базовая терапия обеспечила улучшение когнитивных функций по шкале MoCA на 20% (с 24,1 до 26,5 балла) и снижение уровня MMP-9 на 40% ($p<0,001$).

Наиболее выраженный клинический эффект зарегистрирован в группе 5 (смешанная патология), где применялась максимально интенсивная схема (база + дулоксетин + доксициклин). Когнитивный статус по MoCA улучшился на 50% (с 18,2 до 22,0 баллов), а показатели эмоционального фона по GDS снизились на 55%. Биохимически подтверждено подавление протеолиза и стабилизация гематоэнцефалического барьера: уровень MMP-9 снизился на 70% (с 82,4 до 24,7 нг/мл), а уровень нейротрофического фактора BDNF повысился на 15%, свидетельствуя о восстановлении нейропластичности.

В группах 3 и 4 (наличие атрофии и лакунарных инфарктов) ключевым фактором успеха стало включение дулоксетина (средний исходный GDS 12–14), что привело к редукции депрессивной симптоматики и вторичному улучшению когнитивных функций на 30–40%. В группе 2 (лакунарный статус) акцент на гипотензивную терапию и цитиколин в базовой схеме обеспечил снижение маркеров системного воспаления: IL-6 на 45% и СРБ на 30%.

Корреляционный анализ подтвердил синергетическое действие компонентов: комбинация лизиноприла и ацетилсалициловой кислоты стабилизировала церебральную перфузию, а добавление доксициклина блокировало деградацию базальной мембраны капилляров (снижение MMP-9 на 50–70%). Дулоксетин потенцировал нейротрансмиттерные механизмы, повышая уровень BDNF.

Выводы. Применение алгоритма комбинированной патогенетической терапии, основанного на стратификации пациентов по МРТ-типу поражения, уровню MMP-9 и шкале GDS, позволяет достичь значимого клинического улучшения. Максимальная эффективность (улучшение MoCA на 50%, снижение MMP-9 на 70%) достигается при смешанной патологии за счет мультитаргетного воздействия на сосудистую стенку, нейровоспаление и аффективные нарушения.

Адамбаев З.И., Пазылова А.С.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА И БОЛЕЗНИ МЕЛКИХ СОСУДОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Ургенский государственный медицинский институт, Узбекистан

Международная Школа Медицины Учебно-научно-производственного комплекса «Международный Университет Кыргызстана».

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Выявить патогенетические взаимосвязи между этиологическими факторами болезни мелких сосудов (БМС), уровнем биомаркеров деструкции экстрацеллюлярного матрикса и нейровоспаления (MMP-9, TIMP-1, IL-6) и спецификой формирования когнитивного дефицита у пациентов с хронической ишемией мозга.

Материал и методы. В исследовании участвовали 108 пациентов с хронической ишемией мозга 2-3 стадии. На основании этиопатогенетического фактора и данных МРТ (оценка лейкоареоза по шкале Фазекаса) пациенты были стратифицированы на 3 группы: 1 - гипертоническая энцефалопатия ($n=45$), 2 - атеросклеротическая и диабетическая энцефалопатия ($n=38$), 3 - смешанный генез с признаками церебральной амилоидной ангиопатии ($n=25$). Всем пациентам проводилось нейропсихологическое тестирование (MoCA, MMSE) и лабораторное определение уровней матриксной металлопротеиназы-9 (MMP-9), ее ингибитора (TIMP-1) и интерлейкина-6 (IL-6). Оценка корреляционных связей проводилась между выраженностью белого вещества поражения и биохимическими показателями.

Результаты исследования. Результаты исследования. Сравнительный анализ выявил прямую корреляцию между этиологией БМС и профилем когнитивных нарушений. В группе 1 (гипертоническая энцефалопатия) ведущим механизмом была гемодинамическая нестабильность и высокий уровень MMP-9 ($85,4\pm4,2$ нг/мл), вызывавший деструкцию базальной мембраны сосудов и ГЭБ. Когнитивный профиль соответствовал «субкортикальному» типу с нарушениями исполнительных функций и снижением MoCA на 45%.

В группе 2 (атеросклеротический/диабетический генез) доминировал воспалительный вектор: уровень IL-6 был выше ($18,7\pm1,5$ пг/мл), а соотношение MMP-9/TIMP-1 снижено, что указывало на хроническую эндотелиальную дисфункцию и раннее поражение памяти.

В группе 3 (смешанный генез) нарушения были наиболее тяжелыми (MoCA $14,2\pm0,8$). Особенностью стало сочетание критического MMP-9, провоцирующего микроинсульты, и высокого IL-6, поддерживающего нейродегенерацию. При лейкоареозе 3 степени MMP-9 экспоненциально возрастал на фоне истощения TIMP-1.

Тяжесть дефицита в 1-й группе коррелировала с жесткостью сосудов и MMP-9, во 2-й - с воспалением. Во всех случаях когнитивное снижение ассоциировано с дисбалансом системы MMP/TIMP-1 и нарушением проницаемости сосудистой стенки.

Выводы. Формирование когнитивных нарушений при хронической ишемии мозга имеет гетерогенный патогенез. При гипертоническом генезе ведущим механизмом является механическое разрушение сосудистой стенки и матрикса (гиперэкспрессия MMP-9), приводящее к дисконнекции белого вещества и нарушению ис-

полнительных функций. При атеросклеротическом и смешанном генезе преобладает воспалительный компонент (IL-6) и истощение ингибиторной системы (TIMP-1), что обуславливает более быстрое развитие глобального когнитивного снижения и деменции. Дифференцированная оценка биомаркеров ММР-9 и IL-6 позволяет верифицировать ведущий патогенетический механизм и оптимизировать нейропротективную терапию.

Азамов И.И., Дустова Ф., Тохирова Н.А.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

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

Научный руководитель – старший преподаватель Мукарамова Д.А.

Цель исследования. Изучить особенности лабораторной диагностики острой респираторной вирусной инфекции среди детей младенческого и дошкольного возраста.

Материал и методы. Нами исследованы амбулаторные карты детей младенческого и дошкольного возраста, обратившихся за медицинской помощью к семейным врачам, с диагнозами ОРВИ. Всего в течение 2025 года обратились с диагнозом ОРВИ 118 (100%) детей, из них 84 (71,2%) ребёнка в возрасте от 0 до 5-ти лет.

Всем детям проведены лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, кал на копрологическое исследование, по показаниям проведён бактериальный посев из носа, ротоглотки, зева и кала на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты исследования. В результате проведённого исследования выявлено, что у 59 (70,2%) детей в общем анализе крови имеет место снижение уровня гемоглобина до 100-105 г/л, лейкоцитоз с превалированием лимфоцитоза и небольшое повышение СОЭ до 10-15 мм. в час. Приблизительно в четверти случаев 22 (26,1%) у детей отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы вправо (нейтрофилёз) и повышенное СОЭ до 25 мм. в час, что, подтверждало бактериальное наложение инфекции. А также у 13 % детей отмечался эозинофилёз.

Изменение мочевого осадка, обнаружено у 44 (52,3%) детей в виде следов белков, лейкоцитов до 10-13 в п. зр., соли ураты, оксалаты, а в 33,3% (28 детей) случаев отмечалось наличие только солей (уратурия, оксалурия). Также в 14,2% случаев (12 детей) обнаружено наличие бактериурии и грибка.

В копрологическом исследовании у всех обследованных 84 100% детей регистрируется: слизь от небольшого до большого количества, лейкоциты от 4 до 10 в п.зр., бактерии от + до +++, непереваренная пища, внеклеточный крахмал от небольшого до большого количества, наличие грибов. Исследование кала на яйца - глисты выявило паразитарную инфекцию, у 13 (15,4%) детей от 3 до 5 лет - цисты лямблии, у 27 (32,14%) детей, посещающих детские дошкольные учреждения обнаружены яйца остриц.

Изменения характерные для одновременного нарушения со стороны мочевых путей, воспалительное поражение кишечника, лямблиоз кишечника и энтеробиоз усугубило течение болезни и способствовало развитию кишечного синдрома у детей младшего и дошкольного возраста.

ОРВИ, сопровождающийся анемией, кишечным и мочевым синдромом, можно определить по клинике и дополнительным лабораторным исследованиям. Чаще всего родители с детьми более старшего возраста обращаются не по поводу ОРВИ, а именно, когда ребёнок жалуется на боли в животе.

Выводы. На основании течения, клинического проявления и данных лабораторного исследования выявлено, что ОРВИ у детей чаще протекает в осложнённой форме, так как исследование показывает на фоне анемии, мочевого синдрома и гельминтозов ухудшение прогноза, усугубляет течение и выздоровление.

Таким образом, исследованием выявлено, что лабораторная диагностика представляет возможность уточнить бактериальную или вирусную природу ОРВИ у детей, которая даёт возможность правильно подобрать рациональную терапию.

Айрих В.А., Алимова Ж.Т., Семькина И.К.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕНЕЗА С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

Кафедра Внутренних болезней №1 НАО «Медицинский университет Астана». Казахстан

Научный руководитель – Нуркенова Г.К.

Цель исследования. Представить клинический случай тяжелого токсического эпидермального некролиза лекарственного генеза, оценить особенности его течения, проводимого лечения и исхода.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ одного клинического случая токсического эпидермального некролиза у пациента 41 года на основании данных анамнеза, объективного статуса, лабораторно-инструментальных исследований и результатов лечения. Токсический эпидермальный некролиз относится к редким, но жизнеугрожающим тяжелым кожным лекарственным реакциям. По современным данным, внутрибольничная летальность при эпидермальном некролизе составляет около 15–20%, а общая смертность может достигать 34%; для токсического эпидермального некролиза в литературе обычно приводят летальность порядка 20–40%, что соответствует ориентировочной выживаемости 60–80%.

Результаты исследования. По данным стационара, представленный случай является одним из трех зарегистрированных случаев токсического эпидермального некролиза и характеризовался одним из наиболее тяжелых вариантов течения. Заболевание началось 19.08.2025, однако пациент был госпитализирован только 09.09.2025, то есть до поступления более 2 недель лечился самостоятельно дома после приема парацетамола, аспириносодержащих препаратов и НПВС. При поступлении состояние расценено как тяжелое: лихорадка, генерализованное поражение кожи и слизистых, стоматит, блефароконъюнктивит, выраженный интоксикационный синдром; по решению консилиума пациент был переведен в ОАРИТ. Проводилось комплексное лече-

ние: отмена причинных препаратов, системная глюкокортикостероидная терапия (метипред до 1000 мг/сут внутривенно), инфузионная и гастропротективная терапия, антибактериальная терапия по показаниям, местное лечение кожи (пантенол, цинокап, обработка перекисью водорода и фурациллином), офтальмологическое лечение (Офтаквикс, промывание глаз физраствором), диетотерапия и уход за кожей; также в ходе лечения проводился мультидисциплинарный консилиум. Несмотря на позднее обращение и тяжелое течение, на фоне терапии достигнута положительная клиническая динамика: прекращение прогрессирования кожного процесса, уменьшение интоксикации, улучшение состояния слизистых и постепенная эпителизация пораженных участков с выпиской пациента в улучшенном состоянии.

Выводы. Представленный случай демонстрирует, что токсический эпидермальный некролиз может развиваться после приема широко используемых лекарственных препаратов и даже при позднем обращении приводить к крайне тяжелому состоянию. Раннее распознавание заболевания, немедленная отмена причинного препарата, интенсивная терапия и мультидисциплинарное ведение имеют ключевое значение для благоприятного исхода. Практическая значимость случая определяется редкостью данной патологии в стационаре, тяжестью течения и выздоровлением пациента, несмотря на высокий риск летального исхода, характерный для токсического эпидермального некролиза.

Акабоев Х.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ УСТАНОВКИ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ТОКСИДЕРМИИ КАК ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ.

Кафедра Терапевтических предметов Университета Зармед Узбекистан.

Научный руководитель - ассистент Орипов Р.А.

Цель исследования. Изучение роли компетентности врача в выявлении этиопатогенетических причин развития токсидермии для последующей эффективной догоспитальной помощи больным.

Материал и методы. В исследовании участвовало 30 больных с диагнозом токсикодермия. Кроме того, ретроспективно изучено более 20 историй болезней Самаркандского регионарного научно-практического центра экстренной помощи с выявленными врачебными ошибками при поступлении больных токсикодермией.

Результаты исследования. Результаты, полученные при проведении исследования, свидетельствуют о том, что на долю антибиотиков, сульфаниламидов и анальгетиков приходится 60% всех лекарственных токсидермий. Наиболее часто встречаются лекарственные токсидермии. Второе место по частоте занимают пищевые (алиментарные) токсидермии. По данным исследования у 32,4% больных лекарственными токсидермиями этиологическим фактором явились антибиотики, у 12,7 % больных — производные пиразолона (анальгин, амидопирин, бутадйон). Третье место по частоте заняли сульфаниламидные препараты, четвертое место — снотворные средства, преимущественно производные барбитуровой кислоты (4,4%). По данным нашего исследования, наибольшее распространение имеют уртикарные токсидермии, однако большинство дерматологов эту клиническую форму диагностируют как острую крапивницу и среди токсидермий не рассматривают.

При лечении токсидермии прежде всего следует предусмотреть прекращение действия на организм этиологического фактора, назначить щадящую диету, обильное питье, а также энтеросорбенты (полифепан), мочегонные и слабительные средства в целях выведения аллергена или токсического вещества из организма. В случае развития общих явлений, повышения температуры тела необходимо назначить лечение глюкокортикостероидами, вводимыми пер ос и внутривенно с гемодезом или реополиглю-кином. Рекомендуются также гемосорбция.

Выводы. Таким образом установлено, что в эффективном и своевременном лечении больных токсикодермий различного генеза ведущая роль отводится в установлении этиопатогенетической причине развития болезни для скорейшего и правильного выбора оптимального лечения. В этой связи очевидно без сомнения роль компетенции врача играет ведущую роль в дальнейшем исходе болезни.

Аламуратова Ш.А., Султонова С.Л., Рустамова А.М.

РОЛЬ ФОНОВЫХ СОСТОЯНИЙ В РАЗВИТИИ ЧАСТЫХ ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПМСП

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

Научный руководитель – старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить роль фоновых состояний в развитии частых простудных заболеваний у детей на уровне ПМСП (Первичная медико санитарная помощь).

Материал и методы. Для решения поставленной цели нами обследовано 48 детей в возрасте от 1 до 3 лет, с сентября по март месяца 2025 года в ГУ ГЦЗ №12, различными видами фоновых состояний, перенёсшие заболевания органов дыхания (ОРВИ, стенозирующий ларинготрахеит, бронхиолит, бронхит). Всем детям проведены клинико - лабораторные исследования(общий анализ крови, мочи, кала). Определен уровень показателя, УЗИ вилочковой железы, консультация узких специалистов по показаниям.

Результаты исследования. Большинство обследованных детей 30 (62,5%) находились на раннем смешанном и искусственном вскармливании. Взаимосвязь между наличием фоновых состояний и частотой заболеваемости выражено следующим образом: атипичский дерматит у 12 (25%) больных, лимфатико - гипопластический диатез у 9 (18,7), рахит - у 10 (20,8%), анемия лёгкой степени - у 11 (29,9%), острое нарушения питания - 8 (16,6%). У 13,7% детей отмечалась гиперплазия вилочковой железы. Клинические признаки выражались в бледности кожных покровов, пастозности, неравномерной прибавке массы тела на первом году жизни (острое нарушение питания), частых заболеваниях ОРВИ, в развитии эпизода обструкции, гиперплазии вилочковой

железы. Проведённый анализ полученных результатов выявил взаимосвязь между частотой острых заболеваний и фоновыми состояниями у детей. Наиболее часто воспалительные заболевания органов дыхания наблюдались у детей с atopическим дерматитом, лимфатико-гипопластическим диатезом, анемией, рахитом.

Выводы. Из вышеизложенного видно, что наиболее часто подвержены воспалительным заболеваниям бронхо-лёгочной системы дети с atopическим дерматитом и анемией, рахитом, острым нарушением питания, лимфатико-гипопластическим диатезом. Вероятно, ранняя и частая заболеваемость у детей раннего возраста связана с преждевременным переводом на смешанное и искусственное вскармливание, которые способствуют развитию затяжных патологических процессов.

Али-Заде Н.А.

КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мухаммадиева К.М.

Цель исследования. Изучить частоту герпесвирусной инфекции у детей с псориазом и определить ее связь с клиническими формами заболевания, дерматоскопической активностью и иммунологическими показателями.

Материал и методы. Исследование выполнено в 2020–2025 гг. на базе ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней». Обследовали 168 детей в возрасте 7–17 лет с различными клиническими формами псориаза (мальчики - 48,2%, девочки - 51,8%). В зависимости от результатов серологического обследования пациенты были разделены на две группы: с герпесвирусной инфекцией - 65 детей и без герпесвирусной инфекции - 103 ребенка. Диагностика герпесвирусной инфекции проводилась методом ИФА с определением антител IgM и IgG к вирусу простого герпеса и цитомегаловирусу с оценкой индекса авидности IgG. Тяжесть псориазического процесса оценивали с использованием индексов PASI, PSSI и NAPSИ. Дерматоскопическое исследование выполняли с определением суммарного дерматоскопического балла. Иммунологический статус оценивали по показателям клеточного и гуморального иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD25+, CD32+, CD95+, IgA, IgM, IgG). Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрических методов, критерия χ^2 Пирсона, точного критерия Фишера, а также расчёта отношения шансов и относительно риска.

Результаты исследования. Наиболее часто встречался каплевидный псориаз - 31,0%, далее следовали экссудативный - 26,8%, лентикулярно-нумулярный - 25,6% и папуло-бляшечный - 16,7%. Серологические маркеры герпесвирусной инфекции выявлены у 38,7% обследованных. В структуре серопозитивности преобладали маркеры ЦМВ - 44,6% среди серопозитивных, маркеры ВПГ составили 33,8%, сочетание ВПГ+ЦМВ - 21,5%. При серологическом профилировании установлено, что у большинства детей с псориазом и ГВИ преобладали признаки хронической латентной инфекции - 58,5%, реактивация герпесвирусного процесса выявлена у 32,3%, а признаки недавнего инфицирования - лишь у 9,2% наблюдений. При этом наибольшая доля реактивации отмечалась при каплевидном варианте - 44,8%, тогда как при лентикулярно-нумулярном и папуло-бляшечном псориазе преобладали латентные формы инфекции. В группе с ГВИ тяжелая степень по PASI регистрировалась у 32,3% детей против 8,7% у пациентов без ГВИ, а выраженное поражение волосистой части головы по PSSI - у 61,5% против 11,7% соответственно. Ониходистрофия по NAPSИ выявлялась в 20,0% случаев при наличии ГВИ и только в 3,9% - при ее отсутствии.

По данным дерматоскопии тяжелая дерматоскопическая активность определялась у 46,2% пациентов с ГВИ против 25,2% без нее, а вероятность тяжелой активности возрастала более чем в 2 раза.

Иммунологический анализ показал, что наличие ГВИ ассоциировано с более высокой частотой нарушений иммунного статуса - 89,2% против 71,8% у детей без ГВИ. Нормальные показатели иммунного статуса при сопутствующей ГВИ встречались почти в 3 раза реже, чем у детей без герпесвирусного фона, а умеренные иммунные нарушения, напротив, регистрировались чаще.

Выводы. Герпесвирусная инфекция выявляется более чем у трети детей с псориазом и ассоциируется с более активным клиническим течением заболевания, выраженными дерматоскопическими признаками воспаления и иммунологическими нарушениями.

Али-Заде Н.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мухаммадиева К.М.

Цель исследования. Оценить эффективность включения противовирусной терапии в комплексное лечение псориаза у детей с лабораторно подтвержденной герпесвирусной инфекцией по динамике клинических индексов, дерматоскопической картины, серологических и иммунологических показателей, а также по частоте рецидивов.

Материал и методы. В исследование включены 65 детей 7-17 лет с псориазом и герпесвирусной инфекцией. Основную группу составили 33 пациента, получавшие стандартную терапию в сочетании с противовирусным интерфероновым препаратом, группу сравнения - 32 ребенка, получавшие стандартное лечение. Эффективность терапии оценивали по индексам PASI и PSSI на 0, 7 и 14 сутки, дерматоскопическим показателям - до и после лечения; через 3 месяца анализировали серологический профиль к ВПГ и ЦМВ, индекс авидности IgG

и иммунологические показатели, а частоту рецидивов - в течение 12 месяцев; статистическую обработку проводили с использованием критериев Манна-Уитни, Вилкоксона, Фридмана, точного критерия Фишера и критерия Фишера-Фримена-Холтона.

Результаты исследования. На 7-е сутки значимых межгрупповых различий по абсолютным значениям PASI и PSSI не выявлено, что свидетельствовало о сходной ранней динамике. Однако к 14-м суткам клиническое улучшение в основной группе оказалось более выраженным. Индекс PASI снизился до 2,9 [2,1-5,4] балла против 6,1 [3,4-7,4] в группе сравнения; относительное снижение PASI составило 72,0% против 50,5% соответственно. Для поражения волосистой части головы абсолютные значения PSSI к 14-м суткам существенно не различались, однако относительное снижение показателя было достоверно выше в основной группе - 64,3% против 50,0%, что указывает на более быстрый регресс процесса. Дерматоскопический мониторинг подтвердил преимущество схемы с включением противовирусного компонента. Снижение общего дерматоскопического индекса в основной группе было более выраженным - 55,6% против 35,4%.

Через 3 месяца после терапии в основной группе уменьшалась доля высоких титров IgG и увеличивалась доля низких титров, тогда как в группе сравнения структура титров оставалась менее благоприятной. Для ЦМВ аналогичных межгрупповых различий не получено. Доля пациентов с высокой авидностью IgG в обеих группах была высокой уже исходно и через 3 месяца существенно не менялась. По данным иммунологического исследования, в основной группе прослеживалась более благоприятная тенденция к нормализации Т-клеточного и гуморального звеньев иммунитета: увеличивалась доля CD4+ лимфоцитов, уменьшались повышенные уровни иммуноглобулинов и снижались признаки иммунной активации. В отдаленном периоде наблюдения клинические преимущества терапии сохранялись. В течение первых 3 месяцев рецидивы в основной группе не регистрировались, тогда как в группе сравнения они уже отмечались у 6,3% детей. Через 6 и 9 месяцев частота обострений в основной группе оставалась ниже, чем при стандартной терапии. В течение 12 месяцев рецидивы зарегистрированы у 30,3% детей основной группы и у 43,8% пациентов группы сравнения. Отсутствие рецидивов в течение года отмечено у 69,7% детей, получавших противовирусную терапию, против 56,3% в группе стандартной терапии.

Выводы. Включение противовирусной терапии в комплексное лечение псориаза у детей с герпесвирусной инфекцией обеспечивает более выраженную клиническую динамику, уменьшение дерматоскопических признаков активности, нормализацию иммунологических показателей и снижение частоты рецидивов в течение 12 месяцев.

Алланазаров Ф.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

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

Науч. руководитель – доцент кафедры Алиева Е.Г.

Цель исследования. Изучение сочетанного влияния процедур УВЧ-терапии и ультрафиолетового облучения в комплексном лечении больных с аденоидитом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 10 больных, в возрасте от 5 до 10 лет с диагнозом хронический аденоидит 1-2 стадии. Больные предъявляли жалобы на затрудненное дыхание через нос, ночной храп и сопение, хронический насморк, кашель, гнусавость голоса, расстройства сна, снижение иммунитета. В комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включая сосудосуживающие капли для облегчения дыхания, противовоспалительные средства для снятия воспаления, гормональные спреи, местные или системные антибиотики при бактериальном воспалении, антигистаминные препараты, иммуностимуляторы входило сочетанное применение УВЧ-терапии и УФО-облучения носа. Курс 10–15 процедур выбран с учетом фаз воспалительного процесса. Первые 3–5 процедур направлены на уменьшение экссудации и отека, последующие — на стимуляцию репаративных процессов и нормализацию лимфодренажа. УВЧ-терапия проводилась ежедневно с экспозицией 8–10 минут, интенсивность — субтепловая или слаботепловая. УФО-облучение назначалось по возрастающей биодозе с учетом возраста ребенка.

Сочетание методов позволяет воздействовать одновременно на сосудистый, иммунный и микробный компоненты воспаления.

УВЧ-терапия воздействует на ткани электромагнитным полем, вызывая тепловой эффект. Это улучшает микроциркуляцию крови, уменьшает воспаление и отек, а также способствует регенерации тканей.

УФО-облучение (ультрафиолетовое облучение) оказывает бактерицидное и противовоспалительное действие. Оно стимулирует иммунную систему и способствует уничтожению патогенных микроорганизмов.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивали по следующим показателям: уменьшение воспаления и отека аденоидных тканей, улучшение носового дыхания, отсутствие гнусавости голоса, отсутствие или уменьшение ночного храпа, снижение частоты респираторных инфекций. После 5 процедур отмечалось: уменьшение отека носоглотки, улучшение носового дыхания, снижение интенсивности храпа. После полного курса отмечалось: восстановление проходимости носовых ходов, исчезновение гнусавости, снижение частоты инфекций, улучшение сна, повышение общей активности ребенка.

Комбинированное воздействие УВЧ и УФО обеспечивает:

- усиление микроциркуляции,
- ускорение рассасывания воспалительного инфильтрата,
- бактерицидный эффект,
- стимуляцию местного иммунитета слизистой оболочки.

Сравнительный анализ показывает, что комплексная физиотерапия уменьшает длительность обострения и снижает медикаментозную нагрузку, особенно потребность в системных антибиотиках.

Выводы. Таким образом, сочетание УВЧ-терапии и УФО-облучения при аденоидах у детей может быть полезным, так как оба метода направлены на уменьшение воспаления и ускорение выздоровления. УВЧ-терапия оказывает тепловое воздействие, улучшая кровообращение и уменьшая отек, в то время как УФО-облучение обладает антимикробным и противовоспалительным действием.

Алланазаров Ф.Ф., Кувваталиева Г.Г.

РЕСПИРАТОРНАЯ ГИМНАСТИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

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

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Алиева Е.Г.

Цель исследования. Оценка влияния раннего начала дыхательных упражнений на сроки восстановления легочной вентиляции и эффективность профилактики застойных пневмоний у пациентов хирургического профиля.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 36 пациентов, перенесших плановые оперативные вмешательства (холецистэктомия и герниопластику). Пациенты были разделены на две группы: основная группа (18 человек) и контрольная группа (18 человек). В основной группе реабилитационные мероприятия, включающие диафрагмальное дыхание и приемы «активного откашливания», начинались уже через 6 часов после экстубации. Раннее начало дыхательных упражнений (через 6 часов после экстубации) патогенетически обосновано, поскольку в этот период формируется гиповентиляция нижних отделов лёгких вследствие болевого синдрома и остаточного действия анестезии. Частота занятий составляла 4–6 раз в сутки по 5–7 минут, что обеспечивало регулярную стимуляцию альвеолярной вентиляции без перегрузки пациента. Кумулятивный эффект достигался к 2–3 суткам за счет постепенного увеличения экскурсии грудной клетки и восстановления сократительной активности диафрагмы.

Контрольная группа приступала к аналогичным занятиям на вторые-третьи сутки после операции. Мониторинг состояния осуществлялся с использованием методов спирометрии и пульсоксиметрии (определение уровня SpO₂).

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенного анализа установлено, что у пациентов основной группы уровень сатурации кислорода (SpO₂) нормализовался до целевых значений 97–98% уже к концу первых суток. В основной группе уже через 24 часа отмечено:

- восстановление адекватной экскурсии грудной клетки,
- повышение SpO₂ до 97–98%,
- отсутствие аускультативных признаков застоя,
- уменьшение тахипноэ.

В контрольной группе данный показатель оставался на уровне 94–95%, что указывало на сохраняющуюся гипоксию. По данным аускультации, мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, характерные для застойных явлений, в основной группе не выявлялись, в то время как в контрольной группе они были зафиксированы у 22% (4) больных, наблюдалась задержка нормализации вентиляционных показателей. Это подтверждает, что ранняя активация сократительной способности диафрагмы обеспечивает эффективный дренаж бронхиального дерева и предотвращает развитие ателектазов в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. Инициация лечебной физкультуры в первые часы после оперативного вмешательства является решающим фактором снижения риска развития летальных легочных осложнений. Ранняя дыхательная реабилитация способствует ускоренному восстановлению функций дыхательной системы и сокращению среднего койко-дней. Таким образом, внедрение протоколов ранней активации пациентов является клинически обоснованным и необходимым стандартом в современной хирургии.

Алохонова Ш.А., Нуруллаева М.Ж., Кидиралиева С.Б.,

Гонококки и их влияние на иммунитет человека ПЕРСПЕКТИВЫ ВАКЦИНАЦИИ.

Ташкентский государственный медицинский университет, «ТГМУ» Узбекистан

кафедра «Аллергология, клиническая иммунология, микробиология»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Хаджаева Д.Х.

Цель исследования. Изучить механизмы взаимодействия гонококков с иммунной системой человека, рассмотреть особенности уклонения бактерии от иммунного ответа и современные подходы к созданию вакцины против гонореи.

Материал и методы. Материалом для тезиса послужили современные научные статьи, данные микробиологических исследований, а также публикации, посвященные патогенезу гонококковой инфекции и иммунным реакциям организма.

Результаты исследования. Является облигатным паразитом человека и хорошо адаптирован к существованию в организме хозяина. Одной из наиболее важных особенностей этого микроорганизма является его способность изменять структуру поверхностного белка — пилина. Именно по этим белкам иммунная система распознаёт патоген. Гонококк способен вносить контролируемые изменения в ген, кодирующий пилин, заменяя отдельные участки на фрагменты из других копий генов. В результате структура белка постоянно меняется, и иммунная система не успевает адаптироваться к новому варианту бактерии.

Исследования показали, что клетки гонококка могут содержать несколько копий генома, что облегчает процесс таких генетических перестроек. Благодаря этому механизму бактерия фактически «обманывает» им-

мунную систему, делая выработанные антитела менее эффективными. Это объясняет, почему у человека не формируется стойкий иммунитет после перенесённой инфекции и возможны повторные заражения.

Эти особенности значительно усложняют создание вакцины. Тем не менее современные исследования направлены на поиск более стабильных антигенов бактерии, которые меньше подвержены изменениям. Также изучается возможность использования перекрёстного иммунитета после вакцинации против родственного микроорганизма — *Neisseria meningitidis*, что может стать основой для разработки новых профилактических препаратов.

Вывод. Гонококковая инфекция характеризуется сложным взаимодействием с иммунной системой человека. Способность бактерии изменять структуру своих поверхностных белков и подавлять иммунный ответ препятствует формированию длительной защиты. Дальнейшее изучение этих механизмов имеет большое значение для разработки эффективных методов профилактики, включая создание вакцины против гонореи.

Амиров М.Ф., Нуруллозода З.Х., Хомидова Г.Б.

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ИХ РАЗВИТИЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - ассистент кафедры семейной медицины Ходжиматова З.Ф.

Цель исследования. Оценить влияние характера питания детей раннего возраста на их физическое развитие, формирование иммунной устойчивости и риск развития алиментарно-зависимых заболеваний.

Материал и методы. Исследование было проведено в ГЦЗ №3. В исследование были включены дети в возрасте от 0 до 2-х лет. Дети были разделены на группы в зависимости от характера питания: исключительно грудное вскармливание, смешанное вскармливание, искусственное вскармливание, а также с учетом сроков и характера введения прикорма. Оценка физического развития проводилась на основании антропометрических показателей (масса тела, длина/рост, средняя окружность плеча), соответствующие возрасту с использованием весо-ростовой таблицы (Z- таблицы). Иммунологический статус оценивался по частоте острых респираторных заболеваний за последние 6-12 месяцев, а также по данным клинических и лабораторных анализов.

Результаты исследования. Здоровье детей является актуальной проблемой любого общества. Здоровье матери и ребенка является приоритетным направлением системы здравоохранения Республики Таджикистан. В Таджикистане вопросы, связанные с питанием, являются серьезной проблемой здоровья населения и требуют незамедлительных действий, включая активное участие работников здравоохранения в пропаганде грудного вскармливания, адекватного и безопасного прикорма. Оптимальная практика грудного вскармливания и прикорма настолько важна, что может способствовать ежегодному спасению жизни 1,5 миллиона детей в возрасте до пяти лет.

Оптимальное питание в раннем возрасте представляет собой один из критически значимых факторов, определяющих темпы физического и нейropsychического развития ребенка, а также формирование метаболического и иммунологического фундамента, влияющего на риск развития хронических неинфекционных заболеваний в последующие периоды жизни. Здоровье детей является актуальной проблемой любого общества.

В результате анализа установлено, что дети, находившиеся на исключительно грудном вскармливании в течение первых 6 месяцев жизни, имели достоверно более высокие показатели физического развития по сравнению с детьми на искусственном и смешанном вскармливании. У детей, получивших грудное молоко, отмечалась меньшая частота острых респираторных инфекций по сравнению с группами смешанного и искусственного вскармливания, что свидетельствует о положительном влиянии грудного вскармливания на формирование иммунной устойчивости. Кроме того, было выявлено, что раннее введение прикорма ассоциировалось с повышенным риском развития пищевой аллергии и функциональных нарушений ЖКТ.

Выводы. Грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни оказывает положительное влияние на физическое развитие и иммунную устойчивость ребенка, снижая частоту инфекционных заболеваний раннего возраста.

Соблюдение современных рекомендаций по введению прикорма позволяет снизить риск развития пищевой аллергии и нарушений функций желудочно-кишечного тракта. Полученные данные подтверждают необходимость широкой информационно-просветительной работе среди родителей и практикующих врачей по вопросам рационального питания детей раннего возраста как основы профилактики хронических заболеваний и формирования здоровья на будущее.

Амирова П.Х., Толибова Л.Н., Курбонова М.Н.

НЕМОТОРНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель к.м.н., доцент Ганизода М.Т

Цель исследования. Оценить распространённость и структуру гастроинтестинальных немоторных проявлений у пациентов с болезнью Паркинсона.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В исследование включены 32 пациента в возрасте от 55 до 80 лет с клинически установленным диагнозом болезни Паркинсона согласно диагностическим критериям MDS. Стадия заболевания оценивалась по шкала Хен-Яра; в исследование были включены пациенты со стадиями I–III.

Оценка немоторных симптомов проводилась с использованием Non-Motor Symptoms Scale (NMSS). Анализировались гастроинтестинальные симптомы, включая хронический запор, метеоризм, признаки замедленного опорожнения желудка и абдоминальный дискомфорт.

Результаты исследования. Гастроинтестинальные симптомы выявлены у 75% обследованных пациентов. Наиболее распространённым проявлением являлся хронический запор, который отмечался у 62,5% пациентов. Вздутие живота наблюдалось у 46,9% пациентов, признаки замедленного опорожнения желудка — у 31,3%, абдоминальный дискомфорт — у 28,1%. Частота гастроинтестинальных нарушений была выше у пациентов со II–III стадиями заболевания по шкале Хен–Яра по сравнению с I стадией ($p < 0,05$). У ряда пациентов симптомы запора отмечались за несколько лет до появления двигательных проявлений заболевания, что соответствует современным представлениям о продромальной стадии болезни Паркинсона.

Выводы. Гастроинтестинальные нарушения являются частыми немоторными проявлениями болезни Паркинсона и выявляются у большинства пациентов. Наиболее распространённым симптомом остаётся хронический запор. Нарушения моторики желудочно-кишечного тракта могут существенно ухудшать качество жизни пациентов и снижать эффективность терапии леводопой вследствие нарушения её абсорбции. Полученные данные подтверждают необходимость раннего выявления гастроинтестинальной дисфункции и комплексного подхода к ведению пациентов с болезнью Паркинсона.

Олимова Н.М., Мингтурев А.Ш., Амриев У.

КОРРЕЛЯЦИЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОЧИ У МУЖЧИН С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ.

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

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

Цель исследования. Изучить связь гликированного гемоглобина (HbA1c) с лабораторными показателями мочевой системы при диабетической полинейропатии у мужчин с СД.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе Медицинского городского центра №1 имени Карима Ахмедова, с использованием амбулаторных и стационарных данных пациентов. В исследование включены 99 мужчин: 25 пациентов (25,25%) с диабетом 1 типа и 74 пациента (74,74%) с диабетом 2 типа. Всем больным было проведено анкетирование по таким вопросам: антропометрия (вес, рост, ИМТ) анамнез заболевания (диагноз, длительность заболевания, сахароснижающие препараты) лабораторные данные (сахар крови, гликированный гемоглобин, общий белок, лейкоциты, креатенин, мочевины). Для оценки взаимосвязи использовался коэффициент корреляции Пирсона (r).

Результаты исследования. У обследованных пациентов средний возраст составил $49,68 \pm 14,69$ лет, средняя продолжительность заболевания сахарным диабетом составила - $8,39 \pm 6,02$ лет, средняя масса тела - $75,83 \pm 13,66$ кг, средний рост - $169,41 \pm 8,44$ см, средний ИМТ - $26,32 \pm 3,9$ кг/м². Средний уровень гликемии - $9,91 \pm 2,81$ ммоль/л, HbA1c - $7,19 \pm 3,32\%$. Функция почек находилась в пределах нормы (мочевина - $7,19 \pm 3,3$ ммоль/л, креатенин - $105,3 \pm 46,5$ мкмоль/л). Показатели мочи: белок - $0,06 \pm 0,03$ г/л, лейкоциты - 11 ± 5 в поле зрения. Выявлена слабая положительная корреляционная связь между HbA1c и уровнем мочевины ($r=0,2$) и креатинином ($r = 0,27$), в то время как умеренная положительная корреляция наблюдалась с белком в моче ($r=0,38$) и лейкоцитами в моче ($r=0,46$). Это указывает на прямую зависимость урологических проявлений диабетической полинейропатии от степени контроля углеводного обмена, даже при нормальной функции почек.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что недостаточный гликемический контроль может способствовать ухудшению функционального состояния мочевой системы и развитию урологических осложнений. Результаты подчеркивают важность мониторинга гликогемоглобина (HbA1c) для раннего выявления и профилактики нарушений мочевой системы у пациентов с сахарным диабетом.

Амроев А.У., Баротов Г.Х.

ФАНТОМНЫЕ БОЛИ У ЛИЦ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г.Гулямова

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

Научный руководитель – ассистент Хакимов В.Б.

Цель исследования. Изучение эмоционального состояния пациентов с фантомными болями.

Материал и методы. В исследование включено 8 пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей вследствие травматических повреждений, осложнений сахарного диабета и сосудистых заболеваний. Возраст обследованных составил от 34 до 70 лет. Использовались клинико-анамнестический метод, наблюдение, клиническая беседа и анализ медицинской документации. Интенсивность фантомной боли оценивалась по визуально-аналоговой шкале (VAS). Эмоциональное состояние пациентов изучалось путем оценки уровня тревожности, депрессивных проявлений, нарушений сна и особенностей психологической адаптации к утрате конечности. Наблюдение проводилось в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Фантомные боли различной степени выраженности выявлены у всех обследованных пациентов. Наиболее часто боль описывалась как жгучая, пульсирующая, стреляющая или ощущение сдавливания отсутствующей конечности. У 6 пациентов отмечались признаки повышенной тревожности, а у 2 остальных депрессивные реакции, связанные со снижением физической активности, утратой трудоспособности и изменением социального статуса. Почти у всех наблюдались нарушения сна, раздражительность и эмоциональная неустойчивость. Установлено, что высокая интенсивность фантомной боли сопровождалась выра-

женными эмоциональными расстройствами и затрудняла процесс реабилитации и протезирования. Пациенты с недостаточной психологической поддержкой демонстрировали более длительную адаптацию к новым условиям жизни.

Выводы. Фантомные боли после ампутации нижних конечностей являются не только неврологической, но и психоэмоциональной проблемой, существенно влияющей на восстановление пациентов. Комплексное лечение должно включать медикаментозную коррекцию болевого синдрома, психологическую и психиатрическую поддержку, а также ранние реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение адаптации и повышение качества жизни пациентов.

Амроев А.У.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г.Гулямова

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

Научный руководитель – и.о. заведующей кафедры Кадырова З.Д.

Цель исследования. Изучение психических и поведенческих особенностей пациентов травматологического профиля, страдающих алкогольной зависимостью.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов травматологического отделения, госпитализированных с переломами костей конечностей, вывихами и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, полученными на фоне алкогольной интоксикации или при наличии алкогольной зависимости. Возраст больных варьировал от 28 до 62 лет. В исследовании применялись клиничко-анамнестический метод, психиатрическое интервью, наблюдение за поведением пациентов в стационаре, а также анализ историй болезни. Оценивались эмоциональное состояние, уровень критического отношения к заболеванию, соблюдение лечебного режима, взаимодействие с медицинским персоналом и мотивация к лечению.

Результаты исследования. У большинства пациентов выявлены выраженные психоэмоциональные нарушения, проявлявшиеся раздражительностью, эмоциональной лабильностью, снижением самоконтроля и недостаточной критикой к тяжести полученной травмы. У 12 пациентов наблюдались тревожные расстройства различной степени выраженности, у 9 отмечались нарушения сна, повышенная возбудимость и дисфорические реакции. У 8 пациентов зарегистрированы эпизоды конфликтного или агрессивного поведения, что затрудняло проведение лечебно-диагностических процедур. Установлено, что пациенты с алкогольной зависимостью чаще нарушали режим иммобилизации, преждевременно активизировались и игнорировали врачебные рекомендации. Отмечалась тенденция к позднему обращению за медицинской помощью и повышенному риску повторного травматизма. Кроме того, у данной категории больных наблюдалось снижение мотивации к реабилитации и удлинение сроков восстановления.

Выводы. Алкогольная зависимость оказывает значительное влияние на психическое состояние и поведение пациентов травматологического профиля, ухудшая комплаентность и результаты лечения. Выявленные психические и поведенческие нарушения требуют комплексного междисциплинарного подхода с участием травматолога, психиатра и нарколога. Ранняя психокоррекция и наркологическая помощь способствуют улучшению лечебного процесса, снижению частоты осложнений и профилактике повторных травм.

Анваров А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ФУТБОЛИСТОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной и народной медицины, Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель – доктор PhD Ким О.А.

Цель исследования. На основании анализа современных научных публикаций обосновать рациональные подходы к оперативному лечению травм коленного сустава у футболистов и определить ключевые направления послеоперационной реабилитации, обеспечивающие безопасное возвращение к спортивной деятельности.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных источников, посвящённых артроскопическому лечению разрывов передней крестообразной связки, повреждений менисков и сочетанных внутрисуставных травм у спортсменов. Проанализированы современные хирургические техники анатомической реконструкции связочного аппарата, органосохраняющие методы лечения менисков, а также этапные протоколы послеоперационной реабилитации с акцентом на раннюю мобилизацию, восстановление мышечной силы, проприоцепцию и функциональное тестирование перед возвращением к спорту.

Результаты исследования. В литературе подчеркивается, что артроскопические вмешательства позволяют минимизировать операционную травматизацию тканей и обеспечить анатомически точную реконструкцию поврежденных структур. Предполагается, что восстановление стабильности коленного сустава создает условия для нормализации биомеханики движений и снижения риска вторичных дегенеративных изменений. Отмечается, что поэтапная реабилитация с постепенным увеличением нагрузки способствует формированию адекватного нейромышечного контроля и динамической стабилизации сустава. Возвращение к спортивной активности рассматривается как возможное при достижении функциональных критериев готовности и отсутствии признаков нестабильности или болевого синдрома.

Выводы. Анализ научных публикаций свидетельствует о том, что успешность оперативного лечения повреждений коленного сустава у футболистов определяется комплексным подходом, сочетающим современную

артроскопическую технику и структурированную послеоперационную реабилитацию. Индивидуализация восстановительных мероприятий и объективная оценка функционального состояния перед возвращением к спорту могут способствовать снижению вероятности осложнений, повторных повреждений и развитию дегенеративных изменений в отдалённом периоде.

Асадов С.С., Аскарова Н.А.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛИРОКУМАБА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ (РКЦК) РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Махмадализода Ф.Н.

Цель исследования. Новые возможности снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. определил включение в современные рекомендации для коррекции гиперлипидемии ингибиторов PCSK9. Анализ эффективности и безопасности ингибитора PCSK9 (алирокумаба) у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска по данным трехмесячного наблюдения в Республиканском клиническом центре кардиологии Республики Таджикистан (РКЦК РТ). В проспективном открытом несравнительном исследовании изучены 20 пациентов (13 мужчин и 7 женщин, средний возраст обследованных составил $57,9 \pm 6$, 6 лет) очень высокого сердечно-сосудистого риска с атерогенной дислипидемией и отсутствием достижения целевых уровней липидов. Алирокумаб вводился в дозе 150 мг подкожно 1 раз в 2 недели в течение 3 мес. Первичной конечной точкой являлось достижение целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и/или снижение уровня ХС-ЛПНП на 50% и более. Для оценки безопасности исследовались печеночные тесты, уровень креатинина и гликемии; изучены побочные эффекты.

Результаты исследования. Через 3 месяца терапии наблюдалось статистически значимое снижение ХС-ЛПНП: $1,47 \pm 0,62$ против $2,96 \pm 0,78$ ммоль/л исходно ($p < 0,0001$). У 70% пациентов достигнут либо целевой уровень ХС-ЛПНП менее 1.4 ммоль/л, либо снижение уровня ХС-ЛПНП на 50% и более, а у 50% за три месяца приема достигнуты оба целевых показателя. Показатели печеночных тестов, креатинина и гликемии натошак значимо не менялись. Побочные эффекты и нежелательные явления не зафиксированы.

Вывод. Результаты проведенной оценки эффективности применения алирокумаба в дозе 150 мг подкожно с интервалом в две недели показали, что для терапии алирокумабом в условиях РКЦК характерна хорошая переносимость с отсутствием побочных реакций и высокая эффективность препарата.

Асадов С.С.¹, Сироджов С.М.², Асадова Ф.С.¹

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

¹ Кафедра внутренних болезней №3, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

² Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Махмадализода Ф.Н.

Цель исследования. Оценить эхокардиографические особенности фибрилляции предсердий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов с ФП, разделённых на 2 группы:

Группа 1 (n=30): пациенты с ФП и подтверждённым СД2.

Группа 2 (n=30): пациенты с ФП без сахарного диабета.

Всем пациентам проводилась стандартная трансторакальная эхокардиография с оценкой: размеров левого предсердия (ЛП), толщины межжелудочковой перегородки, индекса массы миокарда ЛЖ, диастолической функции, давления в легочной артерии.

Статистическую обработку проводили с использованием критерия Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с ФП и СД2 значимо чаще наблюдалось увеличение ЛП (среднее значение $45,3 \pm 4,8$ мм против $41,1 \pm 3,9$ мм, $p < 0,01$).

Повышенная масса миокарда ЛЖ и утолщение межжелудочковой перегородки были более выражены в группе с диабетом.

Диастолическая дисфункция II типа встречалась у 67% пациентов с СД2 против 40% в группе без СД.

Давление в легочной артерии было выше у диабетиков ($36,4 \pm 5,2$ мм рт. ст. против $30,8 \pm 4,7$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

Выводы. Фибрилляция предсердий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа ассоциирована с более выраженной структурной перестройкой сердца, увеличением размеров предсердий и признаками диастолической дисфункции. Эхокардиография может служить важным инструментом раннего выявления кардиальных изменений у данной категории пациентов, позволяя своевременно скорректировать тактику ведения.

Асилова Н.Г., Холикова Н.Н., Нуралиев Н.М.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОКСИМАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и результаты инструментальных и молекулярно-генетических исследований у детей с проксимальной мышечной слабостью.

Материал и методы. Исследование проведено в НМЦ РТ "Шифобахш" детское неврологическое отделение на базе кафедры неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, объектом наблюдения стали два пациента детского возраста 7 и 8 лет, являющиеся родными братьями, с клинической картиной, прогрессирующей проксимальной мышечной слабости. В диагностический комплекс входили: клинико-неврологическое обследование, нейропсихологическая оценка, электронейромиография (ЭНМГ), молекулярно-генетическое исследование методом клинического секвенирования ДНК с использованием расширенной панели генов, ассоциированных с наследственными нервно-мышечными заболеваниями.

Результаты исследования. У старшего ребенка первые признаки проксимальной мышечной слабости проявились в 3 года, у младшего - в 5 лет с более медленным прогрессированием. Оба пациента имели псевдогипертрофию икроножных мышц, затруднение при вставании с пола (симптом Говерса), проксимальную мышечную слабость и снижение сухожильных рефлексов.

Игольчатая ЭМГ показала умеренно выраженный генерализованный первично-мышечный (миопатический) процесс при нормальной проводимости нервов конечностей.

Генетическое исследование выявило варианты с неопределённым клиническим значением (VUS) в генах DAG1 и POMT2, которые в гетерозиготном состоянии не могут считаться причиной заболевания. Патогенных вариантов, полностью объясняющих клиническую картину, не выявлено.

Вывод. Клинический случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики проксимальной мышечной слабости у детей. ЭМГ показала преимущественное поражение мышечной ткани, а не периферических нервов. Молекулярно-генетическое исследование не выявило патогенных вариантов, полностью объясняющих заболевание.

Таким образом, для точного установления нозологической принадлежности необходим комплексный подход, включающий клиническое обследование, инструментальные методы и молекулярно-генетические исследования. Своевременная и точная дифференциальная диагностика позволяет корректно спланировать наблюдение и лечение пациентов.

Асилова Н.Г., Толибова Л.Н., Курбонова М.Н.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЕРЕОЦЕНКА И ЭСКАЛАЦИЯ ТЕРАПИИ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Продемонстрировать клиническое значение клинико-радиологической оценки рассеянного склероза.

Материал и методы. Проанализирован клинический случай пациента, 34 года, с ремиттирующим течением заболевания, диагностированным как рассеянный склероз на основании клинической картины и данных магнитно-резонансной томографии. Проводилось динамическое клинико-неврологическое наблюдение, МРТ головного и спинного мозга с контрастным усилением, а также оценка эффективности проводимой модифицирующей терапии первой линии. Субклиническая активность определялась по появлению новых очагов гиперинтенсивного сигнала в режиме T2 при отсутствии клинических обострений.

Результаты исследования. На фоне клинической стабилизации и отсутствия обострений при контрольной МРТ выявлено формирование новых очагов демиелинизации в перивентрикулярных отделах и спинном мозге. Характер распределения очагов и их динамика соответствовали критериям активности рассеянного склероза. Выявлена диссоциация между клиническим течением и радиологической активностью, что расценено как признак продолжающегося патологического процесса. В связи с недостаточной эффективностью терапии первой линии принято решение об эскалации лечения. В течение последующего 12-месячного наблюдения не зарегистрировано клинических обострений и появления новых МРТ-очагов.

Выводы. Даже при отсутствии клинических признаков активности рассеянного склероза динамика МРТ остаётся ключевым инструментом оценки эффективности терапии. Субклиническая радиологическая активность должна рассматриваться как обоснование для своевременной эскалации лечения, что позволяет снизить риск прогрессирования заболевания и накопления необратимого неврологического дефицита в условиях ограниченных диагностических ресурсов.

БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ С ДЕБЮТОМ, ИМИТИРУЮЩИМ ВЕРТЕБРОГЕННУЮ ПАТОЛОГИЮ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛОВУШКИ РАННЕГО ЭТАПА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Проанализировать клинико-диагностические причины задержки верификации бокового амиотрофического склероза.

Материал и методы. Представлен клинический случай пациента, 52 года, с прогрессирующей слабостью и атрофией мышц правой верхней конечности, первоначально расценёнными как проявления шейной радикулопатии. Диагностический алгоритм включал последовательную оценку неврологического статуса в динамике, магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника и головного мозга, а также электромиографическое исследование с анализом распространённости нейрогенного поражения. Проводилась сопоставительная оценка клинических и нейровизуализационных данных.

Результаты исследования. Выявлено несоответствие между выраженностью структурных изменений шейного отдела позвоночника и прогрессированием неврологического дефицита. Клиническая картина характеризовалась нарастанием асимметричной мышечной атрофии, фасцикуляциями, гиперрефлексией и расширением зоны поражения за пределы одного сегментарного уровня. Отсутствие стойкого болевого корешкового синдрома и неэффективность стандартной терапии вертеброгенной патологии позволили усомниться в первоначальном диагнозе. Электромиография выявила признаки диффузного поражения мотонейронов с вовлечением нескольких анатомических регионов, что в сочетании с клиническими данными соответствовало диагностическим критериям бокового амиотрофического склероза.

Выводы. Дебют бокового амиотрофического склероза с симптомами, имитирующими вертеброгенную патологию, создаёт высокий риск диагностической инерции и отсрочки установления диагноза. Ключевыми признаками, требующими пересмотра первоначальной диагностической гипотезы, являются прогрессирующая мышечная атрофия, фасцикуляции, сочетание центральных и периферических пирамидных знаков и несоответствие клинической динамики данным нейровизуализации. Повышение настороженности в отношении нейродегенеративных заболеваний позволяет оптимизировать тактику ведения пациентов даже в условиях ограниченных диагностических ресурсов.

Асозода Ш. М.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Зубайдов Р. Н.

Цель исследования. Выявить особенности клинических проявлений атипичных форм инфаркта миокарда, провести их наблюдение и дифференциальную диагностику с типичной формой заболевания на этапе первичного обследования. Исследование направлено на раннее распознавание этих форм и предупреждение поздней диагностики и осложнений.

Материал и методы. В исследовании участвовали 40 пациентов в возрасте до 35-40 лет, из них 22 мужчины (55%) и 18 женщин (45%). Все пациенты были разделены на две группы: 20 человек с типичной формой инфаркта миокарда и 20 человек с атипичной формой (безболевого и абдоминального инфаркта). Анализ жалоб и симптомов проводился на основании истории болезни и первичного осмотра пациентов. Кроме того, у всех пациентов для точной диагностики выполнялись физикальное обследование, ЭКГ, определение кардиомаркеров крови, эхокардиография. Проведён сравнительный анализ с типичной формой инфаркта для выявления особенностей клинических проявлений атипичных форм и их дифференциальной диагностики.

Результаты исследования. Атипичные формы инфаркта миокарда составляют до 25% всех случаев. У пациентов с типичной формой инфаркта миокарда отмечались классические симптомы: загрудинная боль с иррадиацией в левую руку, левое плечо, шею и нижнюю челюсть, холодный пот и одышка. У пациентов с безболевым инфарктом не отмечалось боли в груди. Основные жалобы включали слабость, потливость, одышку и утомляемость. Такая форма часто встречалась у пациентов с сахарным диабетом из-за сниженной болевой чувствительности и её легко спутать с простудой, усталостью или стрессом, что затрудняет своевременную диагностику.

При абдоминальном инфаркте миокарда пациенты жаловались на боль в эпигастрии, тошноту, рвоту, вздутие живота и слабость. Этот вариант чаще встречается при нижнем инфаркте миокарда и может быть ошибочно принят за гастрит, панкреатит, холецистит или язвенную болезнь, что также может привести к задержке и задержке постановки диагноза.

Выводы. Инфаркт миокарда занимает лидирующие позиции среди причин смертности, во многом из-за поздней и неправильной диагностики. Атипичные формы встречаются примерно в 25% случаев и чаще проявляются у молодых пациентов до 35-40 лет, что показывает тенденцию к «помолодению» заболевания.

Эти формы особенно опасны, так как распознаются с задержкой, увеличивая риск осложнений и смертности. Для предупреждения острых событий рекомендуется регулярный контроль артериального давления, уровня сахара и кардиологические обследования.

Асомуддинов Фируз, Бахромзода Гулноза, Мирзоалиев Мухаммадчон
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛХИЦИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДИТЕ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Исмаиловзода С.И.

Цель исследования. Оценить эффективность и патогенетическую целесообразность применения колхицина у пациентов с перикардитом.

Материал и методы. В исследование включены 48 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет. Основную группу составили 26 пациентов, получавших стандартную терапию ИБС и/или перикардита в сочетании с колхицином в дозе 0,5 мг 1–2 раза в сутки. Контрольную группу составили 22 пациента, получавшие только стандартную терапию.

Оценивались: клинические проявления (болевой синдром, одышка), частота рецидивов перикардита, уровень С-реактивного белка (СРБ), частота повторных ишемических событий в динамике наблюдения.

Результаты исследования. В основной группе на фоне применения колхицина отмечено достоверное снижение уровня СРБ с $9,6 \pm 2,1$ до $3,1 \pm 1,4$ мг/л ($p < 0,05$), что свидетельствует о выраженном противовоспалительном эффекте препарата.

Частота рецидивов перикардита снизилась на 38% по сравнению с контрольной группой.

У пациентов с ИБС применение колхицина сопровождалось уменьшением частоты повторных ишемических событий на 25%, подтверждая его влияние на воспалительный компонент атеросклероза.

Препарат хорошо переносился, клинически значимых побочных эффектов не зарегистрировано.

Выводы. Колхицин является клинически и патогенетически обоснованным противовоспалительным препаратом при ишемической болезни сердца и перикардите.

В современных международных рекомендациях колхицин рассматривается как препарат, который может быть включён в стратегию вторичной профилактики атеросклеротических сердечно-сосудистых событий у пациентов с устойчивой ИБС, наряду со статинами и антитромбоцитарными средствами, благодаря его доказанному противовоспалительному эффекту и снижению риска осложнений.

Асомуддинов Фируз, Бахромзода Гулноза, Сайфиева Нигина
ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ЖЕНЩИН В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Исмаиловзода С.И.

Цель исследования. Изучить клинко-эпидемиологические особенности перипартальной кардиомиопатии у женщин, проживающих в неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Материал и методы. Проведено ретроспективное клинко-статистическое исследование пациенток с диагнозом ПКМП, находившихся на стационарном лечении. Анализ включал оценку социально-бытовых условий проживания, анамнестических данных, клинических симптомов, показателей ЭКГ и ЭхоКГ. Диагноз устанавливался при снижении фракции выброса левого желудочка менее 45% в перипартальном периоде при отсутствии ранее диагностированной сердечно-сосудистой патологии.

Результаты исследования. По данным эпидемиологических исследований, распространенность перипартальной кардиомиопатии в мире варьирует от 1:1000 до 1:4000 родов. Наиболее высокая заболеваемость регистрируется в странах Африки — до 1:300–1:1000 родов, где заболевание часто ассоциировано с неблагоприятными социально-экономическими условиями, дефицитом питания и анемией. В странах Европы частота ПКМП составляет в среднем 1:3000–1:4000 родов, 2–5%. В Российской Федерации 1:2000–1:3500 родов, 5–10%, преимущественно при поздней диагностике. Для стран Центральной Азии, включая Республику Таджикистан, характерны более тяжелые формы течения, что связано с многорожавостью, ограниченной доступностью специализированной помощи и поздним обращением за медицинской помощью.

Клинически у пациенток преобладали прогрессирующая одышка, тахикардия, периферические отеки и признаки ЗСН. ЭхоКГ- выявлялись дилатация полостей сердца и выраженное снижение сократительной функции миокарда. По данным литературы, восстановление фракции выброса левого желудочка наблюдается у 45–60% пациенток при условии ранней диагностики и адекватной терапии, тогда как при неблагоприятных социально-бытовых условиях данный показатель значительно ниже.

Выводы. Перипартальная кардиомиопатия является социально значимым заболеванием с выраженными региональными различиями в распространенности и прогнозе. Неблагоприятные социально-бытовые условия способствуют поздней диагностике, тяжелому течению и повышенной летальности. Ранняя идентификация факторов риска, своевременная диагностика и комплексное лечение являются ключевыми мерами улучшения прогноза и снижения материнской смертности.

Атласова М.Х.

КОМБИНАЦИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ И БОС-ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить синергетический эффект комбинации ТМС и нейрофидбэка при СДВГ по сравнению с каждым методом в отдельности. Поиск эффективных немедикаментозных методов лечения СДВГ актуален в связи с ограниченной доступностью психостимуляторов в Таджикистане.

Материал и методы. 30 детей (22 мальчика, 8 девочек, 6–12 лет, средний $8,6 \pm 1,8$) с СДВГ (F90.0). Три группы по 10: группа 1 – магнитотерапия (15 сеансов ТМС), группа 2 – нейрофидбэк (15 сеансов тета/бета), группа 3 – комбинация (15+15 сеансов, чередование через день). Оценка: Vanderbilt, СРТ, количественная ЭЭГ (тета/бета), шкала Коннерса для учителей.

Результаты исследования. Vanderbilt (невнимательность): группа 3 – 42,1% ($19,1 \rightarrow 11,1$; $p < 0,01$), группа 2 – 31,4% ($p < 0,05$), группа 1 – 24,3% ($p < 0,05$). СРТ (ошибки пропуска): группа 3 – 39,4%, группа 2 – 27,8%, группа 1 – 21,3%. ЭЭГ нормализация тета/бета: группа 3 – 70% (7/10), группа 2 – 50% (5/10), группа 1 – 40% (4/10). По Коннерсу (учителя): поведение улучшилось у 80% (группа 3), 50% (группа 2), 40% (группа 1). Межгрупповые различия комбинация vs монотерапия: $p < 0,05$. Побочных эффектов нет.

Выводы. Комбинация ТМС и нейрофидбэка демонстрирует синергетический эффект при СДВГ, достоверно превосходящий каждый метод по показателям внимания, поведения и нейрофизиологической нормализации. Рекомендуется включение комбинированного протокола в программы реабилитации.

Атласова М.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОС-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить эффективность метода биологической обратной связи (БОС) на основе ЭЭГ-нейрофидбэка в коррекции коморбидных тревожных расстройств у детей с РАС. Тревожные расстройства являются одной из наиболее частых коморбидностей при РАС, встречаясь у 40–80% пациентов, и существенно снижают эффективность реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Исследование проведено с участием 28 детей (19 мальчиков, 9 девочек, 6–14 лет, средний возраст $9,2 \pm 2,4$) с диагнозами F84.0 и F93.0. Курс БОС-терапии: 15 сеансов нейрофидбэка (3 раза в неделю по 25 минут), усиление альфа-ритма (8–12 Гц) в теменно-затылочных отведениях, подавление тета-активности (4–7 Гц) в лобных. Оценка: SCARED, CGI-S/CGI-I, CSHQ (Children's Sleep Habits Questionnaire), количественная ЭЭГ до и после курса.

Результаты исследования. Средний балл SCARED снизился с $32,4 \pm 7,8$ до $21,8 \pm 6,2$ ($p < 0,01$; –32,7%). Клинически значимое снижение тревожности у 71% детей (20 из 28). По CGI-I «значительное/выраженное улучшение» у 64%. По ЭЭГ: увеличение мощности альфа-ритма на 23,4% ($p < 0,05$), снижение тета/альфа на 19,8% ($p < 0,05$). Улучшение сна у 64%: CSHQ снизился с 52,3 до 44,7 ($p < 0,05$). Снижение сенсорных перегрузок у 57%, улучшение переключения деятельности у 50%, повышение толерантности к изменениям у 43%. Побочных эффектов не было.

Выводы. БОС-терапия на основе нейрофидбэка является эффективным и безопасным немедикаментозным методом коррекции тревожности при РАС, способствуя нормализации биоэлектрической активности мозга, улучшению саморегуляции и качества сна. Рекомендуется включение в комплексные программы реабилитации.

Атласова М.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФИДБЭКА В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить эффективность нейрофидбэка (БОС по ЭЭГ) как немедикаментозного метода лечения СДВГ у детей школьного возраста. СДВГ затрагивает 5–7% детей и существенно влияет на академическую успеваемость и социальную адаптацию, а доступность психостимуляторов в Таджикистане ограничена, что обуславливает потребность в альтернативных подходах.

Материал и методы. Включены 24 ребёнка (18 мальчиков, 6 девочек, 6–12 лет, средний возраст $8,4 \pm 1,9$) с СДВГ (F90.0, DSM-5). Критерии: отсутствие фармакотерапии психостимуляторами в последние 3 месяца. Проведено 20 сеансов нейрофидбэка (4 раза в неделю по 30 минут) по тета/бета протоколу: усиление бета (15–18 Гц), подавление тета (4–7 Гц) в Cz-Fz. Оценка: Vanderbilt, СРТ (ошибки пропуска и ложной тревоги), опросник Коннерса (CPRS-R), акселерометрия, количественная ЭЭГ. Оценки до начала, после курса и через 2 месяца катамнеза.

Результаты исследования. Снижение ошибок пропуска в СРТ на 34,2% ($p < 0,05$) и ложной тревоги на 28,7% ($p < 0,05$). Vanderbilt (невнимательность): с $18,6 \pm 4,3$ до $12,3 \pm 3,8$ ($p < 0,01$). Индекс гиперактивности по Коннерсу снизился у 62% детей, импульсивность – у 54%. Акселерометрия: двигательная активность при учеб-

ных заданиях снизилась на 26,3% ($p<0,05$). ЭЭГ: нормализация тета/бета у 58% (среднее снижение с 5,8 до 4,2; $p<0,05$). При катамнезе через 2 месяца улучшения сохранялись у 79%, у 33% – дальнейшая положительная динамика. Побочных эффектов нет.

Выводы. Нейрофидбэк по тета/бета протоколу – перспективный немедикаментозный метод при СДВГ, обеспечивающий устойчивое улучшение внимания и снижение гиперактивности. Сохранение эффекта в катамнезе свидетельствует о стойких нейрофизиологических изменениях. Рекомендуется как альтернатива или дополнение к фармакотерапии.

Атласова М.Х.

ТРАНСКУТАННАЯ СТИМУЛЯЦИЯ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАС-СТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность транскутанной стимуляции блуждающего нерва (тВНС) как метода аппаратной нейромодуляции у детей с РАС. тВНС – неинвазивный метод, активирующий парасимпатическую систему через аурикулярную ветвь блуждающего нерва, что модулирует нейровоспаление и нейропластичность.

Материал и методы. 20 детей с РАС (F84.0), 5–12 лет (средний $7,6\pm2,2$; 16 мальчиков, 4 девочки). тВНС: 20 сеансов ежедневно по 30 минут, аурикулярная ветвь, 25 Гц, 250 мкс, интенсивность до порога ощущения. Оценка: АТЕС, ABC (5 субшкал), CGI-S/CGI-I в три точки: до начала, после курса, через 4 недели катамнеза. Мониторинг ВСР как маркера вагусной активации.

Результаты исследования. АТЕС: $-16,2\%$ (с $72,8\pm14,3$ до $61,0\pm12,7$; $p<0,05$). По доменам: «социальные навыки» $-21,4\%$ ($p<0,05$), «поведение» $-18,7\%$ ($p<0,05$), «речь/коммуникация» $-12,3\%$. ABC: стереотипии $-24,1\%$ ($p<0,05$), социальная отчуждённость $-19,3\%$ ($p<0,05$), раздражительность $-16,8\%$. CGI-I «улучшение/значительное улучшение» у 65% (13 из 20). Эффект через 4 недели катамнеза сохранялся: АТЕС $-14,8\%$ от исходного. ВСР: $RMSSD +24,7\%$ ($p<0,05$). Побочные эффекты у 15% (3): лёгкое покалывание, транзиторные.

Выводы. тВНС – безопасный и эффективный метод реабилитации при РАС, достоверно улучшающий социальные навыки и поведение. Сохранение эффекта в катамнезе свидетельствует о стойких нейрофизиологических изменениях. Рекомендуется как компонент комплексной реабилитации.

Ахатова Г.Б.

НЕЦЕЛЕВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ И СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - ассистент Али-Заде Н.А.

Цель исследования. Оценить распространённость нецелевого применения топических глюкокортикостероидов и выявить частоту связанных с этим локальных осложнений.

Материал и методы. Проведено анкетирование 50 респондентов, применявших топические кортикостероиды без системного медицинского контроля. Анализировались источник рекомендации, локализация нанесения, длительность применения и развитие нежелательных явлений. Обработка данных осуществлялась с использованием относительных показателей (%).

Результаты исследования. В большинстве случаев препараты использовались без назначения врача: по рекомендации знакомых - 48% ($n=24$), самостоятельно - 38% ($n=19$), по совету фармацевта - 6% ($n=3$).

Наиболее часто препараты наносились на конечности - 44% ($n=22$). Второе место по частоте занимала лицевая область - 28% ($n=14$), реже применение отмечалось на туловище - 14% ($n=7$).

Длительность использования более 2 недель выявлена у 56% респондентов ($n=28$), до 5 дней - у 32% ($n=16$), более 1 месяца - у 8% ($n=4$).

Локальные осложнения зарегистрированы у значительной части пациентов. Атрофические изменения кожи (истончение, телеангиэктазии, стрии) выявлены у 34% ($n=17$). Воспалительные реакции в виде стероидных угрей и периорального дерматита отмечены у 26% ($n=13$). Нарушения пигментации зарегистрированы у 18% ($n=9$). Присоединение вторичных бактериальных и грибковых инфекций выявлено у 18% ($n=9$). Признаки тахифилаксии наблюдались у 22% пациентов ($n=11$). Синдром отмены с выраженной эритемой и чувством жжения отмечен у 16% ($n=8$).

Выводы. Нецелевое и пролонгированное применение топических кортикостероидов широко распространено и преимущественно осуществляется без врачебного контроля. Длительное использование препаратов средней и высокой активности, особенно по рекомендации немедицинских источников, ассоциировано с развитием атрофических изменений кожи, воспалительных осложнений и синдрома отмены. Полученные данные подчёркивают необходимость усиления контроля рационального назначения топических глюкокортикостероидов и повышения информированности населения о рисках их бесконтрольного применения.

Ахмедов А.А.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ПСОРИАЗ: ПАТОГЕНЕЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПИИ

Международный университет Кимё в Ташкенте (KIUT). Узбекистан

Научный руководитель: Урунбаева Д.А.

Цель исследования. Оценить значение витамина D в патогенезе псориаза и проанализировать его терапевтический потенциал на основе современных клинических и метааналитических данных.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор публикаций, индексируемых в PubMed, Scopus и Web of Science, с включением систематических обзоров, метаанализов, рандомизированных клинических исследований и клинических рекомендаций, посвященных связи сывороточного уровня 25(OH)D с псориазом, а также эффективности топических и системных форм витамина D.

Результаты исследования. По данным систематического обзора и метаанализа 19 исследований, включившего 1387 пациентов с псориазом и 6939 лиц контрольной группы, вероятность сниженного уровня витамина D у больных псориазом была выше в 3,07 раза (OR 3,07; 95% ДИ 1,56-6,04), а стандартизированная разница средних составила -0,92 (95% ДИ от -1,33 до -0,51). Дополнительный метаанализ 23 исследований, включивший 9408 участников, показал, что у пациентов с псориазом сывороточный уровень 25(OH)D был достоверно ниже, чем в контроле: $21,0 \pm 8,3$ против $27,3 \pm 9,8$, при средней разнице -6,26 (95% ДИ от -8,60 до -3,92; $p < 0,00001$). Полученные данные подтверждают, что дефицит витамина D ассоциирован с более выраженной иммунной дисрегуляцией при псориазе. Патогенетическое это связано с нарушением контроля над пролиферацией и созреванием кератиноцитов, а также с иммуномодулирующим влиянием на Т-клеточный ответ, что делает витамин D биологически значимым фактором течения заболевания. В отношении системной терапии результаты остаются неоднозначными. Метаанализ 4 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, включивший 333 пациента, не выявил статистически значимого улучшения PASI через 3 месяца терапии (MD -0,03; 95% ДИ от -0,42 до 0,49; $p = 0,90$), через 6 месяцев (MD -0,45; 95% ДИ от -1,08 до 0,18; $p = 0,16$) и через 12 месяцев (MD 0,12; 95% ДИ от -0,50 до 0,74; $p = 0,70$). Аналогично, в рандомизированном клиническом исследовании JAMA Dermatology с участием 122 пациентов прием холекальциферола 20 000 МЕ в неделю в течение 4 месяцев не сопровождался значимым изменением PASI (adjusted difference 0,11; 95% ДИ от -0,23 до 0,45), PGA или DLQI. Наиболее убедительные данные получены для топических аналогов витамина D. Руководство AAD/NPF рассматривает витамин D аналоги как steroid-sparing терапию, применяемую как самостоятельно, так и в комбинации с топическими кортикостероидами. В систематическом обзоре 10 рандомизированных исследований с участием 4628 пациентов комбинация кальцитриол/бетаметазон обеспечивала более выраженное снижение PASI по сравнению с кальцитриолом: около 40% уже на 1-й неделе и около 70% на 4-й неделе ($P < 0,001$). В одном из исследований PASI 75 к 4-й неделе был достигнут у 111 из 152 пациентов (>70%) в группе комбинированной терапии против 72 из 149 пациентов (~40%) в группе кальцитриола ($P < 0,01$).

Выводы. Витамин D играет существенную роль в патогенезе псориаза и ассоциирован со статистически значимыми изменениями иммуновоспалительного статуса. У пациентов с псориазом достоверно чаще выявляется дефицит витамина D, однако эффективность его системного применения в отношении снижения тяжести заболевания пока не имеет однозначного подтверждения. Наиболее доказанным направлением остается использование топических аналогов витамина D, особенно в комбинации с кортикостероидами, что обеспечивает более выраженное клиническое улучшение и может рассматриваться как обоснованный компонент современной терапии псориаза

Ахмедов Г.К.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ОБЛУЧЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.

акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н. Гуламов О.М.

Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения метапластических осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики 368 больных с разными эрозивными осложнениями ГЭРБ исследованных в эндоскопическом отделении ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период 2024-2025 гг. Возраст больных колебался от 19 до 78 г, в среднем 39,5 л. Из них у 135 пациентов выявлено осложнения ГЭРБ как рефлюкс-эзофагит II-IV ст. Больные с рефлюкс-эзофагитом разделены по классификацию M.Savary и G.Miller.

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование. Для уточнения диагностики и при подозрении на разные неопластические образования у 48 пациентов взята биопсия из нескольких патологических участках (не менее 3-4 фрагментов на расстоянии около 1-2 см друг от друга) и последующим гистологическим исследованием для верификации патологических изменений.

Больным с ГЭРБ и больших размеров грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) рекомендовано оперативное лечение с последующим консервативным лечением. Из них у 24 (17,8%) пациентов (исследуемая группа) с ГЭРБ осложненной рефлюкс-эзофагитом II-IV ст. для комплексного лечения применили ИК-диодное лазерное облучение. Для этого использовали лазерный аппарат фирмы «Лахта-милон». На “эрозивную” слизистую пищевода на расстоянии 0,5 см в импульсном режиме с интервалом 100 мс воздействовали ИК-диодным лазером с мощностью 7 W, длиной волны 970 нм и сформирована “отёчный” круг белого цвета

размером 1,0х1,0 см и в центре с тёмным оттенком размером 0,3х0,4 см. Больным назначено стандартное консервативное лечение

Результаты. Повторное эндоскопическое исследование проводилось 64 (47,4%) пациентам от 1 до 4 месяцев после назначения лечения. Из них 16 (66,7%) пациенты были из исследуемой группы, которые пришли на повторную исследование.

Визуально у пациентов после облучения лазером, чем у пациентов лечившихся только медикаментозным путем, можно увидеть улучшения картины слизистой оболочки, уменьшение островков эрозии. У пациентов с признаками пищевода Барретта, наблюдалось укорочение «языков пламени» до Z-линии. Для определения эффективности лечения у несколько больных взято биопсийные материалы из измененных участков у всех больных.

Морфологическая картина показала, что слои пищевода подвергшихся воздействию лазера в пораженных участках начали полностью регенерироваться. В области глубоких слоев сформированной «эрозированной» слизистой оболочки наблюдается разрастание мягкой волокнистой соединительной ткани. Регенерация эпителиального слоя происходила за счет ускорения дифференцировки и трансформации клеток и проявлялась гистиоцитарными опухолями вокруг разных слоев. Ускоряется образование новых сосудов (неореваскуляризация), сосуды наполняются.

Выводы. Эндоскопический метод лечения эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода с использованием ИК-диодным лазерным облучением в выше указанных дозах хорошо влияет на регенерацию и ускоряет заживление слизистой оболочки пищевода.

Ахмедов Ф.М.

КОЖНЫЙ ЗУД У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра инфекционных заболеваний с курсом дерматовенерологии, Central Asian Medical University, Узбекистан.

Научный руководитель - Шарипов А.У.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности кожного зуда у детей и оценить эффективность комплексного подхода к терапии в зависимости от этиологического фактора.

Материал и методы. Исследование проведено на базе детского консультативно-диагностического отделения в 2023–2025 гг. В исследование включены 126 детей в возрасте от 2 до 16 лет, обратившихся с жалобами на кожный зуд различной степени выраженности. Средний возраст обследованных составил $8,9 \pm 0,4$ года. Среди пациентов мальчики составили 54,0% (n=68), девочки — 46,0% (n=58). В зависимости от установленной причины кожного зуда дети были распределены на следующие клинические группы: атопический дерматит — 38,1% (n=48), аллергические дерматозы — 23,8% (n=30), инфекционные и паразитарные заболевания кожи — 19,8% (n=25), функциональные и смешанные формы зуда — 18,3% (n=23).

Всем пациентам проводили сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр кожи и слизистых оболочек, оценку выраженности зуда по визуально-аналоговой шкале (VAS), анализ характера сна, эмоциональной лабильности и влияния симптомов на повседневную активность ребенка. По показаниям выполняли общий анализ крови, определение уровня эозинофилов, общего IgE, исследование кала на паразитарные инвазии, соскоб кожи, а также консультации смежных специалистов. В зависимости от выявленной причины зуда детям назначали комплексную терапию, включавшую базисный уход за кожей, наружные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты по показаниям, коррекцию питания и элиминационные мероприятия, а при инфекционной или паразитарной природе процесса — этиотропное лечение. Эффективность терапии оценивали через 10–14 дней наблюдения. Статистическую обработку результатов проводили с использованием вариационной статистики; различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анализ показал, что наиболее частой причиной кожного зуда у детей являлся атопический дерматит, выявленный у 38,1% пациентов. Аллергические дерматозы диагностированы у 23,8% детей, инфекционные и паразитарные заболевания кожи — у 19,8%, функциональные и смешанные формы — у 18,3%. Нарушение сна на фоне кожного зуда отмечалось у 61,9% детей, повышенная раздражительность и эмоциональный дискомфорт — у 53,2%, наличие расчесов и эскориаций — у 58,7% пациентов. Средняя интенсивность зуда по шкале VAS до начала лечения составляла $7,1 \pm 0,2$ балла.

После проведения комплексной терапии отмечена выраженная положительная клиническая динамика. Средний показатель VAS снизился до $3,0 \pm 0,2$ балла, что соответствовало уменьшению интенсивности зуда на 57,7% ($p < 0,05$). Улучшение сна наблюдалось у 69,0% детей, уменьшение числа расчесов и эскориаций — у 61,9%, снижение сухости кожи и воспалительных проявлений — у 58,4% пациентов. Наиболее выраженный клинический эффект был зарегистрирован у детей с атопическим дерматитом и аллергическими дерматозами при сочетании базисного ухода, противовоспалительной терапии и коррекции триггерных факторов. У детей с инфекционной и паразитарной природой кожного зуда положительная динамика достигалась преимущественно при своевременном назначении этиотропного лечения. В целом выраженное улучшение состояния было отмечено у 52,4% пациентов, удовлетворительный эффект — у 34,1%, отсутствие значимого клинического эффекта — у 13,5% детей.

Выводы. Кожный зуд у детей является полиэтиологическим клиническим симптомом, требующим комплексной диагностики и дифференцированного подхода к терапии. Наиболее частыми причинами его развития являются атопический дерматит, аллергические дерматозы и инфекционно-паразитарные поражения кожи. Комплексное лечение, основанное на устранении причинного фактора, рациональной наружной терапии, базисном уходе за кожей и образовательной работе с семьей, способствует уменьшению выраженности зуда,

улучшению сна, снижению психоэмоционального дискомфорта и повышению качества жизни детей. Полученные данные подтверждают клиническую значимость своевременной диагностики кожного зуда в педиатрической практике.

Аишуров Ф.А., Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЛИМФОДЕНИТА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.

Цель исследования. Целью нашего исследования было изучение этиологических факторов лимфоаденопатий у детей.

Материал и методы. К нам на кафедру семейной медицины с лимфоаденопатией обратились всего 30 детей, в возрасте от 3-х до 6 лет, за 2025 год обратились 27 детей, а за два месяца 2026 года 3 ребёнка.

Всем детям были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования, как: общий анализ крови, мочи, а также кал на капрологию и яйца глистов, бактериологический посев кала, рентгенография грудной клетки и по показаниям серологическое исследование крови, ИФА и ПЦР, а также КТ и МРТ.

Результаты исследования. Выявлено, что 26 (86.7%) детей имеют хроническую цитомегаловирусную и герпесвирусную инфекцию, из них с сочетанием вируса Эпштейна-Барра были 3 ребёнка, что составили 10%. Глистная инвазия обнаружена у 29 детей, что составила 96.7%. У 12 детей обнаружен аллергический фон и атопический дерматит, что составил 40% от общего числа исследуемых.

У одного ребенка (3.3%) в возрасте 5 лет лимфоаденопатия развилась на фоне кефалогематомы, которая воспалилась с присоединением вторичной инфекции. В анамнезе ребёнка имели место хроническая ЦМВ и ВПГ, а также из носоглотки высеяны *Staphylococcus aureus* и стрептококк. У ребёнка на фоне нагноения кефалогематомы были увеличены все шейные, подчелюстные, затылочные и заднеушные заднешейные лимфотические узлы до 2см. Лимфоузлы были подвижны и болезненны. Ребенка госпитализировали в детское хирургическое отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», где была прооперирована.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что причиной лимфоаденопатий у детей на уровне первичного звена являются хронические вирусные инфекции, бактериальные инфекции и аллергический фон.

Бабаджанова Н.П.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ (ММР-7, ММР-9) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ И РИСКОМ РЕЦИДИВА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии и народной медицины,

Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан

Научный руководитель: доцент, DSc Иноятова С.О.

Цель исследования. Изучить частоту аллельных вариантов гена промотора матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9, С-1562Т) и матриксной металлопротеиназы-7 (ММР-7, А-181G) у пациентов с ишемическим инсультом и оценить их прогностическую значимость для риска первичного развития и повторного инсульта.

Материал и методы. В рамках исследования «случай-контроль» было обследовано 200 пациентов с ишемическим инсультом (средний возраст $62,1 \pm 2,5$ лет), разделенных на две подгруппы: пациенты с первым инсультом ($n=150$) и пациенты с повторным инсультом ($n=50$). Группа контроля состояла из 100 практически здоровых лиц без сердечно-сосудистой патологии, сопоставимых по полу и возрасту. Генотипирование полиморфных локусов С-1562Т гена ММР-9 и А-181G гена ММР-7 проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим анализом продуктов рестрикции. Статистическая обработка включала расчет отношений шансов (OR) и 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты исследования. Анализ распределения генотипов выявил значимые различия между группами. У пациентов с ишемическим инсультом частота встречаемости аллеля Т полиморфизма С-1562Т гена ММР-9 была достоверно выше, чем в контроле (32% против 15%; $p < 0,001$). Наличие генотипа ТТ ассоциировалось с повышением риска развития ишемического инсульта в 2,4 раза ($OR=2,4$; 95% ДИ 1,5–3,8). Наиболее ярко эта ассоциация проявлялась при атеротромботическом подтипе инсульта, что подтверждает роль дегенерации фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки.

При оценке риска рецидива установлено, что носительство генотипа ТТ по полиморфизму ММР-9 встречалось в группе с повторным инсультом в 38% случаев против 18% в группе с первым инсультом ($p < 0,01$). Комбинация «высокоактивных» генотипов ТТ (ММР-9) и GG (ММР-7) увеличивала риск повторного сосудистого события в 3,1 раза за счет усиленной деструкции экстраклеточного матрикса сосудистой стенки и снижения ее прочности. У пациентов с генотипом GG по гену ММР-7 чаще диагностировались лакунарные инсульты и выраженный лейкоареоз, что связывают с ролью ММР-7 в ремоделировании малых сосудов.

Выводы. Полиморфизмы генов ММР-9 (С-1562Т) и ММР-7 (А-181G) являются независимыми генетическими факторами риска развития ишемического инсульта. Наличие генотипа ТТ по гену ММР-9 и комбинации ТТ/GG является неблагоприятным прогностическим маркером, ассоциированным с высоким риском рецидива инсульта и тяжелым течением сосудистой патологии. Включение молекулярно-генетического скрининга в алгоритм обследования целесообразно для выделения группы высокого риска для проведения агрессивной вторичной профилактики.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ MMP7 и MMP9 НА ТЯЖЕСТЬ И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии и народной медицины,
Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан
Научный руководитель: доцент, DSc Иноятова С.О.

Цель исследования. Изучить влияние полиморфных вариантов генов матриксной металлопротеиназы-9 (MMP-9, C-1562T) и матриксной металлопротеиназы-7 (MMP-7, A-181G) на тяжесть неврологического дефицита в дебюте ишемического инсульта, риск развития геморрагической трансформации и отека мозга в остром периоде.

Материал и методы. В исследование включено 165 пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии. Генотипирование полиморфных локусов MMP-9 и MMP-7 выполнялось методом ПЦР. Оценка тяжести инсульта проводилась по шкале NIHSS при поступлении и на 7-е сутки. Контроль объема очага и наличия геморрагической трансформации осуществлялся с помощью КТ/МРТ головного мозга. В зависимости от генотипов пациенты были распределены на подгруппы для сравнительного анализа клинических характеристик.

Результаты исследования. Анализ клинико-генетических корреляций показал, что носительство аллеля Т полиморфизма C-1562T гена MMP-9 ассоциировано с более тяжелым течением острого периода инсульта. Пациенты с генотипом ТТ имели достоверно более высокий балл по шкале NIHSS при поступлении ($15,4 \pm 1,8$ против $10,2 \pm 1,5$ в группе СС; $p < 0,01$). У данной подгруппы в 3,5 раза чаще развивалась симптоматическая геморрагическая трансформация (28% против 8% в группе СС) и выраженный перифокальный отек мозга, что объясняется гиперэкспрессией фермента и деструкцией базальной мембраны сосудов с нарушением гематоэнцефалического барьера.

Полиморфизм A-181G гена MMP-7 также влиял на течение заболевания: носители аллеля G имели тенденцию к прогрессированию неврологического дефицита в первые трое суток (рост NIHSS на 4–6 баллов) и формированию большего объема инфаркта по данным МРТ. Комбинация «высокопродуктивных» генотипов ТТ (MMP-9) и GG (MMP-7) являлась независимым предиктором летального исхода в остром периоде (ОШ=4,1; 95% ДИ 1,9–8,7).

Выводы. Полиморфизмы генов MMP-9 (C-1562T) и MMP-7 (A-181G) являются значимыми модификаторами тяжести и клинического течения ишемического инсульта. Наличие аллеля Т гена MMP-9 предрасполагает к развитию тяжелого дефицита и геморрагических осложнений, что обосновывает необходимость их определения для выбора тактики антитромботической и нейропротективной терапии.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕГО СВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА

¹ Кафедра Эндокринологии «Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино». Узбекистан.

Научный руководитель- к.м.н. доцент Бадридинова Б.К

Цель исследования. Оценить особенности нарушений кальций-фосфорного обмена у пациентов с СД 2 типа на различных стадиях хронической болезнью почек.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Бухарского областного многопрофильного центра в отделении нефрологии и гемодиализа. В исследовании приняли участие 175 больных с сахарным диабетом 2 типа, а также с хроническим заболеванием почек. В первую группу включили 60 больных с ХБП 3(а, б) стадии. Вторую группу составили 35 больных с ХБП 4 стадии. Третью группу составили больные с ХБП 5 стадии, принимающие гемодиализ, с наличием в анамнезе сахарного диабета 2 типа и без диабета. Всем пациентам были проведены клинические анализы включающие такие показатели как мочевины, креатинин, показатели глюкозы натощак, HbA1c, витамин Д и паратгормон. Влияние нарушения кальций фосфорного обмена на качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника.

Результаты исследования. У пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), находящихся на гемодиализе, выявлен выраженный дефицит витамина D ($11,86 \pm 0,63$ нг/мл), гиперфосфатемия ($1,67 \pm 0,08$ ммоль/л) и критически высокие уровни ПТГ ($276,14 \pm 18,6$ пг/мл), что указывает на развитие вторичного гиперпаратиреоза. У пациентов с ТПН, не получающих заместительную почечную терапию, наблюдаются менее выраженные нарушения, в частности, уровень кальция выше ($2,13 \pm 0,08$ ммоль/л), а фосфор ниже ($1,35 \pm 0,14$ ммоль/л) по сравнению с диализной группой. Это подчеркивает различия в патофизиологических механизмах в зависимости от типа лечения. Проведенный корреляционный анализ показал, что снижение уровня витамина D и повышение ПТГ ассоциированы с ухудшением самочувствия, снижением физической активности и общего уровня жизни пациентов, особенно находящихся на длительном гемодиализе.

Вывод. Таким образом, результаты исследования демонстрируют прогрессирующее ухудшение кальций-фосфорного обмена при ХБП, согласуются с международными стандартами (KDIGO 2017, KDOQI 2020), подтверждая необходимость активного вмешательства в минеральный обмен для снижения кардиоваскулярных рисков и улучшения выживаемости пациентов и требует своевременной диагностики и комплексного лечения для предотвращения тяжелых осложнений.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОГО СБОРА НА БЕЛКОВУЮ И ФЕРМЕНТАТИВНУЮ АКТИВНОСТЬ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА

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

Научный руководитель – д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Целью работы являлось изучение влияния растительного сбора на белково- и ферментообразовательные функции печени у лабораторных животных в условиях хронического применения.

Материал и методы. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$, что позволяло оценить достоверность различий между контрольной и опытной группами животных. Для анализа влияния растительного сбора на белковую и ферментативную функции печени учитывали комплекс биохимических показателей сыворотки крови. Определение данных показателей осуществляли через 20 часов после завершения двухмесячного внутрижелудочного введения растительного сбора животным. Сравнительный анализ биохимических параметров интактных (контрольных) и опытных животных позволял оценить влияние препарата на процессы восстановления и нормализации белкового и ферментативного обмена в печени, что является важным критерием гепатопротекторного действия средства при хронических патологических состояниях.

Результаты исследования. Эксперимент показал влияние растительного сбора на белково- и ферментативные показатели сыворотки крови животных. **Общий белок:** у крыс, получавших растительного сбора в виде сиропа «ПРЦ-Х» в дозе 2 мл/кг массы тела в течение 5 месяцев, уровень общего белка составил $84,0 \pm 0,8$ г/л, тогда как в контрольной группе он равнялся $90,0 \pm 1,2$ г/л. Разница в 7,8% оказалась недостоверной ($P < 0,3$), что свидетельствует о том, что препарат не оказывает значимого влияния на синтез белка при выбранной дозировке. **Билирубин:** у животных, получавших растительный сбор в дозе 2 мл/кг, уровень билирубина составил $5,1 \pm 0,4$ мкмоль/л против $4,53 \pm 0,59$ мкмоль/л в контрольной группе, что соответствует увеличению на 12,8% и является достоверным ($P < 0,05$). При более высокой дозе препарата (5 мл/кг) средний уровень билирубина составил $4,83 \pm 0,8$ мкмоль/л, что немного ниже контрольного значения, указывая на возможный дозозависимый эффект на метаболизм билирубина. **Амилаза:** при введении растительного сбора в дозах 2 и 5 мл/кг наблюдалось снижение содержания амилазы в сыворотке крови в среднем от 3,5% до 1,31% по сравнению с контрольной серией. Это сопровождалось достоверным снижением диастазы мочи у опытных животных, отражая влияние препарата на ферментативную активность поджелудочной железы и углеводный обмен.

Выводы. В условиях хронического эксперимента растительного сбора оказывало положительное влияние на ферментативный обмен, сопровождавшееся нормализацией уровня билирубина в сыворотке крови. Эти данные свидетельствуют о гепатопротекторном и панкреатопротекторном действии препарата, его способности поддерживать и восстанавливать ферментативную активность печени и поджелудочной железы. Полученные результаты подтверждают потенциал растительного сбора как средства, способного улучшать метаболические процессы и способствовать поддержанию нормального функционирования пищеварительной системы при хронических патологических состояниях.

Баротов И.И.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сироджиддинзода И.С.

Цель исследования. Изучение особенностей аппендицита у детей в период 2025 года методом УЗИ-диагностики.

Материал и методы. Для завершения исследования была использована статистика обращений пациентов в приемное отделение детской хирургии комплекса «Истиклол» за 2025 год. В ходе наших научных исследований, помимо осмотра специалистов и лабораторных анализов, всем детям были проведены функциональные ультразвуковые исследования (УЗИ).

Результаты исследования. В детское сомато-хирургическое приемное отделение комплекса «Истиклол» обратились 4860 детей, 1944 случая из них связано с жалобами на боли в животе. Их возраст колебался от 1 мес. 12 дней до 10 лет. Средний возраст составил 4,8 лет. Из них 1050 девочек и 894 мальчиков. Возраст обратившихся детей относится к следующей структуре: грудничковый возраст – 370 (19,1%) детей, ясельный возраст – 465 (23,9%) детей, дошкольный возраст – 623 (32,1%) детей, ранний школьный возраст – 486 (24,9%) детей. Из 1944 детей с болями в животе только 1172 (60,2%) были прооперированы со следующими диагнозами: острая кишечная непроходимость – 189 (16,1%), мезаденита – 284 (24,2%), желчнокаменная болезнь 141 (12,2%), мочекаменная болезнь – 296 (25,2%), эхинококкоз органов брюшной полости – 92 (7,8%), открытые и закрытые повреждения органов брюшной полости 152 (12,9%), а остальные 18 (1,6%) детей с различными диагнозами аномалий а также были прооперированы. Послеоперационное состояние всех пациентов расценено как удовлетворительное. У остальных 772 (39,8%) обратившихся с болями в животе с помощью УЗИ исследования было выявлено плотные и увеличенные в размере кишечные лимфоузлы и был поставлен специалистом диагноз аппендицит. Мальчиков 323 (41,8%), девочек 449 (58,2%). Их средний возраст был равен $8,3 \pm 1,6$ года.

Выводы. Почти у каждого 2,5 ребенка из общего числа обратившихся с симптомами болей в животе с помощью ультразвукового исследования и специалистов был диагностирован аппендицит. (У 58,2% девочек диагностирован аппендицит).

ЧАЛБ ВА ҚАНОАТМАНДИИ КОРМАНДОНИ ШАБАКАҲОИ НИЗОМИ КУМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРИИ НОҲИЯИ ДАНҒАРА

¹Кафедраи бехдошт ва эпидемиологияи МДТ “ДДТХ”, Тоҷикистон

²Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тоҷикистон

³Кафедраи фанҳои муолиҷавии №2 МДТ “ДДТХ”, Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ – д.и.т., профессор Сироджиддинзода И.С.

Мақсади таҳқиқот. Омӯштани ҷабнамои ва қаноатмандии корманди шабакаҳои низоми кумаки аввалияи тиббию санитарии (КАТС) ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳо. Дар тадқиқоти мазкур 58 кормандони низоми шабакаҳои КАТС – и ноҳияи Данғара бо усули анкетакунони бо усули Q12, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бори аввал ташкил ва гузаронида шуда. Пурсишнома иборат аз 76 саволнома тариқи электрони дар сомонаи <https://ee.kobotoolbox.org/x/b2Cb53Ki> мебошад.

Натиҷаҳои ва муҳокимаи он. Дар рафти баргузории анкетакунони 59 – кормандони тиб аз низоми шабакаҳои КАТС пурсиш шуд. Аз шумораи пурсишудагон 31 (53%) нафар зан ва 28 (47%) мардхоро ташкил доданд. Инчунин 38 (64%) нафар аз маркази ноҳия ва 21 (36%) аз деҳотро дар бар гирифт. Вобаста ба собиқаи кори 1 – 5 сол 12 (20%) нафар, 6-10 сол 12 (20%) нафар, 1 сол 12 (20%) нафар ва зиёда аз 10 сол 23 (40%) нафарро ташкил намудааст. Ҳамзамон вобаста ба сатҳи малумотнокӣ маълумоти олии ӯ худ табиб 34 (58%) нафар, миёнаи махсуси (кормандони миёни тибб) 24 (40,4) ва миёнаи умумӣ 1 (1,6%) нафар фаро гирифта шудааст.

Ҳамзамон кормандон масофаи дури аз марказ, ки зиёда аз 5 км роҳро тайнамуда дар сохторҳои КАТС фаъолият менамояд, ҳамаи онҳо пурра аз шароитҳо ва роҳбарияти худ қонеъанд. Тибки маълумотҳои ба даст овардашуда кормандон дастраси ба таҷҳизотҳо ва маводҳои тибби зарарури дар раванди фаъолияти меҳнати саривақти доранд.

Инчунин натиҷаҳои ақетаҳо нишондод, ки беъзе аз кормандон вобаста фаъолияти худ дар шабакаҳои низоми КАТС норозиги ва роҳбарият бо онҳо вобаста ба пешравиҳо ва мувафаксиятҳои кормандон суҳбатҳои нақардаанд. Иловатан саволнома пешниҳод шуда буд, ки “Оё дар маркази Шумо диққати асосӣ ба самаранокӣ КАТС равона шудааст” аз 59 нафар 53 (90%) нафар ҷавоби “Ҳа” 4 (7%) нафар “Қисман” ва 2 (3%) ҷавби “Не” пурнамуда ба сомона ирсол намудаанд.

Хулоса. Ба роҳбарияти шабакаҳои низоми КАТС пешниҳод карда мешавад, ки бо кормандони худ оид ба пешравиҳо ва мувафаксиятҳо, ки дар равади кор ба миён омадааст суҳбатҳои индивидуали бо ташкил ва гузаронида шавад. Ҳамзамон ҷалби кормандон ва дар фаъолияти онҳо ҳавасмангардонӣ чори намудан боз ҳам беҳташавии сатҳ ва сифати хизматрасониҳои тибби ва корманд барои фаъолияти дуру дароз дар низоми КАТС ро фаро гирад.

Баротова А.М.

АНЕМИЯ КАК ФАКТОР УХУДШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель - Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Изучить распространённость анемии и её влияние на клиническое течение сахарного диабета у пациентов Дангаринского района.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование, включавшее анализ медицинских карт 698 пациентов с установленным диагнозом сахарного диабета, наблюдавшихся в отделении семейной медицины и врача – эндокринолога при Многопрофильном медицинском центре Дангаринского района в период с 2024 по 2025 годы. В исследовании проводилась оценка следующих параметров: уровень гемоглобина; частота сердечно-сосудистых осложнений; показатели общего состояния и качества жизни пациентов; наличие сопутствующей патологии почек. Диагноз анемии устанавливался на основании лабораторных показателей, прежде всего уровня гемоглобина в периферической крови, согласно общепринятым диагностическим критериям.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал статистически значимое снижение уровня гемоглобина у пациентов. У 472 пациентов была диагностирована анемия различной степени выраженности. Полученные данные показали, что в 67,62% случаев течение сахарного диабета сопровождается развитием анемии, что свидетельствует о высокой распространённости данного осложнения среди пациентов исследуемой группы. Развитие анемии у больных сахарным диабетом сопровождается рядом неблагоприятных клинических проявлений. У пациентов отмечались: снижение аппетита, уменьшение физической активности, ухудшение когнитивных функций, снижение сексуальной активности. Кроме того, было установлено значительное ухудшение качества жизни пациентов, страдающих сочетанием сахарного диабета и анемии. Анализ частоты сердечно-сосудистых осложнений показал, что у пациентов с сочетанием сахарного диабета и анемии риск развития сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается в 1,4 раза по сравнению с пациентами без анемии.

Выводы. Наличие анемии существенно ухудшает течение сахарного диабета и сопровождается снижением качества жизни пациентов. У пациентов с сочетанием сахарного диабета и анемии значительно повышается риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Своевременная диагностика и лечение анемии у больных сахарным диабетом является важным компонентом комплексной терапии, позволяющим замедлить прогрессирование заболевания и снизить риск осложнений.

Бафоева М.Ш.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ТАДЖИКИСТАНЕ: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Проанализировать текущее состояние ранней диагностики РАС в Таджикистане, выявить барьеры и разработать рекомендации. Раннее вмешательство до 3–4 лет достоверно улучшает прогноз, что делает раннюю диагностику критически важной задачей.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 71 пациента с РАС (F84.0) из центра «Инсайт»: возраст первых симптомов, первого обращения, установления диагноза, маршрут, первоначальные диагнозы. Структурированное интервью с 45 родителями: осведомлённость о РАС, барьеры к обращению, удовлетворённость диагностикой, предложения.

Результаты исследования. Первые симптомы: $18,3 \pm 6,4$ месяца (отсутствие реакции на имя, задержка речи, нет зрительного контакта). Первое обращение: $3,1 \pm 1,2$ года. Диагноз РАС: $4,7 \pm 1,8$ года. Задержка: 2,6 года от симптомов, 1,6 от обращения. 42% семей (19/45) обращались к 4+ специалистам. Первоначальные диагнозы: «ЗРР» – 67%, «ЗПР» – 38%, «моторная алалия» – 24%. Барьеры: дефицит специалистов – 74%, неосведомлённость родителей – 68%, стигматизация – 56%, нет системы скрининга – 89%, финансы – 42%, удалённость от центров – 38%. 91% родителей за внедрение скрининга в педиатрию.

Выводы. Значительная задержка диагностики РАС в Таджикистане (2,6 года) обусловлена комплексом барьеров. Необходимо: скрининг М-СНАТ при осмотрах в 18 и 24 месяца, обучение педиатров, информационные кампании, снижение стигматизации.

Бафоева Ф., Толибова Л.Н., Асилова Н.Г.

ЛАТЕРАЛИЗОВАННЫЙ ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА КАК ОТРАЖЕНИЕ НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель к.м.н., доцент Ганизода М.Т

Цель исследования. Изучить особенности латерализованного дебюта моторных симптомов у пациентов с ранними стадиями болезни Паркинсона.

Материал и методы. Проведено ретроспективно-проспективное клиническое исследование 63 пациентов с идиопатической болезнью Паркинсона, находившихся под наблюдением на базе кафедры неврологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Диагноз устанавливался в соответствии с клиническими диагностическими критериями Международного общества по расстройствам движения (MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease). Критериями включения являлись: стадия заболевания по шкале Hoehn–Yahr 1–2,5, длительность заболевания более 3 лет. Сторона дебюта моторных симптомов определялась на основании детализированного анамнеза и данных первичного неврологического обследования. Дополнительно оценивалась доминирующая рука пациентов.

Результаты исследования. У 78% пациентов отмечался правосторонний дебют моторных симптомов, преимущественно в виде односторонней брадикинезии, ригидности или тремора покоя в правых конечностях. Латерализация сохранялась на стадиях Hoehn–Yahr 1–2,5 и оставалась клинически значимой в динамике наблюдения. Правостороннее начало чаще выявлялось у пациентов с правосторонней доминантностью, что может указывать на связь стороны манифестации с функциональной асимметрией двигательной системы.

Выводы. У пациентов с ранними стадиями болезни Паркинсона выявлено выраженное преобладание правостороннего дебюта моторных симптомов (78% случаев), что подтверждает асимметричный характер начала заболевания. Латерализация сохраняется в пределах стадий Hoehn–Yahr 1–2,5 и отражает неравномерность раннего нейродегенеративного процесса. Более высокая частота правостороннего начала у пациентов с правосторонней доминантностью позволяет предположить связь стороны дебюта с функциональной асимметрией двигательной системы.

Бахромзода Гулноза, Асомуддинов Фируз, Амирджони Муродали

ОБСТРУКТИВНАЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА

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

Научный руководитель-к.м.н. Исмаилов С.И.

Цель исследования. Оценить современные диагностические подходы к выявлению обструктивной гипертрофической кардиомиопатии и их прогностическое значение.

Материал и методы. Проведен анализ клиничко-инструментальных данных пациентов с подозрением на обструктивную гипертрофическую кардиомиопатию, находившихся под наблюдением в условиях специализированного стационара. Использовались методы клинического обследования, электрокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ, трансторакальной эхокардиографии с доплеровским исследованием, а также данные нагрузочных проб. Диагноз ОГКМП устанавливался при выявлении гипертрофии миокарда левого желудочка (≥ 15 мм) с наличием динамической обструкции выходного тракта.

Результаты исследования. Гипертрофическая кардиомиопатия является одной из наиболее распространенных наследственных кардиомиопатий с частотой встречаемости около 1:500 в общей популяции, при этом

обструктивная форма выявляется у **60–70%** пациентов. Основными клиническими проявлениями являются одышка, стенокардия, синкопальные состояния и нарушения сердечного ритма. Риск внезапной сердечной смерти у пациентов с ОГКМП составляет в среднем **0,5–1% в год**, однако значительно возрастает при наличии выраженной обструкции выходного тракта левого желудочка, желудочковых аритмий иотягощенного семейного анамнеза. По данным эхокардиографии ключевыми диагностическими признаками являются асимметричная гипертрофия миокарда, систолическое переднее движение митрального клапана и повышенный градиент давления в выходном тракте левого желудочка.

Современные диагностические подходы, включая суточное мониторирование ЭКГ и магнитно-резонансную томографию сердца, позволяют выявлять фиброз миокарда, который ассоциируется с повышенным риском жизнеугрожающих аритмий и неблагоприятного прогноза.

Выводы. Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия является заболеванием с высокой клинической вариабельностью и потенциально неблагоприятным прогнозом. Современные методы диагностики, прежде всего эхокардиография с доплеровским анализом, суточное мониторирование ЭКГ и МРТ сердца, играют ключевую роль в раннем выявлении заболевания и оценке риска внезапной сердечной смерти.

Бекова Ш., Бойматова М., Дустова Ф.

ПСЕВДОФУРУНКУЛЁЗ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Научный руководитель к. м. н. доцент Муродов Н. М.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и комплексного лечения больных псевдофурункулёзом в амбулаторных условиях с участием семейного врача.

Материал и методы. В основе настоящей работы лежит анализ результатов комплексного обследования и лечения, больных с псевдофурункулёзом, обратившихся и лечившихся в хирургических отделениях ГУ ГЦЗ №10 г. Душанбе в период 2023-2026гг. Проведен анализ результатов лечения в двух сравнительных группах. Основную группу составляли 20 больных с псевдофурункулёзом из 8 семей с «отягощенным» семейным анамнезом, в нее входили те семьи, в которых имелись те или иные факторы риска развития псевдофурункулёзом (наличие хронических заболеваний у родителей, неблагоприятные бытовые условия, нарушения питания). Контрольная группа – 10 больных из 4 семей, дети без выраженных факторов риска.

Больным наряду с общепринятыми методами исследования, проведены специальные методы исследования, такие как микробиологическое, иммунологическое, цитологическое и изучение продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Результаты исследования: Больным основной группы наряду с операцией проводилось консервативное лечение, направленное на снижение гнойно-воспалительного процесса и продуктов ПОЛ, повышение иммунитета и коррекцию сопутствующих патологий. Вышеуказанная консервативная терапия сочеталась с местным применением аргосульфана крема 2% во второй фазе раневого процесса. Пациентам из контрольной группы проведены традиционные методы лечения.

Полученные нами результаты исследований показывают, что при псевдофурункулёзе, у детей основной группы выявлено достоверное повышение продуктов ПОЛ и снижение иммунологической реактивности. Лечение включало: антибактериальную терапию с учётом чувствительности микрофлоры; местное применение антисептических и антибактериальных мазей (в частности, аргосульфана 2% во второй фазе раневого процесса); антиоксидантную терапию (токоферол ацетат, аскорутин); коррекцию сопутствующих факторов риска (улучшение питания, консультации специалистов).

Сравнительный анализ показал, что у детей основной группы при комплексном лечении отмечалось более быстрое уменьшение воспалительных проявлений, нормализация лабораторных показателей и сокращение сроков выздоровления на 2–3 дня по сравнению с контрольной группой.

Коррекция сопутствующих заболеваний проведена в зависимости от формы и характера патологии, ее осложнений и степени компенсации организма. При необходимости с целью коррекции сопутствующих патологий проведена консультация соответствующих специалистов.

Выводы. Таким образом, включение в комплексную терапию псевдофурункулёза антиоксидантов, иммуномодуляторов, коррекции сопутствующих факторов риска и местного применения аргосульфана способствует улучшению результатов лечения в амбулаторных условиях, снижению частоты осложнений и сокращению сроков нетрудоспособности.

Бобиева М. А., Курбанова Д. Д., Хосиятова К. Х.

АВ-БЛОКАДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИСХОДЫ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г. Б.

Цель исследования. Оценить частоту, клинические характеристики и исходы атриовентрикулярной (АВ) блокады у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включены 20 пациентов, 12 мужчин и 8 женщин в возрасте от 48 до 82 лет, средний возраст — 64 ± 9 лет, госпитализированных с острым инфарктом миокарда. Всем пациентам выполнялись стандартная ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и эхокардиография. Оценивались тип ИМ, степень АВ-блокады, необходимость временной или постоянной электрокардиостимуляции (ЭКС), а также госпитальные исходы.

Результаты исследования. Атриовентрикулярная блокада была диагностирована у всех 20 пациентов в первые 72 часа от начала инфаркта миокарда. Среднее время появления нарушений АВ-проводимости составило 28 ± 14 часов от дебюта болевого синдрома.

АВ-блокада I степени выявлена у 6 пациентов (30%) и во всех случаях носила транзиторный характер, не сопровождавшаяся клинически значимой брадикардией или гемодинамической нестабильностью. У данных пациентов восстановление нормальной АВ-проводимости отмечалось в течение **3–5 суток** без необходимости электрокардиостимуляции.

АВ-блокада II степени зарегистрирована у 8 пациентов (40%). Тип Мобитц I наблюдался у 5 пациентов и преимущественно ассоциировался с нижним инфарктом миокарда. В 4 из 5 случаев отмечалось спонтанное восстановление АВ-проводимости на фоне базисной терапии. У одного пациента сохранялись эпизоды брадикардии, потребовавшие временной электрокардиостимуляции.

АВ-блокада II степени типа Мобитц II диагностирована у 3 пациентов, преимущественно при переднем инфаркте миокарда. У всех пациентов данного подтипа отмечались эпизоды выраженной брадикардии с клиническими проявлениями (головокружение, пресинкопальные состояния), что потребовало установки временной ЭКС с последующей имплантацией постоянного кардиостимулятора.

Полная АВ-блокада (III степень) выявлена у 6 пациентов (30%). В 4 случаях она развилась при нижнем инфаркте миокарда и носила транзиторный характер с восстановлением АВ-проводимости в течение **5–10 суток**. В 2 случаях, ассоциированных с передним инфарктом миокарда, полная АВ-блокада сохранялась на протяжении всего госпитального периода и сопровождалась выраженной сердечной недостаточностью и нестабильной гемодинамикой.

Временная электрокардиостимуляция была применена у 7 пациентов (35%), из них у 5 — по поводу полной АВ-блокады и у 2 — при АВ-блокаде II степени. Постоянная электрокардиостимуляция была выполнена 4 пациентам (20%), преимущественно при переднем инфаркте миокарда и стойких формах нарушения АВ-проводимости.

Госпитальная летальность составила **10% (2 пациента)**. Оба летальных исхода наблюдались у пациентов с передним инфарктом миокарда, осложнённым полной АВ-блокадой и развитием острой сердечной недостаточности (Killip III–IV). У пациентов с нижним инфарктом миокарда и транзиторными формами АВ-блокады летальных исходов не зарегистрировано.

Выводы. АВ-блокада является частым осложнением острого инфаркта миокарда, особенно при нижней его локализации. В большинстве случаев нарушения проводимости носят транзиторный характер, однако АВ-блокада II типа Мобитц II и полная АВ-блокада ассоциированы с неблагоприятным прогнозом и требуют раннего решения вопроса об электрокардиостимуляции. Ранняя диагностика и динамическое наблюдение за АВ-проводимостью позволяют оптимизировать тактику ведения пациентов и улучшить клинические исходы.

Бобоев Ф.Д., Имомова А.А., Боймуродов П.А.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сулаймонова Ш.А.

Цель исследования. Анализировать показатели качества жизни (КЖ) у пожилых больных артериальной гипертензией в сочетании с кардиальными патологиями.

Материал и методы. Проведен анализ результатов анонимного анкетирования для определения КЖ пациентов пожилого возраста с АГ II–III степени и АГ в сочетании с ИБС и проявлениями ХСН. Анкетирование проводили по стандартизированному международному опроснику по качеству жизни SF-36. Анкетирование было проведено среди 126 пациентов кардиологического отделения ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова г. Душанбе. В исследование были включены пациенты в возрасте от 64 до 74 лет. Пациенты были подразделены на три группы: 1 группа – 42 пациентов с диагнозом АГ II–III; 2 группа – 44 пациента с АГ в сочетании с ИБС; 3 группа – 40 пациентов с АГ и проявлениями ХСН.

Результаты исследования. При исходной оценке КЖ у больных АГ с ИБС выявлено значимое снижение показателей относительно группы с изолированной АГ. Зарегистрировано снижение по следующим шкалам: физическое функционирование – на 17,0 баллов (62,0 против 45,0); физически обусловленное ролевое функционирование – на 7,7 (47,2 против 39,5); интенсивность боли – на 21,0 (61,0 против 40,0); общее здоровье – на 12,0 (50,0 против 38,0); жизненная активность – на 12,5 (57,0 против 44,5); социальное функционирование – на 7,7 (52,7 против 45,0); эмоционально обусловленное ролевое функционирование – на 5,0 (44,0 против 39,0) и психическое здоровье – на 12,0 баллов (50,0 против 38,0). Сравнительный анализ показателей КЖ у пожилых пациентов с АГ и ХСН относительно группы с изолированной АГ выявил достоверное снижение по следующим шкалам: физическое функционирование – на 23,0 балла (62,0 против 39,0); физически обусловленное ролевое функционирование – на 12,2 (47,2 против 35,0); интенсивность боли – на 31,0 (61,0 против 30,0); общее здоровье – на 18,5 (50,0 против 31,5); жизненная активность – на 17,0 (57,0 против 40,0); социальное функционирование – на 14,2 (52,7 против 38,5); эмоционально обусловленное ролевое функционирование – на 13,5 (44,0 против 37,5) и психическое здоровье – на 14,0 баллов (50,0 против 36,0). Показатели физического компонента здоровья и психологического компонента были снижены на 9,7 (43,3 против 36,6) и 8,5 балла (38,4 против 29,9) по сравнению с пациентами, имеющими АГ.

Выводы. Согласно полученным данным при госпитализации у пациентов с АГ, как изолированной, так и в сочетании с ИБС или ХСН, отмечалось снижение исходных параметров КЖ по всем шкалам опросника

SF-36. При этом сравнительный анализ выявил менее выраженные статистически значимые изменения показателей у пациентов с изолированной АГ относительно групп с коморбидной патологией.

Boboev F.D., Boymurodov P.A., Khursanov B.Sh.

EFFICACY AND SAFETY OF VALSARTAN-SACUBITRIL IN COMORBID ELDERLY PATIENTS

Department of Internal Diseases №2, Avicenna Tajik State Medical University, Tajikistan

Scientific supervisor – c.m.s., Associate Professor Sulaymonova Sh.A.

Objective of the study. To study and compare the efficacy and safety of valsartan/sacubitril (angiotensin receptor–neprilysin inhibitor) and angiotensin II receptor blocker) in elderly patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) in combination with chronic heart failure (CHF) and low left ventricular ejection fraction (LVEF).

Material and methods. Thirty-six patients (average age 64.6 years) with type 2 diabetes mellitus and chronic heart failure functional class II–III (CHF FC according to NYHA classification) with left ventricular ejection fraction (LVEF) <40% were examined. The duration of arterial hypertension was 14.2 ± 6.4 years, and LVEF (left ventricular ejection fraction) was $35.2 \pm 7.3\%$. Glycated hemoglobin (HbA1c) was $8.6 \pm 1.2\%$; the duration of type 2 diabetes mellitus was 10.8 ± 6.4 years. Patients received adequate hypoglycemic and organ-protective therapy. Two groups were identified: the main group (16 patients receiving valsartan/sacubitril, dose 100 mg/day with titration up to 200 mg/day) and the control group (20 patients receiving angiotensin II receptor blocker, dose 100 mg/day with titration up to 200 mg/day). The levels of the Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) and the Homeostasis Model Assessment of β -cell function (HOMA-B) indices were evaluated dynamically. Electrocardiography (ECG) and echocardiography (EchoCG) were performed, and the thickness of the carotid intima-media complex (CIMT — carotid intima-media thickness) was measured. The duration of observation was 3 months.

Results of the study. During treatment, the main group demonstrated more significant favorable dynamics of clinical manifestations and the studied parameters compared with the control group. The results are presented as Δ (delta — the difference between the final and initial values): Δ HOMA-IR (in group A -1.88 ± 0.24 , in group B -0.94 ± 0.19), Δ HOMA-B (respectively, 8.31 ± 1.22 and 4.55 ± 0.72), CHF functional class (CHF FC) (-1.14 ± 0.09 and -0.69 ± 0.12), left ventricular ejection fraction (LVEF) (5.82 ± 1.13 and $3.17 \pm 0.49\%$), Δ carotid intima-media thickness (CIMT) (-0.31 ± 0.08 and -0.19 ± 0.03 mm), all $p < 0.05$ (statistically significant differences). Treatment in both groups was satisfactorily tolerated — an increase in serum creatinine and/or potassium levels by <30% of baseline was noted in 25% of cases in the main group and in 20% in the control group.

Conclusions. The use of combined neurohumoral blockade with angiotensin receptor inhibition and neprilysin inhibition (valsartan/sacubitril) demonstrated good efficacy and satisfactory tolerability in patients with type 2 diabetes mellitus and chronic heart failure with reduced left ventricular ejection fraction (HFrEF). Therapy with valsartan/sacubitril was accompanied by pronounced favorable changes in the HOMA-IR, HOMA-B, CHF functional class, left ventricular ejection fraction, and carotid intima-media thickness indices, which supports the wider use of this therapy in clinical practice.

Бобоев Х.М., Курбонов А.Д.

ОСЛОЖНЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО (АТОПИЧЕСКОГО) ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Научный руководитель – к.м.н. Джалолзода М.Дж.

Цель исследования. Изучить течение аллергического (атопического) дерматита у детей после вакцинации в практике семейного врача.

Материал и методы. Исследование проведено в государственном учреждении городском центре здоровья №15 (ГУ ГЦЗ №15) в 2025 году. В работе использованы данные официальной статистики и годовые отчеты по показателям обращаемости детей, общественного здоровья. Пентавалентной вакцинацией - I, II и III охвачено всего 1687 детей. Из них больных атопическим дерматитом было - 44 ребенка (2,6%).

Результаты исследования. Анализ результатов иммунизации у 618 детей на I пентавалентную вакцину показал, что большинство детей – 589 (95,3%) поствакцинальный период перенесли хорошо. Однако в 16 (55,2) случаях из 29 (4,7%), у детей отмечена местная реакция в виде отека, гиперемии и болезненности на месте инъекции. Вакцинация у детей, страдающих атопическим дерматитом (АД) – 6 (20,7%) с экссудативной формой и легким течением заболевания, клинически осложнилась легкой гиперемией, небольшим шелушением, слабым зудом, которые проходили после приема антигистаминных препаратов. У 3 (10,3%) детей, наряду с местными, отмечались и общие реакции в виде повышения температуры, беспокойства, нарушения сна и аппетита. Множественные сливающиеся очаги поражения кожи, расчесы и геморрагические корки, умеренный зуд наблюдались у 2 детей (6,9%) эритематозно-сквамозной формой атопического дерматита и со средней степенью тяжести заболевания. У 2 детей (6,9%) с эритематозно-сквамозной формой заболевания с лихенификацией, обратившихся по поводу вакцинации, отмечено тяжелое течение с выраженной экссудацией, глубокие трещины, эрозии, сильный зуд, нарушающий сон ребенка.

Вторая пентавалентная вакцинация была проведена 531 ребенку, из них 507 (95,5%) перенесли вакцинацию хорошо, но у 24 (4,5%) детей отмечалась местная реакция. Больных с атопическим дерматитом было – 9 (37,5%) детей. У 4 (16,7%) больных с экссудативной формой с легкой степенью тяжести заболевания, кожные проявления сопровождалась гиперемией, отечностью и шелушением. У 6 (25,0%) больных с эритематозно-сквамозной и 5 (20,8%) эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией со средней степенью тяжести, после вакцинации кожа приобрела выраженную гиперемию, отечность, эрозии и шелушение. Практически у всех

детей с АД выявлен отягощенный аллергологический анамнез: искусственное вскармливание, неудовлетворительный психологический климат семьи, оба родителя страдали аллергическими заболеваниями.

Третью пентавалентную вакцину получили 538 детей, из них у 524 (97,4%) детей состояние здоровья после вакцинации оценено удовлетворительным. Местная реакция наблюдалась у 14 (2,6%) детей, страдающих atopическим дерматитом случаев с экссудативной формой - 4 (28,6%), эритематозно-сквамозной - 7 (50,0%) и 3 (21,4%), с эритематозно-сквамозной с лихенификацией.

Выводы. Проведенный анализ вакцинации детей пентавалентной вакциной свидетельствует о том, что иммунизация на фоне обострения процессов АД усугубляет течение заболевания и не может дать хорошую серопозитивность у детей. Следовательно, детей с АД необходимо прививать после достижения длительной ремиссии основного заболевания и на фоне приема антигистаминных препаратов.

Бобоева Ё.А., Рахматуллоева М.Ф.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, МАСКИРУЮЩЕЙСЯ ПОД МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И В12-ДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ

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

Научный руководитель — старший преподаватель Хасанов Д.М.

Цель исследования. Продемонстрировать ценность гистологического исследования костного мозга в дифференциальной диагностике апластической анемии с миелодиспластическим синдромом и В12-дефицитной анемией.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных данных пациента Р.Д. 2007 года рождения, находящегося под наблюдением с марта 2024 года по настоящее время. В январе 2024 года пациент перенес острую респираторную вирусную инфекцию, после чего отметил появление выраженной общей слабости и астенического синдрома. При первичном обследовании в общем анализе крови выявлена панцитопения: гемоглобин — 53 г/л, лейкоциты — $2,73 \times 10^9$ /мкл, эритроциты — $1,36 \times 10^6$ /мкл, тромбоциты — $31,0 \times 10^9$ /мкл, гематокрит — 14,4%, средний объем эритроцитов (MCV) — 105,7 фл, СОЭ — 52 мм/ч. Доля нейтрофилов составила 12,79%.

По данным миелограммы: пунктат костного мозга резко обеднен миелокариоцитами, содержит значительное количество жировой ткани и элементы стромы. Отмечены единичные тучные клетки. Нейтрофильный росток сужен, с умеренно выраженными признаками дисплазии. Бластные клетки — менее 1%. По результатам трепанобиопсии костного мозга: биоптат достаточного диагностического объема. Клеточность костного мозга снижена до $\leq 10\%$, межтрабекулярные пространства преимущественно заполнены жировой тканью; элементы гемопоэза представлены преимущественно эритроидным ростком. Иммуногистохимическое исследование: экспрессия PAX5 выявлена на единичных В-лимфоцитах, CD3 — на реактивных Т-лимфоцитах, CD61 — на единичных мегакариоцитах. Экспрессия LMO2 и TdT — без патологических особенностей. Назначена иммуносупрессивная терапия: циклоспорин в дозе 200 мг 2 раза в сутки в сочетании с тромбopoэтин по 50 мг в сутки.

Результаты исследования. Морфологическое исследование трепанобиоптата явилось решающим в установлении диагноза и позволило исключить миелодиспластический синдром. На фоне проводимой терапии достигнута гематологическая ремиссия, сохраняющаяся на момент наблюдения.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует диагностические трудности при панцитопении у подростков и подчеркивает ключевую роль трепанобиопсии костного мозга в дифференциальной диагностике апластической анемии и миелодиспластического синдрома. Своевременная верификация диагноза и раннее назначение иммуносупрессивной терапии способствовали достижению стойкой гематологической ремиссии.

Бобоева М.С.

СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.

Кафедра внутренней болезни с курсом клинической кардиологии НОУ «Медико социальный институт Таджикистана»

Научный руководитель - к.м.н., Рофизода Халима Шариф

Цель исследования. Изучение структурно - геометрических показателей внутрисердечной гемодинамики сердца у женщин постинфарктным кардиосклерозом в климактерическом периоде.

Материал и методы. Исследование проводилось в Научно- клиническом центре при НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана» в период с 2022 по 2025 годы. Исследовано 65 женщин, которые находились на стационарном лечении в отделение внутренние болезни с кардиологическими койками в возрасте от 45 лет до 65 лет с диагнозом постинфарктный кардиосклероз в климактерическом периоде. В зависимости от возраста и от степени нарушения менструальной функции женщины были разделены на 2 группы: 1 группу составили 25 (38,5%) женщин в пременопаузальном периоде, у которых регистрировался нерегулярный менструальный цикл за последние 4 -10 месяцев (средний возраст (45,1+6,5 лет). Во 2 группу были включены 40 женщин (61,5%), средний возраст (60,5+4,5лет, у которых менструальный цикл не наблюдался более 1 года) т.е женщины в постменопаузальном периоде. Проводилось Эхокардиографическое исследование на аппарате «Toshiba-350 (Япония) по общепринятым стандартам в одномерном и двухмерном режимах. Динамический контроль систолический и диастолической дисфункции ЛЖ и его ремоделирование сердца, проводилась по оценки ФВ

ЛЖ (по методике Симпсона), на основании расчета объема полости ЛЖ в систолу (КСО) конечный систолический объем и в диастолу (КДО) конечный диастолический объем определялся по формуле (Tetchily)

Результаты исследования. Сравнительный анализ ФВ ЛЖ, КДО и КСО у женщин 2 группы по сравнению с 1-группой, показал увеличение конечных объемов ЛЖ в диастолу и систолу, а также снижение его ФВ до 50%: в 2- группе женщин – снижение ФВ на 45% и увеличение объемных показателей на 29,0% ; показал достоверное снижение ФВ ЛЖ и увеличение объемных показателей конечный диастолический объем (КДО) и конечный систолический объем (КСО): выраженных нарушений систолической функции левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от тяжести состояния, что показал сравнительный анализ фракции выброса (ФВ ЛЖ, КДО и КСО) показателей по сравнению с 1-о группой. Исследования показали, наличие систолической дисфункции ЛЖ практически у обеих групп женщин, но выражены статистически значимые отклонения выявилось при 2 групп женщин постинфарктным кардиосклерозом постменопаузальном периоде.

Вывод. Исследования женщин с постинфарктным кардиосклерозом в климактерическом периоде, показало высокую распространенность гипертрофии левого желудочка в обеих исследуемых группах, что является показателем высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, в данном случае выявлена также их прогрессирующую дисфункция левого желудочка в зависимости от тяжести имеющейся сердечной недостаточности у 2-ой групп женщин , которая на прямую связана с непосредственным ремоделирование левого желудочка (ЛЖ), что повлияло к снижению ФВ сердечной недостаточности и влияние на функциональное состояние центрального и легочного кровообращения.

Бобохонова Ш.М., Сулаймонзода А.С., Тагайназарова М.Дж.

ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исмаилов С.

Цель исследования. Сравнить эффективность применения амиодарона и бисопролола для удержания синусового ритма.

Материал и методы. В исследование включено 64 пациента, средний возраст составил $57,6 \pm 5,3$ года, 34 мужчины и 30 женщин (53,2% и 46,8%), с пароксизмальной формой ФП на фоне ХСН II и III функционального класса (NYHA). Все пациенты были с ишемической болезнью сердца (ИБС), с артериальной гипертензией (АГ), пароксизмальной формой ФП с аритмическим стажем не менее 3-х лет. Все пациенты были разделены на 2 группы. В группу I были включены 32 пациента, которые получали амиодарон в суточной дозе от 200 до 400 мг, в группе II - 32 пациента получали бисопролол в суточной дозе от 2,5 до 10 мг. Обследование включало: общеклинический осмотр, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию (ЭХОКГ), 6-минутный тест ходьбы, клинический и биохимический анализ крови. В первые сутки после восстановления SR и в конце исследования всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Результаты исследования. На фоне терапии амиодарона в течение 6 месяцев SR пролечили 95,3% пациентов. Наблюдалось улучшение переносимости физической нагрузки по данным 6-минутного теста ходьбы. Проходимое расстояние увеличилось с $256,7 \pm 23,3$ м до $281,7 \pm 20,4$ м, что составило 8,9%. Функциональный класс ХСН снизился на 12% с $2,5 \pm 0,32$ до $2,2 \pm 0,43$. В группе больных, получивших терапию амиодароном, наблюдалась небольшая тенденция к уменьшению размера левого предсердия (ЛП) - на 1,6%, КДР и КСР снизились соответственно на 0,6% и 0,9%, более выражена тенденция к увеличению фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) - на 2,9%. К концу исследования наблюдалась отчетливая тенденция к уменьшению объемов ЛЖ: КДО - на 2,4%, КСО - на 8,0%. По данным суточного мониторирования ЭКГ, выявлено достоверное уменьшение эпизодов пароксизмов ФП на 64,3%, количество желудочковых экстрасистол - на 41,9%, наджелудочковых - на 48,9% и предсердных экстрасистол - на 56,7%. Через 6 месяцев лечения SR сохранился у 95,5% пациентов. 77,3% больных отмечали кратковременные ощущения перебоев и сердцебиения, нарушения ритма не зарегистрированы. На фоне терапии бисопрололом по данным 6-минутного теста ходьбы, наблюдалось повышение толерантности к физической нагрузке (проходимое расстояние увеличилось с $264,1 \pm 25,5$ до $309,1 \pm 21,1$ м) на 14,6% и снижение функционального класса ХСН на 10,2%. По данным ЭХОКГ выявлено, что достоверный характер имело только нарастание ФВЛЖ, которое составило 14,0%. По данным суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, выявлено достоверное уменьшение эпизодов пароксизмов ФП на 65,2%, количества желудочковых экстрасистол - на 32,6%, наджелудочковых - на 41,7% и предсердных экстрасистол - на 67,2%. В двух исследуемых группах SR наблюдали у 95,3% пациентов, у 4,7% больных ФП перешла в постоянную форму. За время терапии амиодароном и бисопрололом наблюдалась трансформация функционального класса ХСН с III на II ФК (NYHA). В группе пациентов, принимающих амиодарон, количество пациентов с III ФК ХСН уменьшилось на 9,5% человек. В группе пациентов, принимающих бисопролол, количество пациентов с III ФК ХСН уменьшилось на 22,7% человек.

Вывод. Таким образом, по результатам удержания синусового ритма амиодарон и бисопролол имеют высокую сопоставимую эффективность (95,3% и 86,4%) у пациентов с ФП и ХСН. Наиболее выраженный регресс ХСН (достоверное увеличение ФВ на 14,9% и прирост проходимого расстояния по данным 6-минутного теста ходьбы на 14,6%) отмечается на фоне терапии бисопрололом по сравнению с терапией амиодароном.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЗОВ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Оценить влияние возраста и пола на клинико-лабораторные особенности и частоту осложнений у пациентов с лейкозами.

Материал и методы. Обследованы 192 пациента с лейкозами: острый лимфобластный лейкоз - 58 (30,2%), острый миелобластный лейкоз - 64 (33,3%), хронический лимфоцитарный лейкоз - 42 (21,9%), хронический миелолейкоз - 28 (14,6%). Возраст пациентов составил от 18 до 82 лет. Мужчин было -112 (58,3%), женщин - 80 (41,7%). Гериатрическая группа (старше 60 лет) - 76 (39,6%) пациентов, Группу сравнения составили пациенты с лейкозиемиами моложе 60 лет ($n=116$).

Проводились: клиническое обследование, гемограмма, биохимия, миелограмма, индекс коморбидности (Charlson), оценка инфекционных и соматических осложнений. В группу контроля включены 40 практически здоровых лиц сопоставимого возраста и пола.

Результаты исследования. У пациентов старше 60 лет чаще выявлялись выраженные цитопении: анемия — 78,9% против 52,6% ($p<0,05$), тромбоцитопения — 63,2% против 41,4% ($p<0,05$), лейкопения — 57,9% против 36,2% ($p<0,05$). Инфекционные осложнения регистрировались у 48,7% пожилых против 27,6% в группе сравнения. Коморбидность (сердечно-сосудистые и почечные заболевания) отмечена у 72,4% и 39,7% соответственно. Среди мужчин чаще наблюдалось более агрессивное течение заболевания, характеризующееся выраженным лейкоцитозом, глубокими цитопениями и высокой частотой септических осложнений — 31,2% против 18,7% у женщин ($p<0,05$), тогда как анемический синдром у женщин встречался чаще — 70,0% против 60,7%.

Выводы. Гериатрический возраст ассоциирован с более тяжёлым течением лейкозов, высокой частотой цитопений, инфекционных осложнений и коморбидности. Мужской пол связан с большей частотой агрессивного течения и сепсиса, тогда как у женщин чаще выявляется анемический синдром. Учёт гериатрических и половых особенностей необходим для оптимизации терапии и прогностической оценки.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированной терапии железодефицитной анемии у пациентов до и после проведенного лечения.

Материал и методы. В исследование было включено 40 пациентов с диагностированной железодефицитной анемией различной степени тяжести, проходивших лечение в терапевтическом отделении. Диагноз устанавливался на основании клинических проявлений заболевания и лабораторных показателей, включающих уровень гемоглобина, количество эритроцитов, показатели сывороточного железа и ферритина.

Среди обследованных пациентов женщины составили 26 человек (65%), мужчины — 14 человек (35%). По возрастному составу пациенты распределялись следующим образом: 18–30 лет — 12 человек (30%), 31–45 лет — 14 человек (35%), 46–60 лет — 9 человек (22,5%), старше 60 лет — 5 человек (12,5%).

Всем пациентам проводилась комбинированная терапия, включавшая пероральные препараты железа, витамин С для улучшения всасывания железа, а также фолиевую кислоту и витамин В12 по показаниям. Дополнительно пациентам было рекомендовано диетотерапия с повышенным содержанием железа в рационе. Продолжительность курса лечения составила 8 недель. Оценка эффективности терапии проводилась путем сравнения клинических проявлений заболевания и лабораторных показателей до начала лечения и после завершения курса терапии.

Результаты исследования. До начала лечения у большинства пациентов отмечались характерные клинические проявления железодефицитной анемии: общая слабость, повышенная утомляемость, головокружение, бледность кожных покровов и снижение работоспособности. Средний уровень гемоглобина до начала терапии составлял 89 ± 6 г/л, количество эритроцитов — $3,2\pm0,4\times10^{12}/л$, уровень сывороточного железа — $7,1\pm1,3$ мкмоль/л, ферритина — $11,4\pm3,2$ нг/мл.

После проведенного курса комбинированной терапии отмечалась положительная динамика как клинических симптомов, так и лабораторных показателей. Средний уровень гемоглобина повысился до 118 ± 7 г/л, количество эритроцитов увеличилось до $4,1\pm0,3\times10^{12}/л$, уровень сывороточного железа достиг $14,6\pm2,1$ мкмоль/л, а ферритина — $29,8\pm4,7$ нг/мл.

Клиническое улучшение состояния наблюдалось у 34 пациентов (85%), у которых отмечалось значительное повышение уровня гемоглобина и уменьшение симптомов анемии. У 6 пациентов (15%) наблюдалась менее выраженная положительная динамика, что потребовало продления курса терапии и дальнейшего наблюдения.

Выводы. Проведенное исследование показало высокую эффективность комбинированной терапии в лечении железодефицитной анемии. Использование препаратов железа в сочетании с витаминами и диетотерапией способствуют значительному улучшению гематологических показателей и уменьшению клинических проявлений заболевания. Полученные результаты подтверждают целесообразность применения комплексного подхода в лечении железодефицитной анемии и подчеркивают важность своевременной диагностики и коррекции дефицита железа.

Бодомова Н.С., Каримова М.Р., Хамроева М.А.
ГЕПАТОРЕНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ МИЕЛОБЛАСТНОЙ ЛЕЙКЕМИИ У ЛИЦ
СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Оценить частоту, клинико-лабораторные особенности и прогноз гепаторенальной дисфункции у пожилых пациентов с острой миелобластной лейкемией (ОМЛ).

Материал и методы. В исследование включены 132 пациента с впервые диагностированной ОМЛ. В зависимости от возраста сформированы две группы: I группа — пациенты >60 лет (n=78), II группа — пациенты <60 лет (n=54). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимого пола.

Проводились клиническое обследование, общий и биохимический анализы крови (АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины), расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ), коагулограмма, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, оценка сопутствующей патологии. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни и χ^2 -критерия Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов старше 60 лет признаки печёчно-почечной дисфункции выявлены у 56,4%, что достоверно чаще по сравнению с группой <60 лет (28,7%, $p < 0,05$). В старшей возрастной группе отмечены: повышение АЛТ до 72 ± 18 Ед/л и АСТ до 65 ± 16 Ед/л, гипербилирубинемия - 28 ± 9 мкмоль/л, снижение СКФ до 58 ± 14 мл/мин/1,73 м², повышение креатинина до 142 ± 36 мкмоль/л ($p < 0,05$ по сравнению с группой <60 лет). Гепатомегалия выявлена у 41,0% пациентов, признаки хронической болезни почек - у 37,2%. Наличие печёчно-почечной дисфункции ассоциировалось с более высокой частотой инфекционных осложнений (48,7% против 26,4%, $p < 0,05$) и увеличением длительности госпитализации. У пациентов моложе 60 лет биохимические отклонения были менее выражены и носили транзиторный характер.

Выводы. У пациентов старшего возраста с ОМЛ печёчно-почечная дисфункция выявляется достоверно чаще и характеризуется более выраженными биохимическими нарушениями. Её наличие ассоциируется с увеличением частоты инфекционных осложнений и удлинением госпитализации. Ранняя диагностика и динамический мониторинг функции печени и почек являются необходимыми для оптимизации терапии и улучшения прогноза.

Бодомова Н.С., Хамроева М.А.
СТРУКТУРА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОМЛ И СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Оценить структуру возбудителей сепсиса, профиль антибиотикорезистентности и эффективность антибактериальной терапии у пациентов с острой миелобластной лейкемией (ОМЛ).

Материал и методы. Обследованы 93 пациента с ОМЛ и сепсисом, находившиеся на стационарном лечении. В связи с необходимостью неотложного эмпирического назначения антибактериальной терапии больные были распределены на 3 группы: I группа (n=31; 33,3%), получавшие меропенем + амикацин; II группа (n=30; 32,3%) - цефепим и амикацин; III группа (n=31; 33,3%) - левофлоксацин. Контрольную группу составили здоровые лица (n=30) для определения референсных лабораторных показателей.

Проведены: общеклинический и биохимический анализ крови, прокальцитонин, С-реактивный белок, бактериологический посев крови, определение антибиотикочувствительности

Результаты исследования. В структуре возбудителей преобладала грамотрицательная флора (68,1%), грамположительная составила 24,3%, грибковая — 7,6%. Наибольшая эффективность терапии отмечена в I группе (меропенем + амикацин): клиническая стабилизация — 77,8%, снижение прокальцитонина на 3–4-е сутки — 71,1%, летальность — 17,8%. Во II группе (цефепим + амикацин) эффективность составила 58,5%, летальность — 27,5%. В III группе (фторхинолоны) из-за высокой резистентности (до 68%) эффективность была ниже — 41,0%, при наибольшей летальности — 35,9%.

Выводы. У пациентов с ОМЛ и сепсисом преобладают грамотрицательные микроорганизмы. Наибольшая клиническая эффективность отмечена при комбинации меропенем + аминогликозид, особенно при тяжёлой нейтропении. Фторхинолоны в монотерапии показали низкую эффективность.

Боймуродов П.А., Елнazarова Ш.О., Шарифбоев А.Х.
ВЛИЯНИЕ МАСЛА ЧЁРНОГО ТМИНА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель — к.м.н., доцент Воронцовская К.Р.

Цель исследования. Оценить влияние масла чёрного тмина на показатели липидного спектра у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в рамках комплексной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом. **Средний возраст пациентов составил 65 ± 5 лет.** Пациенты находились на стационарном лечении в отделении кардиологии ГУ «Городского медицинского центра № 1 им. К. Ахмедова». Больные были разделены на две груп-

пы по 20 человек. Основная группа получала стандартную терапию (антитромботические препараты, статины, β -блокаторы, ИАПФ/БРА) в сочетании с маслом чёрного тмина (по 1 капсуле 2 раза в сутки) в течение 8 недель. Контрольная группа получала только стандартную терапию. До начала и по завершении курса лечения определяли показатели липидного профиля: общий холестерин (ОХС), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) и α -липопротеиды. Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических методов; различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В основной группе после 8 недель терапии отмечено достоверное улучшение липидного профиля и наблюдалась тенденция к нормализации атерогенного индекса, что свидетельствует о снижении сердечно-сосудистого риска. Улучшение показателей липидного профиля сопровождалось хорошей переносимостью терапии и отсутствием значимых побочных эффектов. : уровень ОХС снизился с $6,5 \pm 0,4$ до $5,4 \pm 0,3$ ммоль/л (снижение на 16,9%, $p < 0,05$); ЛПНП – с $4,2 \pm 0,3$ до $3,3 \pm 0,2$ ммоль/л (снижение на 21,4%, $p < 0,05$); ТГ – с $2,1 \pm 0,2$ до $1,7 \pm 0,1$ ммоль/л (снижение на 19,0%, $p < 0,05$), уровень ЛПВП увеличился с $1,05 \pm 0,08$ до $1,21 \pm 0,07$ ммоль/л (повышение на 15,2%, $p < 0,05$), уровень α -липопротеидов повысился с $1,18 \pm 0,12$ до $1,42 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,05$). В контрольной группе изменения липидных показателей были менее выраженными и статистически достоверными ($p < 0,05$): общий холестерин снизился с $6,5 \pm 0,5$ до $5,9 \pm 0,5$ ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПНП – с $4,2 \pm 0,4$ до $3,6 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$), триглицериды – $2,0 \pm 0,3$ до $1,8 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,05$). ЛПВП повысились с $1,05 \pm 0,1$ до $1,15 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$). α -липопротеиды повысились с $1,18 \pm 0,11$ до $1,32 \pm 0,10$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Выводы. Добавление масла чёрного тмина к стандартной терапии у больных с постинфарктным кардиосклерозом способствует достоверному улучшению показателей липидного спектра. Полученные данные позволяют рассматривать данный фитопрепарат как дополнительный компонент комплексной коррекции дислипидемии в системе вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Боймуродов П.А., Елназарова Ш.О., Шарифбоев А.Х.

ТАЪСИРИ ЗИДИАГРЕГАНТИИ РАВҒАНИ СИЁХДОНА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ КАРДИОСКЛЕРОЗИ ПАС АЗ САКТАВӢ

Кафедраи бемориҳои дарунии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Соҳибов Р.Ғ.

Мақсади тадқиқот. Арзёбии таъсири равғани сиёҳдона ба нишондиҳандаҳои агрегатсияи тромбоцитҳо дар беморони гирифтори кардиосклерозии пас аз сактавӣ.

Маъвод ва усулҳо. Ба тадқиқот 40 бемор дохил карда шуданд, ки дар шуъбаи кардиология ва терапияи МД «Маркази тиббии шахрии №1 ба номи К. Аҳмедов» бо таъхиси кардиосклерозии пас аз сактавӣ таъбабат мегирифтанд. Синни миёнаи беморон 64 ± 6 солро ташкил дод. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи асосӣ ($n=20$) – таъбабати стандартӣ + равғани сиёҳдона 2,5 мл 2 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 8 ҳафта; гурӯҳи назоратӣ ($n=20$) – таъбабати стандартӣ (кислотаи ацетилсалицилӣ 75 мг/рӯз). Дар тадқиқот агрегатсияи тромбоцитҳои бо АДҒ барангехташуда ва агрегатсияи спонтанӣ, инчунин сатҳи фибриноген арзёбӣ гардид. Коркарди омӯрӣ бо истифода аз меъёри t-и Студент гузаронида шуд; фарқиятҳо хангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати омӯрӣ боэътимод ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар гурӯҳи асосӣ пас аз 8 ҳафтаи таъбабат коҳиши боэътимоди агрегатсияи тромбоцитҳо мушоҳида гардид: агрегатсияи бо АДҒ барангехташуда аз $71,8 \pm 5,0\%$ то $57,6 \pm 4,6\%$ ($-19,8\%$; $p < 0,05$), агрегатсияи спонтанӣ аз $9,3 \pm 1,3\%$ то $6,1 \pm 1,0\%$ ($-34,4\%$; $p < 0,05$) коҳиш ёфт. Инчунин сатҳи фибриноген аз $4,2 \pm 0,5$ г/л то $3,6 \pm 0,4$ г/л паст шуд ($p < 0,05$). Дар гурӯҳи назоратӣ пас аз 8 ҳафтаи мушоҳида камшавии миёнаи нишондиҳандаҳо қайд гардид: агрегатсияи бо АДҒ барангехташуда аз $71,9 \pm 5,2\%$ то $67,1 \pm 4,9\%$ ($-6,7\%$; $p < 0,05$), агрегатсияи спонтанӣ аз $9,1 \pm 1,2\%$ то $8,0 \pm 1,1\%$ ($-12,1\%$; $p < 0,05$) коҳиш ёфт. Сатҳи фибриноген аз $4,1 \pm 0,5$ г/л то $3,8 \pm 0,4$ г/л паст шуд ($p < 0,05$). Бо вучуди аҳамияти омӯрии тағйирот, дараҷаи динамикаи мусбат дар гурӯҳи назоратӣ нисбат ба гурӯҳи асосӣ хеле камтар буд.

Хулоса. Рағғани сиёҳдона дар беморони гирифтори кардиосклерозии пас аз сактавӣ таъсири мӯътадили зидиагрегатсионӣ нишон медиҳад, ки бо камшавии агрегатсияи тромбоцитҳо ва сатҳи фибриноген зохир мегагардад. Истифодаи он метавонад ҳамчун ҷузъи иловагии терапияи комплекси зидитромботикӣ дар низоми профилактикаи дуумдараҷа баррасӣ гардад.

Боймуродов П.А. Назарова Г.О. Хурсанов Б.Ш.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Умаров А.А.

Цель исследования. Изучить влияние атенолола на вариабельность ритма сердца у больных изолированной систолической артериальной гипертонией.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ). Возраст больных от 60 до 74 лет (средний $66,4 \pm 5,4$). Женщин было 20, мужчин – 20. Оценку вариабельности ритма сердца (ВРС) проводили по записи ЭКГ в течение 5 минут. Определялись следующие параметры ВРС: SDNN-стандартное отклонение интервалов R-R, RMSSD-корень квадратный суммы квадратов разности величин последовательных пар нормальных интервалов R-R, pNN50 - процент со-

седних интервалов R-R, отличающихся друг от друга более чем на 50 мс; LF- мощность спектра низких частот, HF - мощность спектра области высоких частот, LF/HF - показатель симпатико-парасимпатического баланса. Исследование ВРС проводили до и после 8 недельного курса лечения среднесуточной дозы атенололом 75 мг.

Результаты исследования. До начала приема атенолола у больных ИСАГ 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). Среднее значение SDNN составило $82,6 \pm 15,4$ мс, RMSSD - $24,1 \pm 7,2$ мс, pNN50 - $7,3 \pm 2,9\%$, HF - 318 ± 96 мс², тогда как индекс LF/HF составлял $3,12 \pm 0,74$, что свидетельствовало о дисбалансе вегетативной регуляции. После курса терапии наблюдалось достоверное улучшение показателей variability сердечного ритма. Так, показатель SDNN увеличился до $104,7 \pm 17,1$ мс, что соответствовало росту на 26,8%. Значение RMSSD возросло до $31,8 \pm 8,6$ мс, а pNN50 - до $10,1 \pm 3,4\%$, что отражало усиление парасимпатической активности. Одновременно отмечалось увеличение мощности высокочастотного компонента спектра (HF - 412 ± 108 мс²). Индекс LF/HF снизился до $2,06 \pm 0,61$, что указывало на восстановление вегетативного баланса.

Выводы. Монотерапия атенололом у пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией пожилого возраста приводит к достоверному улучшению показателей variability сердечного ритма и свидетельствуют о снижении симпатической активности и восстановлении симпатопарасимпатического баланса вегетативной нервной системы.

Боронов Ш.С., Рахмонов Р. Р.

ТАҲЛИЛИ ТАБОБАТИ ТАФРИКАВӢ ДАР БЕМОРОН БО АЛОИМИ ГИЙЕННА БАРРЕ

Кафедраи асабиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Ғанизода М.Т.

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

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

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

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

Буловацкая Д.В., Михайленко Е.Р., Шупикова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ СОАС ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра факультетской терапии им. А.Я. Губергрица.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Научный руководитель – ассистент Забазнова Ю.В.

Цель исследования. Изучение клинических, сомнологических и кардиоваскулярных особенностей течения СОАС у пациентов с коморбидными состояниями – ГЭРБ и ГБ – с целью обоснования выделения коморбид-ассоциированного СОАС как самостоятельной нозологической формы.

Материал и методы. Проанализированы результаты сомнологического исследования 22 пациентов с ГЭРБ, с ГЭРБ и ГБ – 21 пациент, в контрольную группу без патологии желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы вошел 21 человек. Обследование проводилось аппаратом SOMNOcheck micro CARDIO (Weinman, Германия), изучались индекс кардиального риска (ИКР), индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ), индекс десатурации (ИД), среднее значение насыщения крови кислородом, минимальная, максимальная и средняя частота сердечных сокращений (ЧСС).

Результаты исследования. По показателям средняя ЧСС, ИД не было выявлено статистически значимых отличий между группами сравнения, а также по сравнению с контрольной группой. ИКР в группах сравнения был достоверно выше группы контроля. В группе ГЭРБ+ГБ он составил $0,36 \pm 0,07$, в группе ГЭРБ – $0,20 \pm 0,07$, в контрольной группе – $0,13 \pm 0,04$. У пациентов с коморбидностью он достоверно выше, чем у больных с ГЭРБ. ИАГ у пациентов с ГЭРБ и ГБ значительно выше, чем у пациентов с ГЭРБ ($11,43 \pm 2,57$ и $6,28 \pm 1,6$ соответственно), так же в группах сравнения он достоверно выше, чем в контрольной группе ($4,44 \pm 1$). Сатурация достоверно ниже в группе ГЭРБ и ГБ, чем в группе контроля ($94,06 \pm 0,006\%$ и $95,52 \pm 0,003\%$).

Выводы. В результате проведенного исследования обнаружено, что при коморбидном течении ГЭРБ и ГБ формируется более тяжелый клинический фенотип СОАС с повышенным ИАГ, сниженной сатурацией и более высоким кардиальным риском по сравнению с пациентами, имеющими только ГЭРБ или не страдающими сопутствующими заболеваниями. СОАС проявляется при этом более ярко, что обусловлено сложным взаимодействием патофизиологических механизмов, включая влияние кислородной десатурации, повышенной симпатической активности и воспалительных процессов, характерных для указанных коморбидных состояний. Эти данные подтверждают необходимость выделения, коморбид-ассоциированного СОАС как самостоятельной нозологической единицы, что позволит улучшить диагностику, персонализировать тактику лечения и профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данной категории пациентов.

Буранов О.И., Глазырина В.Д., Новоселова Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет». Россия.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Русских О.Е.

Цель исследования. Изучить особенности психологического статуса у больных туберкулезом легких с использованием стандартизированных психодиагностических методик.

Материал и методы. В исследование включено 60 человек, разделенных на две группы по 30 человек каждая. Основную группу составили больные туберкулезом легких, находящиеся на стационарном лечении, группу сравнения – лица, не страдающие данным заболеванием. Использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и специально разработанная анкета для сбора социально-демографических данных. Статистическая обработка проведена с применением критерия Стьюдента и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Средний возраст больных туберкулезом составил $43,2 \pm 13,1$ года. Средний уровень тревоги у больных туберкулезом составил $11,8 \pm 4,2$ балла против $4,9 \pm 2,6$ балла в группе сравнения ($p < 0,001$), депрессии – $10,3 \pm 4,7$ против $3,2 \pm 2,1$ балла соответственно ($p < 0,001$). Клинически выраженная тревога диагностирована у 60,0% больных туберкулезом против 3,3% в группе сравнения, депрессия – у 40,0% против 0% соответственно. Структура психологических нарушений характеризовалась преобладанием смешанных тревожно-депрессивных расстройств (53,4% случаев). Установлены значимые корреляции между психологическими нарушениями и возрастом ($r = 0,41-0,47$, $p < 0,05$), полом, трудовой занятостью, распространенностью туберкулезного процесса и наличием бактериовыделения. Женщины демонстрировали более высокие уровни тревоги ($13,8 \pm 4,1$ против $10,6 \pm 3,8$ балла у мужчин, $p < 0,05$). Неработающие больные имели достоверно более высокие уровни тревоги и депрессии по сравнению с работающими ($p < 0,01$). Больные с распространенными формами туберкулеза и бактериовыделители показали статистически значимо более высокие уровни тревоги и депрессии по сравнению с пациентами с ограниченными формами и без бактериовыделения.

Выводы. У больных туберкулезом легких выявлены существенные нарушения психологического статуса, характеризующиеся высокой частотой тревожно-депрессивных расстройств. Установленные корреляции между психологическими нарушениями и социально-демографическими, клиническими характеристиками больных свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к ведению больных туберкулезом с обязательным включением психологической диагностики и коррекции в программу лечебно-реабилитационных мероприятий.

Бутаева Ш.М., Рустамкулова З.Ш., Камолзода К.И.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА СРЕДИ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Центр симуляционного обучения, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить причины возникновения инсульта у мужчин и женщин молодого возраста.

Материал и методы. В данной работе исследованы результаты обследования 300 больных с ишемическим и геморрагическим инсультом, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении №2 НМЦ «Шифобахш» за период с 2021 по 2026 гг. Среди 300 человек обследованных больных было 180 мужчин (60%) и 120 женщин (40%) в возрасте от 25 до 40 лет.

Результаты исследования. При исследовании выявлено, что основным фактором развития инсульта у наблюдаемых больных явились сердечно-сосудистая патология, аневризмы сосудов головного мозга, атеросклероз, сахарный диабет, курение, психоэмоциональное напряжение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем и ожирение. Наиболее частыми причинами развития ишемического инсульта среди больных явились артериальная гипертензия (57,8%), кардиальная патология (16,9%), атеросклероз (20%) патология МАГ (5,3%). Основными причинами геморрагического инсульта в молодом возрасте были артериальная гипертензия (54,1%), атеросклероз (15,6%), аневризмы сосудов головного мозга (25,1%) и артериовенозные мальформации (5,2%).

Выводы. Результаты исследований показали, что ведущими этиологическими факторами ишемического и геморрагического инсульта среди больных молодого возраста являются артериальная гипертензия, кардиальная патология, аневризмы сосудов, атеросклероз, патология МАГ, курение и ожирение.

Вайсов А.Т., Бедилзода Х.А., Муродова М.А.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ И ВЫРАЖЕННОЙ АЗОТЕМИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Кароматова Т.И.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности течения геморрагического васкулита у пациентов с тяжёлым почечным синдромом.

Материал и методы. Поражение почек является наиболее прогностически значимым проявлением геморрагического васкулита, определяющим инвалидизацию и выживаемость пациентов. Особое внимание заслуживает группа больных с критическим снижением функции почек. В исследование включено 50 пациентов с верифицированным диагнозом «геморрагический васкулит». Основная группа: 30 пациентов (60%) с тяжёлым поражением почек и уровнем креатинина сыворотки крови выше 300 мкмоль/л. Группа сравнения: 20 пациентов (40%) с сохранной или умеренно сниженной функцией почек. Ключевые аспекты анализа: Оценка функции почек: расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и мониторинг азотистого обмена. Клинические проявления: сопоставление тяжести кожного, суставного и абдоминального синдромов с выраженностью азотемии.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что у пациентов основной группы (азотемия > 300 мкмоль/л) клиническое течение характеризовалось следующими особенностями: синдромальная структура. У 86% пациентов основной группы отмечалось сочетание нефротического и нефритического синдромов. Частота развития макрогематурии была в 2,4 раза выше, чем в группе сравнения. Внепочечные проявления: у больных с выраженной азотемией достоверно чаще наблюдалась стойкая абдоминалгия (72%) и рецидивирующая кожная пурпура с некротическими элементами (45%), что свидетельствует о высокой системной активности процесса. Артериальная гипертензия: в основной группе превалировала неконтролируемая артериальная гипертензия (среднее АД 165/100 мм рт. ст.), требующая назначения трёх и более гипотензивных препаратов. Лабораторные маркеры: выявлена прямая корреляционная связь между уровнем креатинина и активностью С-реактивного белка ($r=0,68$), а также степенью гипоальбуминемии.

Вывод. Выраженная азотемия при геморрагическом васкулите является маркером агрессивного течения заболевания, часто протекающего по типу быстро прогрессирующего гломерулонефрита. Тяжёлое поражение почек тесно коррелирует с интенсивностью кожных и абдоминальных проявлений, что требует максимально ранней агрессивной иммуносупрессивной терапии. Пациенты с уровнем креатинина выше 300 мкмоль/л представляют группу высокого риска по формированию терминальной почечной недостаточности в течение первого года наблюдения.

Вахидова А.П., Джураева Ф.Д., Холматов З.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Хакимова З.Ф.

Цель исследования. Оценить клиническое течение кори у детей младшего возраста.

Материал и методы. Был проведён анализ 25 историй болезни больных детей, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице города Душанбе за период 2025 года. Диагноз кори был установлен на основании клинико-лабораторных данных. При клиническом обследовании и оценки тяжести состояния больных учитывали следующие показатели: продолжительность лихорадки, наличие катарального симптома, характер и этапность сыпи. При лабораторном обследовании учитывали данные гемограммы, ИФА с выявлением IgM к вирусу кори. При выявлении поражения дыхательной системы всем больным проведена рентгенография органов грудной клетки. Эпидемиологический анализ проводился по следующим критериям: сезонность, наличие вакцинации и половая принадлежность.

Результаты исследования. Из общего количества поступивших больных детей девочек было 18 (72%), мальчиков 7 (28%), городских жителей было 16 (64%), сельских - 9 (36%). Возраст детей был от 1 года до 5 лет, в среднем колебался от $2,5 \pm 1,5$ лет. Заболевание регистрировалось в весенний период. Среди поступивших больных вакцинированных было 7 детей, остальные дети вакцинацию не получали. Все больные в зависимости от степени тяжести течения заболевания были распределены в 2 группы. Среднетяжёлое течение болезни было выявлено у 10 детей (40%), тяжёлое течение болезни наблюдалось у 15 детей (60%). В группе больных со среднетяжёлым течением заболевание началось остро с повышением температуры тела до 38°C, с умеренными симптомами интоксикации и катарального синдрома. У всех больных выраженность катарального симптома была умеренной, проявлялась конъюнктивитом, ринореей и влажным кашлем, у 1 больного выявлен синдром секреторной диареи. Продолжительность катарального периода была 2-3 дня. Симптом Бельского Филатова был выявлен у всех больных. Период высыпания характеризовался проявлением макуло-папулёзной сыпи, которая была выявлена у всех больных и начиналась за ушами, лицо и тело. Сыпь была не обильная и не имела тенденцию к слиянию. В периоде высыпания были отмечены бактериальные осложнения: бронхит был выявлен у 7 больных, пневмония наблюдалась у 3 больных. В группе больных с тяжёлым течением болезни у 15 больных (60%) заболевание характеризовалось острым началом с более выраженными симптомами интоксикации и катарального симптома. Длительность катарального симптома была 4-5 дней. Сыпь появилась у всех больных, была обильнее и имела тенденцию к слиянию. В данной группе пневмония была выявлена у 12 больных (80%), имела тяжёлое течение с развитием дыхательной недостаточности. Явление бронхита было выявлено у 3 (20%) больных. Все больные получали противовирусную терапию (виферон), дезинтоксикационную те-

рапию и антибиотики. При развитии пневмонии с дыхательной недостаточностью назначались также гормоны и оксигенотерапия. Улучшение состояния наблюдалось на 7-10 день болезни.

Вывод. Таким образом, корь у детей младшего возраста имеет тяжёлое течение с частым развитием пневмонии с дыхательной недостаточностью, что требует своевременного лечения.

Vohidova A.P., Karimova U.M., Kholova Z.D.

CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF DIPYLIDIOSIS IN CHILDREN: SPECIFIC ASPECTS

Department of Infectious Diseases, Avicenna Tajik State Medical University Tajikistan

Scientific Advisor – Doctor of Medical Sciences, Professor E.R. Rakhmanov

Objective. To study the specific aspects of the clinical course of dipylidiosis in children and to evaluate the efficacy of various antiparasitic therapy regimens in pediatric practice.

Materials and Methods. A retrospective analysis was conducted of 48 medical records of children with a confirmed diagnosis of "Dipylidiosis" who were hospitalized at the Infectious Diseases Clinic in Dushanbe between 2020 and 2026. The patients' ages ranged from 4 to 14 years. The diagnosis was confirmed based on: clinical and epidemiological data (history of contact with dogs and cats); microscopic stool examination (direct smear, concentration methods); detection of parasite proglottids in feces or on underwear; complete blood count with eosinophil level assessment; and measurement of non-specific IgE levels in blood serum. Patients were divided into two therapeutic groups: 26 children (54.2%) received the anthelmintic drug praziquantel as a single dose according to age-specific dosage; 22 children (45.8%) received niclosamide according to the standard regimen. Treatment efficacy was monitored through triple parasitological stool examination.

Results. It was found that the disease was most frequently recorded in children of primary school age – 30 cases (62.5%), which is associated with close contact with domestic animals and insufficient hygiene skills. According to history data, contact with cats or dogs was reported by 25 patients (52.1%). The clinical picture of dipylidiosis was characterized predominantly by gastrointestinal manifestations. The most common symptoms in children were: diarrhea – in 44 children (91.7%); abdominal pain – in 38 (79.2%); decreased appetite – in 29 (60.4%); irritability and sleep disturbances – in 21 (43.7%). Weight loss was observed in 18 children (37.5%). In 22 cases (45.8%), children were bothered by perianal itching. Eosinophilia was detected in 32 patients (66.7%), and elevated IgE levels in 23 (47.9%). Allergic manifestations (urticaria) were observed in 16 children (33.3%). Comparative analysis showed that niclosamide demonstrated higher efficacy: absence of relapse was noted in 20 children (90.9%) in this group. In the praziquantel group, relapse was registered in 5 patients (19.2%). Both drugs were generally well-tolerated; adverse reactions were transient and did not require treatment discontinuation.

Conclusions. Dipylidiosis in children is characterized predominantly by dyspeptic syndrome combined with allergic manifestations and pronounced eosinophilia. The most vulnerable group is preschool children who have close contact with domestic animals. Niclosamide showed higher clinical efficacy compared to praziquantel. For disease prevention, deworming of domestic animals, adherence to personal hygiene rules, and health education among parents are necessary.

Вохидова А.П., Рахмонов Дж.Э., Шарифходжаев Б.И.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ГЕПАТИТА “В” ПО МАТЕРИАЛАМ ГКИБ Г. ДУШАНБЕ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры Цой В.Н.

Цель исследования. Дать характеристику эпидемиологических особенностей и клинических проявлений острого гепатита В.

Материал и методы. Изучены данные историй болезни пациентов, госпитализированных в ГКИБ г. Душанбе в 2025 году с диагнозом «Острый гепатит В». Диагноз во всех случаях подтверждался стандартными методами исследования: ИФА на маркеры вирусных гепатитов А, В, С; биохимическим исследованием крови; УЗИ органов брюшной полости.

Результаты исследования. По данным отчётной документации за 2025 год, в ГКИБ было госпитализировано 9 пациентов с диагнозом «острый гепатит В»: 5 мужчин и 4 женщины. Возраст пациентов варьировал от 21 до 67 лет (21, 29, 32, 33, 47, 48, 54, 59, 67 лет). Жителями г. Душанбе являлись 3 пациента, РРП - 4, по 1 пациенту - из Хатлонской области и ГБАО. Из эпидемиологического анамнеза установлено, что 3 пациента находились в трудовой миграции в Российской Федерации (2 из них получали стоматологическое лечение), 2 - перенесли оперативное вмешательство, 1 - получал стационарное лечение, 1 - получал внутривенные инъекции в домашних условиях, у 2 пациентов путь инфицирования установить не удалось. Продолжительность инкубационного периода с момента возможного инфицирования составила 3-5 месяцев. На момент госпитализации пациенты предъявляли жалобы на общую слабость (100%), тошноту (100%), иктеричность склер (100%), потемнение мочи (77,8%), снижение аппетита (88,9%), рвоту (77,8%), обесцвечивание кала (33,3%), дискомфорт в правом подреберье (77,8%). По данным анамнеза заболевания, у большинства пациентов дебют характеризовался диспепсическим и астеновегетативным синдромами. Продолжительность преджелтушного периода составила $6,7 \pm 1,2$ дней. Длительность заболевания до поступления в стационар составила 5-20 дней, в среднем $12,6 \pm 2,0$. У всех пациентов заболевание протекало в среднетяжёлой форме. Клиническая картина характеризовалась типичными проявлениями и цикличностью течения. Продолжительность желтушного периода составила 16-42 дней, в среднем $23,1 \pm 3,2$. По данным лабораторных исследований, HBsAg выявлялся у всех пациентов. Отмечалось повышение уровня общего билирубина до $121,1 \pm 19,2$ мкмоль/л, преимущественно за счёт

прямой фракции, увеличения активности АлТ в 7-11 раз, АсТ - в 4-6 раз. По данным ультразвукового исследования печени и желчного пузыря выявлены гепатомегалия и признаки перихолецистита. Продолжительность стационарного лечения составила 10-27 дней, в среднем $15,9 \pm 2,6$. Все пациенты получали стандартную терапию в соответствии с утверждённым протоколом лечения вирусного гепатита В. Выписаны в удовлетворительном состоянии, для дальнейшего наблюдения врачом по месту жительства.

Вывод. Острый гепатит В характеризовался типичным течением и преобладанием среднетяжёлых форм у лиц трудоспособного возраста. Инфицирование преимущественно было связано с парентеральными факторами риска. Позднее обращение пациентов свидетельствует о сохраняющихся проблемах своевременной диагностики заболевания.

Гадойбоев М.Р., Рахмонов Дж.Э.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭПИЗООТОЛОГИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию и эпизоотологию сибирской язвы в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы. материалом для проведения настоящего исследования послужили данные Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ветеринарии за период 2014-2024 гг.

Результаты исследования. В Таджикистане в период с 2000 по 2023 годы зарегистрировано 235 случаев сибирской язвы у животных и 1647 у людей, из которых 98,9% приходится на кожную форму. Основные очаги выявлены: в РРП (110 случаев у животных и 644 у людей), в Хатлонской области (80 случаев у животных и 832 у людей), в Согдийской области (25 случаев у животных и 77 у людей) и в ГБАО инфекция встречалась реже (2 случая у животных и 15 у людей). В Республике Таджикистан в исследуемый период было выявлено 207 эпизоотических очагов сибирской язвы с 235 случаями заболевания животных, из них 82,55% случаев - среди крупного рогатого скота, 16,59% - среди мелкого рогатого скота и 0,85% - среди лошадей. Наибольшее количество очагов зарегистрировано в РРП (91 очагов), Хатлонской области (75 очагов) и наименьшее отмечено в Согдийской области (15 очагов). Также зафиксировано 17 случаев обнаружения спор *Bacillus anthracis* в почве. Из 365 захоронений сибирской язвы в Таджикистане только 172 (27,08%) имеют паспорта и ограждения, а 242 (38,11%) остаются неустановленными. Анализ динамики заболеваемости свидетельствует о сезонном характере и зависимости от климата: летом (июнь- август при температуре воздуха 29°C 3-15 мм осадков) зафиксировано 70 случаев среди животных и 498 среди людей, что обусловлено активацией спор *Bacillus anthracis*. Зимой (при температуре воздуха $2-4^{\circ}\text{C}$, до 90 мм осадков) инфекция подавляется, а весной (температуры воздуха $10-20^{\circ}\text{C}$ начинается рост заболевания из-за пастбищного сезона. Из 197 проб от сельскохозяйственных животных у 62 образцов (31,47%) при окраске по методам Рибигера и Рамановского Гимзе обнаружено наличие капсулированных бацилл, идентифицированных как *Bacillus anthracis*. При посеве 62 образцов на (МПА) и (МПБ) было выделено 62 культуры и подтверждена их патогенность методом биопробы. Из 295 почвенных проб, полученных из глубины 5-55 см *Bacillus anthracis* было обнаружено в 11 образцах (3,72%). При исследовании 50 проба шкур и обрезанных ушей КРС методом преципитации по Асколи холодным способом выявлено 28 (56%) положительных результатов, у остальных 22 (44%) образцов шкур обнаружены отрицательные результаты. Исследование горячим способом 73 выросших культур подтвердило положительные реакции в 100% случаев, что подчёркивает диагностическую ценность метода.

Выводы. Территория Республики Таджикистан (особенно РРП и Хатлонская область) характеризуется сохраняющейся активностью природных очагов сибирской язвы. Низкий процент паспортизации и ограждения мест захоронения павших животных (менее 30%) является ключевым фактором риска выноса инфекции на поверхность. Подтверждено, что жизнеспособные споры сохраняются в почве на значительной глубине (до 55 см), а их активация напрямую зависит от повышения температуры воздуха и начала выпаса скота. Сочетание классических методов окраски (по Рибигеру) и метода преципитации по Асколи (горячий способ) сохраняет высокую диагностическую ценность для оперативного выявления возбудителя.

Гадойбоев М.Р., Фозилбекова С.Р., Саторов С.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Рахмонов Э.Р.

Цель исследования. Оценить спектр и тяжесть осложнений коревой инфекции у госпитализированных детей в зависимости от их вакцинального статуса и возраста.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 64 верифицированных (ИФА IgM+) случаев кори у детей (от 1 мес. до 18 лет), пролеченных в инфекционном стационаре г. Душанбе (2024–2025 гг.). Диагностический комплекс включал цифровую рентгенографию и компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки (у 35% пациентов).

Результаты исследования. Установлено доминирование детей первых двух лет жизни - 59,4% (n=38). Среди всех заболевших 100% были не вакцинированы, при этом в 48% случаев причиной отсутствия иммунизации был возраст до 12 месяцев. Поражение дыхательной системы зафиксировано в 92% случаев. Пневмония верифицирована у 81,2% детей. Особую настороженность вызывают обтурационные ателектазы лёгких

(21,8%), развивающиеся преимущественно у детей до 3 лет на фоне анатомических особенностей бронхиального дерева и гиперкринии. Зафиксировано 3 летальных случая (4,6%) вследствие тотальных ателектазов, осложнившихся прогрессирующей дыхательной недостаточностью и присоединением резистентной госпитальной флоры. В структуре осложнений выявлены отиты (18,7%), поражения мочевыделительной системы (12,5%) и энцефалопатии (6,2%). КТ продемонстрировала преимущество перед рентгенографией в выявлении сегментарных ателектазов и интерстициальных изменений на ранних этапах.

Выводы. Корь в современных условиях сохраняет статус агрессивной инфекции с высокой частотой госпитализации. Выявлена прямая корреляция между отсутствием вакцинации и развитием деструктивных поражений лёгких. Ателектаз лёгких является наиболее грозным прогностическим признаком у детей раннего возраста, требующим немедленной инструментальной верификации (КТ) и агрессивной тактики респираторной поддержки. Необходим поиск путей защиты детей до 12 месяцев в очагах инфекции (рассмотрение вопроса о «нулевой» дозе вакцины).

Гадоибоев М.Р., Чоршанбиева Х.М., Хайдарова П.Ф.

РОЛЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ФОРМИРОВАНИИ АТИПИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Рахмонов Э.Р.

Цель исследования. Изучить влияние длительности догоспитального периода на частоту развития атипичных осложнений при вирусном гепатите А у детей.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 57 случаев острого ВГА у детей, госпитализированных в Городскую клиническую инфекционную больницу (г. Душанбе) в течение 2025 года. Гендерный профиль: 32 девочки (56,1%) и 25 мальчиков (43,9%). Возрастной ценз: до 3 лет - 6 детей, 3 - 5 лет - 10,5 - 13 лет - 40, старше 13 лет - 1 ребёнок. Все пациенты до момента поступления в стационар находились в домашних условиях в течение 4–10 суток от начала заболевания, не получая адекватной этиопатогенетической терапии.

Результаты исследования. Большинство заболевших - жители городской черты (33 пациента; 57,9%), жители сельской местности составили 42,1% (24 пациента). Установлено, что длительное пребывание больных в домашних условиях (более 4-х суток) способствовало декомпенсации печёночных функций. Асцит был диагностирован у детей в возрастной группе 3–5 лет, что мы связываем с повышенной проницаемостью микроциркуляторного русла и гипотальбуминемией на фоне затяжного догоспитального периода. Полисерозит у 2-х девочек зафиксирован в сочетании с развитием асцита и плеврита. Данные клинической формы протекали с выраженным интоксикационным синдромом и требовали расширенной инфузионно-детоксикационной терапии. Эффективность стационара, несмотря на тяжесть при поступлении, комплексная терапия в условиях специализированной клиники позволила купировать осложнения в сроки от 4 до 10 койко-дней.

Вывод. Клинический опыт 2025 года показывает, что несвоевременная госпитализация (позже 4-х суток болезни) является триггером развития отёчно-асцитического синдрома при ВГА у детей. Городская клиническая инфекционная больница г. Душанбе в 2025 году столкнулась с ростом атипичных форм ВГА (асцит, плеврит) у дошкольников, что требует внедрения обязательного УЗИ-скрининга серозных полостей при поступлении. Необходимо усилить санитарно-просветительскую работу среди городского населения для сокращения сроков самолечения на дому.

Гарибмамадова Ш.Л., Чориев А.А., Курбанова Б.Ш.

ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Изучить и проанализировать часто выявляемые заболевания среди лиц подросткового возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в отделении семейной медицины Центра здоровья района Рудаки с января по июнь 2025 года. Были обследованы 400 подростков в возрасте от 15 до 17 лет, из них юношей – 200 и 200 девушек. Все подростки прошли общий осмотр у хирурга, травматолога-ортопеда, офтальмолога, невролога, уролога и эндокринолога. Также были проведены лабораторные и инструментальные исследования, такие как общий анализ крови, мочи, кала и флюорография.

Результаты исследования. В ходе обследования у 400 подростков были выявлены различные отклонения в состоянии здоровья. Полностью здоровыми признаны 248 (62%) подростков. У 152 (38%) подростков отмечены различные заболевания и функциональные нарушения. Наиболее часто выявляемыми заболеваниями стали: нарушения осанки и заболевания опорно-двигательного аппарата – у 72 (18%) подростков, чаще у юношей (сколиоз, плоскостопие); заболевания органов зрения – у 56 человек (14%), преимущественно миопия лёгкой степени; неврологические расстройства (вегетативная дистония, головные боли напряжения) – у 28 (7%) подростков; заболевания эндокринной системы (в основном избыточная масса тела и начальные проявления ожирения) – у 20 подростков (5%); заболевания мочеполовой системы – у 12 (3%) обследуемых (чаще у юношей было диагностировано варикоцеле).

Выводы. Наиболее часто выявляемыми патологиями у девочек стали заболевания эндокринной системы и нарушения зрения, а у юношей – нарушения осанки и заболевания опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие), и заболевания мочеполовой системы (варикоцеле). Полученные результаты подтверждают необходимость разработки мер по укреплению здоровья подросткового контингента.

Гафоров А.А.
ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан

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

Цель исследования. Изучить особенности гормонального профиля у пациентов с андрогенетической алопецией.

Материал и методы. В период с 2022 по 2024 гг. обследовано 115 пациентов с андрогенетической алопецией (АГА), обратившихся для проведения процедуры микрографтинга. Возраст пациентов составил 25–60 лет. Мужчины составили 75,7% (87 человек), женщины – 24,3% (28 человек). Среди обследованных лица молодого возраста составили 37,9% (33 пациента), среднего возраста – 62,1% (54 пациента). Средняя длительность заболевания составила $3,5 \pm 3,2$ года. Тяжесть АГА оценивали у мужчин по классификации Hamilton–Norwood, у женщин – по шкале Ludwig. Определяли уровни общего и свободного тестостерона, дигидротестостерона (ДГТ), глобулина, связывающего половые гормоны (SHBG), пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4). У женщин дополнительно определяли уровни ДГЭА-S, 17-ОН-прогестерона и эстрадиола. Забор крови проводился утром натощак.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что нарушения гормонального фона выявлены у 19 из 115 пациентов (16,5%). Среди мужчин гормональные нарушения выявлены у 9 из 87 пациентов (10,3%). В группе молодого возраста (25–35 лет) эндокринные изменения выявлены у 3 пациентов (7,7%), при этом наиболее часто отмечалось повышение уровня свободного тестостерона до $23,6 \pm 4,2$ пг/мл и дигидротестостерона до $1,07 \pm 0,24$ нг/мл на фоне умеренного снижения SHBG ($28,1 \pm 5,7$ нмоль/л). В группе среднего возраста (36–50 лет) гормональные нарушения выявлены у 4 пациентов (11,4%). Для данной возрастной группы было характерно более выраженное повышение уровня ДГТ ($1,18 \pm 0,27$ нг/мл) и свободного тестостерона ($24,5 \pm 4,8$ пг/мл) при снижении SHBG до $26,3 \pm 5,4$ нмоль/л. У части пациентов отмечалось умеренное повышение пролактина ($281,6 \pm 59,4$ мМЕ/л). В группе старшего возраста (51–60 лет) гормональные изменения выявлены у 2 пациентов (12,5%). У этих пациентов наблюдалось повышение пролактина ($298,3 \pm 63,7$ мМЕ/л) и тенденция к увеличению уровня ТТГ ($2,9 \pm 0,8$ мМЕ/л). При этом уровень общего тестостерона в большинстве случаев оставался в пределах физиологических значений ($18,4 \pm 3,2$ нмоль/л).

У женщин гормональные нарушения выявлены значительно чаще – у 10 из 28 пациенток (35,7%). В группе молодого возраста (25–35 лет) гормональные изменения отмечены у 3 пациенток (27,3%) и проявлялись повышением свободного тестостерона ($2,9 \pm 0,6$ пг/мл) и умеренным увеличением уровня ДГЭА-S ($248,7 \pm 58,4$ мкг/дл). В группе 36–50 лет гормональные нарушения выявлены у 5 пациенток (41,7%). Основными изменениями являлись повышение свободного тестостерона ($3,2 \pm 0,8$ пг/мл), увеличение уровня ДГТ ($0,38 \pm 0,09$ нг/мл) и снижение SHBG ($55,4 \pm 10,1$ нмоль/л). В группе старшего возраста (51–60 лет) эндокринные нарушения выявлены у 2 пациенток (40,0%) и сопровождались снижением уровня эстрадиола ($65,8 \pm 17,6$ пг/мл) и повышением пролактина ($336,5 \pm 82,4$ мМЕ/л).

Вывод. Гормональные нарушения при андрогенетической алопеции выявляются у 16,5% пациентов, чаще у женщин (35,7%) и с увеличением возраста, тогда как у большинства больных заболевание развивается при нормальном гормональном фоне.

Гафоров А.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФОНОФЕРЕЗА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ МИКРОГРАФТИНГА ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Таджикистан

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

Цель исследования. Оценить эффективность применения ультрафонофореза с пентоксифиллином на этапе подготовки к микрографтингу у пациентов с андрогенетической алопецией.

Материал и методы. С 2022 по 2024 гг. обследовано 115 пациентов с андрогенетической алопецией в возрасте 25–60 лет. Мужчины составили 75,7% (87 человек), женщины – 24,3% (28 человек). Длительность заболевания составила $3,5 \pm 3,2$ года. Все пациенты на этапе подготовки к микрографтингу получали PRP-терапию. Больные были разделены на две группы: основную (58 пациентов), которым после PRP проводили ультрафонофорез с пентоксифиллином, и группу сравнения (57 пациентов), получавших стандартную подготовку без ультрафонофореза. Ультрафонофорез проводился ультразвуковыми колебаниями, мощностью $0,8–2$ Вт/см² в течение 3–5 минут на одну зону курсом 10 процедур с повторением через месяц. Эффективность лечения оценивали по данным лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) и трихоскопии до лечения, через 10 дней, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты исследования. До лечения показатель микроциркуляции (ПМ) у пациентов основной группы составлял $3,26 \pm 0,3$ перф.ед., что значительно ниже контрольных значений ($5,18 \pm 1,2$ перф.ед.). После курса ультрафонофореза ПМ увеличился до $4,82 \pm 0,3$ перф.ед., индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ) повысился до $1,2 \pm 0,01\%$, а резерв капиллярного кровотока (РКК) достиг $200 \pm 1,3\%$, что свидетельствовало о выраженном улучшении тканевой перфузии и восстановлении миогенных механизмов регуляции кровотока. Через 10 дней после микрографтинга показатели микроциркуляции сохраняли положительную динамику: ПМ составил $4,91 \pm 0,3$ перф.ед., ИЭМ – $1,3 \pm 0,01$, РКК – $202 \pm 1,3\%$, что практически соответствовало физиологиче-

ским значениям. В группе сравнения показатели микроциркуляции оставались ниже, а у части пациентов сохранялись признаки спастического и застойно-стазического типов микроциркуляции.

По данным трихоскопии, через 6 месяцев после микрографтинга в основной группе плотность волос в теменной области достигала 62–68 волос/см², соотношение терминальных и vellusоподобных волос составляло 3,5:1, а доля волос в фазе анагена увеличивалась до 68–72%. В группе сравнения плотность волос составляла 50–55 волос/см², соотношение терминальных и vellusоподобных волос - 2,1:1, а доля анагеновых волос — 58–62%.

Через 12 месяцев в основной группе плотность волос увеличивалась до 75–82 волос/см², соотношение терминальных и vellusоподобных волос достигало 4,5–5:1, а доля анагеновых волос - 78–82%, тогда как в группе сравнения эти показатели составляли соответственно 60–65 волос/см², 2,5–3:1 и 65–68%.

Вывод. Включение ультрафонофореза с пентоксифиллином в комплексную предоперационную подготовку пациентов с андрогенетической алопецией способствует улучшению микроциркуляции кожи волосистой части головы, повышает жизнеспособность трансплантируемых фолликулов и обеспечивает более высокую плотность и качество роста волос после микрографтинга.

Гафорова Н.Б.

СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

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

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

Цель исследования. Определить распространенность сопутствующей патологии у госпитализированных пациентов с язвенным колитом (ЯК).

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 27 лиц с ЯК, старше 18 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГМЦ №2 и имеющих период непрерывного наблюдения 12 мес.

Результаты исследования. Средний возраст отобранной популяции составил 43,2±1,7 года. По результатам анализа выявлена следующая распространенность сопутствующей патологии: сердечно-сосудистой – 19,4%, желудочно-кишечной – 91%, нефрологической – 4,5%, эндокринной – 4,5%, органов дыхания – 0%, онкологической – 1,5%.

Среди сердечно-сосудистых заболеваний нозологическая структура представлена следующим образом (в порядке убывания встречаемости): гипертоническая болезнь (84,6%), ишемическая болезнь сердца (30,7%), инфаркт миокарда в анамнезе (30,7%), хроническая сердечная недостаточность (30,7%); патология желудочно-кишечного тракта – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (52,4%), язвенная болезнь (5%), неалкогольная жировая болезнь печени (31,1%), панкреатит (47,5%); заболевания мочевыводящей системы – мочекаменная болезнь (100%); эндокринологическая патология – сахарный диабет (100%).

Отдельно оценена частота коморбидной патологии у пациентов с ЯК. Доля лиц с отсутствием сопутствующих нозологий составила 25,4%, с наличием одной коморбидной патологии – 25,4%, с двумя – 29,8%, тремя и более – 19,4%.

Выводы. Полученные данные показали, что у пациентов с ЯК преобладающая частота коморбидной патологии – 2 нозологических единицы (29,8%), при этом подавляющее число сопутствующих заболеваний регистрируется в системе желудочно-кишечного тракта (91%), на втором месте – сердечно-сосудистой системы (19,4%).

Гафурова С.К., Исакова Ш., Юлдошева М.У.

ОЦЕНКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПО ШКАЛЕ ТАНЕРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель исследования. Оценка частоты задержки полового созревания и клинических факторов, ассоциированных с её развитием, у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ данных 30 пациентов, в возрасте от 10 до 18 лет, госпитализированных в детское эндокринологическое отделение ГМЦ №1 в 2025 году с диагнозом СД1. В анализ включены следующие параметры: возраст, пол, антропометрические данные (рост, масса тела, ИМТ), стаж заболевания, наличие диабетических осложнений (ангиопатия, полинейропатия, эпизоды кетоацидоза), стадии полового развития по шкале Танера: у девочек - развитие молочных желёз (В) и лобкового оволосения (R); у мальчиков - развитие гениталий (G) и лобкового оволосения (R). Для оценки соответствия использовались клинические критерии: у девочек: задержка — сохранение В1 после 13 лет; у мальчиков: задержка - сохранение G1 после 14 лет; преждевременное развитие - В2 < 8 лет (девочки), G2 < 9 лет (мальчики).

Результаты исследования. В ходе анализа историй болезни 30 пациентов: девочек было 18 (60%), мальчиков - 12 (40%). Средний возраст группы составил: 13,7 ± 2,3 года. Средний стаж СД1 - 4,7 года, варьировал от нескольких месяцев до 10 лет. Диабетические осложнения выявлены у большинства пациентов: ангиопатия - у 23 (76,6%), полинейропатия - у 11 (36,6%), эпизоды кетоацидоза - у 14 (46,6%) детей.

При оценке полового развития Стадии Танера: по соответствию возраста отмечено у 27 из 30 детей (90%). Задержка полового развития выявлена у 2 пациентов (6,7%): 1 девочка 14 лет, имеющая Tanner B1–R1 (отсутствие телархе); 1 мальчик 17 лет, у которого Tanner G3–R4, что недостаточно для возраста ≥16 лет. У

обоих пациентов с задержкой отмечались: длительный стаж СД1 (5-7 лет), наличие диабетических осложнений (ангиопатия, полинейропатия), в анамнезе - декомпенсации и эпизоды кетоацидоза. У пациентов без задержки полового развития стаж был короче, а спектр осложнений менее выражен.

Ускоренного или преждевременного полового созревания не выявлено ни в одном случае.

Исходя из полученных данных, риск замедления полового развития выше у пациентов: со стажем СД1 более 5 лет, имеющих хронические осложнения, с лабораторными или клиническими признаками декомпенсации.

Выводы.

1. Большинство детей с СД1 имеют нормальные темпы полового развития.
2. Частота задержки составила 6,7%, что согласуется с мировыми данными.
3. Факторами риска задержки являются: длительный стаж СД1, ангиопатия и полинейропатия, эпизоды кетоацидоза, вероятная хроническая декомпенсация.
4. Оценка стадий Танера должна проводиться регулярно для своевременного выявления нарушений пубертата и коррекции терапии.

Герасимчук Е.С.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И ФАКТОРЫ РИСКА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить распространённость депрессивных расстройств у родителей детей с РАС, выявить ключевые факторы риска и потребность в психологической поддержке. Психическое здоровье родителей непосредственно влияет на качество ухода и эффективность реабилитации, однако в Таджикистане эта проблема практически не изучена.

Материал и методы. 58 родителей (48 матерей, 10 отцов) детей с РАС из центра «Инсайт» (средний возраст $34,2 \pm 6,7$). Депрессия: BDI-II, стресс: PSI-SF, качество жизни: WHO-QOL-BREF. Факторы: социодемографические (возраст, образование, доход, семейное положение), тяжесть аутизма (CARS), социальная поддержка, длительность наблюдения. Корреляционный анализ Спирмена, множественная регрессия.

Результаты исследования. Депрессия по BDI-II у 44,8% (26 из 58): минимальная – 17,2%, умеренная – 27,6%, тяжёлая – 17,2%. Матери: BDI-II $19,4 \pm 9,8$ против $12,1 \pm 7,3$ у отцов ($p < 0,05$). PSI-SF: $98,4 \pm 18,7$ (значительно выше нормы). Предикторы: тяжесть аутизма ($r = 0,52$; $p < 0,01$), низкая социальная поддержка ($r = -0,48$; $p < 0,01$), низкий доход ($r = -0,39$; $p < 0,05$), отсутствие поддержки супруга ($r = -0,36$; $p < 0,05$). $R^2 = 0,47$. Только 19% с депрессией (5 из 26) обращались за помощью. Барьеры: стигматизация (62%), нехватка времени (54%), недоступность услуг (46%).

Выводы. Почти половина родителей детей с РАС страдает депрессией, большинство не получает помощи. Необходимо внедрение систематического скрининга психического здоровья родителей и обеспечение доступной психологической поддержки в рамках семейно-ориентированной помощи.

Гиёева Т.А., Сайфиева Н.М., Бодомова Н.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРИТРОСТИМУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность применения эритропоэзстимулирующих препаратов у пациентов с анемией хронических заболеваний.

Материал и методы. Исследование носило проспективный наблюдательный характер и проводилось на базе гематологического стационара. В исследование было включено 39 пациентов с диагностированной анемией хронических заболеваний, развившейся на фоне различных хронических патологий (хронические воспалительные заболевания, хроническая болезнь почек, ревматологические заболевания).

Среди обследованных пациентов было 22 женщины (56,4%) и 17 мужчин (43,6%). Средний возраст пациентов составил $52,8 \pm 11,6$ года. Для анализа пациенты были распределены по возрастным группам: 18–40 лет – 11 человек (28,2%), 41–60 лет – 15 человек (38,5%), старше 60 лет – 13 человек (33,3%).

В зависимости от применяемого препарата пациенты были разделены на две группы. Первая группа ($n = 20$) получала терапию эритропоэтин-альфа (ЭПЭ) в стандартной дозе подкожно 1–3 раза в неделю. Вторая группа ($n = 19$) получала дарбэпоэтин-альфа подкожно 1 раз в 1–2 недели. Продолжительность наблюдения составляла 4–6 недель.

До начала лечения и после завершения курса терапии всем пациентам проводилось лабораторное исследование, включавшее определение уровня гемоглобина (Hb), количества эритроцитов, гематокрита (Ht), среднего объема эритроцитов, а также уровня сывороточного ферритина и железа.

Результаты исследования. До начала терапии у всех пациентов отмечалась анемия умеренной степени тяжести. Средний уровень гемоглобина в общей группе составлял $89,3 \pm 6,5$ г/л. После проведения курса терапии эритропоэзстимулирующими препаратами наблюдалось достоверное повышение уровня гемоглобина до $108,7 \pm 7,2$ г/л, что свидетельствует о положительном эффекте проводимого лечения. Количество эритроцитов до начала терапии составляло в среднем $3,1 \pm 0,4 \times 10^{12}$ /л. После лечения этот показатель увеличился до $3,8 \pm$

$0,5 \times 10^{12}/л$. Аналогичная положительная динамика отмечалась и со стороны гематокрита: его значение повысилось с $28,4 \pm 3,1\%$ до $34,6 \pm 3,5\%$.

Было установлено, что в группе пациентов, получавших ЭПЭ, гемоглобин увеличился в среднем с $90,1 \pm 6,2$ г/л до $107,2 \pm 6,8$ г/л. В группе дарбэпоэтина-альфа увеличение гемоглобина более выраженным — с $88,4 \pm 6,7$ г/л до $110,3 \pm 7,1$ г/л. Наибольшая динамика повышения гемоглобина наблюдалась у пациентов в возрасте 41–60 лет. У пациентов старше 60 лет прирост показателей менее выраженным. Отмечалось повышение уровня ферритина и улучшение показателей железного обмена у большинства пациентов. Клинически у 82% пациентов наблюдалось уменьшение выраженности астенического синдрома, снижение жалоб на слабость, головокружение и быструю утомляемость.

Выводы. ЭПЭ препараты являются эффективным средством коррекции анемии хронических заболеваний.

2. Применение данных препаратов приводит к достоверному повышению уровня гемоглобина, эритроцитов и гематокрита через 4–6 недель терапии.

3. Дарбэпоэтин-альфа продемонстрировал более выраженное повышение уровня гемоглобина по сравнению с эритропоэтином-альфа.

4. Использование эритропоэзстимулирующих препаратов способствует улучшению клинического состояния пациентов и может рассматриваться как важный компонент комплексной терапии анемии хронических заболеваний.

Глухов Д.Р., Бедак А.С., Шуникова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра факультетской терапии им. проф. А.Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького
Минздрава России

Научный руководитель – д.м.н., доцент Моногарова Н.Е.

Цель исследования. Изучить клиническую картину и взаимосвязь между идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ) и коморбидной патологией. Среди всех сопутствующих заболеваний гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) может рассматриваться, как независимый фактор риска развития ИЛФ. Проанализировать дополнительные методы исследования для подтверждения данной коморбидности.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 37 пациентов с ИЛФ, среди которых 19 мужчин и 18 женщин в возрасте от 46 до 72 лет. Средний возраст $54,9 \pm 3,2$ лет. Длительность заболевания от 1,5 до 12 лет. Общеклиническое обследование больных предполагало максимально полный сбор жалоб, данных анамнеза и объективного исследования. Всем больным проводилась бодиплетизмография на спирометрической системе «Master Screen» с различными модулями. Диффузионную способность легких определяли с использованием модуля спирометрической системы («Viasys HealthCare GmbH», Германия), ФЭГДС с быстрым уреазным тестом (аппарат Olympus Gif-E3 (Olympus Medical systems Corporation, Япония)) и аэроионную pH-метрию желудочной секреции. Компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) проводилась на спиральном компьютерном томографе фирмы Phillips «Ingenuity» Нидерланды.

Результаты исследования. По данным КТ ОГК стадия «сотового легкого» наблюдалась у 24 больных, тракционные бронхоэктазы у 30 пациентов, уменьшение объема у 27. У 10 больных диагноз ИЛФ был подтвержден морфологически (паттерн обычная интерстициальная пневмония).

Из обследованных у 72% была диагностирована ГЭРБ. Основные симптомы: одышка, кашель, при этом выраженность сухого надсадного кашля с периодическими явлениями бронхоспазма наблюдалась больше у пациентов с коморбидной патологией ИЛФ+ГЭРБ в ночное время. У 10 обследованных с частотой 1 раз в неделю или чаще отмечалась изжога, у 8 пациентов (31%) гиперсаливация во время сна, у 11 больных (43%) тяжесть и/или дискомфорт в эпигастрии. При проведении ФГДС у подавляющего числа пациентов выявлена неэрозивная форма ГЭРБ, у 7,7% эрозивная класса А по Лос-Анджелесской классификации. При проведении бодиплетизмографии характерны рестриктивные нарушения легочной вентиляции: общая емкость легких (TLC), жизненная емкость легких (VC) и остаточного объема легких (RV). При изучении диффузионной способности легких показатель DLCO составил $46,5 \pm 3,9\%$. При коморбидной патологии $32,4 \pm 2,4\%$. По результатам аэроионной pH-метрии у 79% регистрировалась гиперацидность. Больным с коморбидной патологией к антифибротической терапии были добавлены антисекреторные препараты.

Выводы. Сочетание ИЛФ с ГЭРБ наблюдается у большинства больных легочным фиброзом, что обосновывает необходимость в дополнительных методах исследования, таких как ФГДС, pH-метрия и добавление к лечению антисекреторных препаратов.

Гончарова М.С., Шоева Ш.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИОЗСН И ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ МИГРЕНИ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель- старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность применения антидепрессантов между селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) и трициклическими антидепрессантами (ТЦА) при мигренозных атаках.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова с добровольного согласия пациентов, средний возраст которых составил 33,6 лет, более 53% составил женский пол. В первую группу вошли пациенты, которые принимали венлафаксин (СИОЗСН) в дозе 37,5 мг 2 раза в день, во вторую - пациенты принимающие амитриптилин (ТЦА) в дозе 25 мг 1 раз в день. Оценка проводилась по шкале BRS-6.

Результаты исследования. По результатам исследования обе группы препаратов (СИОЗСН и ТЦА) достоверно снижали количество дней с мигренью в месяц по сравнению с исходным уровнем. При этом СИОЗСН продемонстрировали небольшое, но статистически значимое преимущество в сокращении длительности мигренозных атак по сравнению с ТЦА. После 3 месяцев терапии в обеих группах наблюдалось значительное снижение интенсивности головной боли показателя по шкале BRS-6 ($p < 0,002$)

СИОЗСН характеризовались достоверно более низкой частотой нежелательных явлений по сравнению с ТЦА. В начале терапии наиболее частым побочным эффектом являлась бессонница, в более позднем периоде – ксеростомия.

Выводы. СИОЗСН и ТЦА обладают сопоставимой эффективностью в снижении частоты мигренозных атак. Оба класса препаратов достоверно уменьшают количество дней с мигренью в месяц, при этом СИОЗСН демонстрируют небольшое, но статистически значимое превосходство в уменьшении продолжительности мигренозных атак.

Профиль безопасности является ключевым преимуществом СИОЗСН. Достоверно более низкая частота нежелательных явлений делает СИОЗСН предпочтительным выбором с точки зрения переносимости и приверженности лечению, особенно при необходимости длительной терапии.

Выбор препарата требует персонализированного подхода. У пациентов с коморбидной депрессией СИОЗСН могут обеспечивать двойной эффект, воздействуя одновременно на аффективную патологию и головную боль. При выборе конкретного препарата следует учитывать профиль побочных эффектов, риск синдрома отмены и индивидуальную переносимость.

Гончарова М.С., Тагоев А.А., Розиков А.Н.

СОЦИАЛЬНАЯ СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ИНФЕКЦИОННОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ В ПРОГРАММЕ ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – ассистент Джобиров А.Р.

Цель исследования. Изучить уровень стигматизации и её основные признаки у пациентов с опиоидной зависимостью, которые получают опиоидную заместительную терапию (ОЗТ).

Материал и методы. Исследование проведено на базе сайта опиоидной заместительной терапии метадон (ОЗТМ) г. Душанбе. Обследованы 133 пациент с диагнозом по МКБ – 10 «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов». ВИЧ-инфекция выявлена у 34 пациентов, хронический вирусный гепатит С – у 97, туберкулёз легких – у 2 пациента. Было использовано клиническое интервью и анкетирование, уровень стигматизации оценивался с применением стандартизированных опросников.

Результаты исследования. Высокий уровень стигматизации выявлен у 92 пациентов (69,2%). Внутренняя стигматизация, проявлявшаяся чувством стыда и самообвинения, отмечалась у 78 пациентов (58,6%). Внешняя стигматизация в виде социальной изоляции и дискриминационного отношения со стороны окружения выявлена у 64 пациентов (48,1%).

Социальные ограничения, включая сокращение социальных контактов, трудовую дезадаптацию и отказ от обращения за медицинской помощью, отмечались у 73 пациентов (54,9%). Стигматизация негативно отражалась на участии пациентов в программах лечения и реабилитации, снижая из социальной активности и вовлеченность в терапевтический процесс.

Выводы. Социальная стигматизация широко распространена среди пациентов с опиоидной зависимостью, получающих ОЗТ, и проявляется как во внутренней, так и во внешней формах. Выраженность стигматизации сопровождается значимыми социальными ограничениями и снижением вовлеченности в лечебные и реабилитационные программы. Полученные данные подчёркивают необходимость систематического выявления стигматизации и внедрения социальных и реабилитационных интервенций в рамках программ ОЗТ.

Гончарова М.С., Раджабов А.Б., Одинаева Д.У.

СЕМЕЙНО-СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – ассистент Маликов Н.В.

Цель исследования. Изучить значимость семейных и социальных факторов в процессе приобщения молодых мужчин к употреблению алкоголя.

Материал и методы. В исследование были включены 150 мужчин в возрасте до 39 лет, обратившихся в поликлиническое отделение ГУ Республиканского клинического центра наркологии. Сбор данных осуществлялся с использованием структурированной анкеты, содержащей вопросы о факте и частоте употребления алкоголя, особенностях семейных установок, нормах поведения в ближайшем социальном окружении, а также обстоятельствах первого и последующего употребления спиртных напитков. В качестве зависимой переменной

рассматривался факт употребления алкоголя. Для анализа влияния совокупности факторов были построены логистические регрессионные модели.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал неоднородность алкогольного поведения среди обследованных. Минимальную долю составили лица, полностью воздерживающиеся от употребления алкоголя ($n=18$; 12,0%), преимущественно трудоустроенные либо воспитывавшиеся в семьях с выраженным антиалкогольным устоями.

У части респондентов, несмотря на отсутствие употребления алкоголя родителями, отмечалось начало употребления спиртных напитков в подростковом возрасте с последующим увеличением частоты ($n=21$; 14,0%), что может быть связано с особенностями подросткового возраста, для которого характерно подражание сверстникам. Включение в статистические модели фактора семейного поведения показало, что вероятность употребления алкоголя в подростковом возрасте была ниже в семьях, где алкоголь не употреблялся вообще ($n=23$; 15,3%), по сравнению с семьями, в которых спиртные напитки употреблялись хотя бы одним из членов ($n=29$; 19,3%).

Значительная часть опрошенных указывала на эпизодическое или регулярное употребление алкоголя в условиях пребывания в компаниях, на праздничных мероприятиях или вечеринках ($n=26$; 17,3%). Кроме того, 22,0% ($n=33$) респондентов связывали своё употребление алкоголя с факторами социальной нестабильности, такими как отсутствие постоянной занятости, низкий уровень дохода, а также повышенная эмоциональная возбудимость и нервно-психическое напряжение.

Выводы. Высокий уровень трезвеннических установок в семье ассоциируются с отказом от употребления алкоголя у некоторых молодых мужчин. Наличие употребления алкоголя у родителей повышает вероятность формирования у сыновей соответствующих поведенческих моделей и вовлечения в ситуации, способствующие употреблению спиртных напитков. Отсутствие алкогольного поведения в родительской семье снижает риск раннего приобщения к алкоголю, однако не исключает возможности эпизодического употребления, в том числе под влиянием сверстников в подростковом возрасте. Наиболее значимыми факторами уязвимости к употреблению алкоголя выступают социально-экономическая нестабильность.

Гурезов Н.Т., Джобирзода А.Б., Нуралиев Н.М.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПОЗИЦИОННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Изучить соотношение клинических, эмоциональных и когнитивных проявлений.

Материал и методы. Обследованы 22 пациента с ДППГ. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа - впервые возникшее ДППГ ($n = 15$); 2-я группа - рецидивирующее ДППГ ($n = 7$). Доказанным приступом считался идентичный эпизод головокружения, диагностированный врачом как ДППГ при проведении позиционных тестов и разрешившийся после проведения репозиционных маневров. Длительность эпизода болезни у пациентов с впервые возникшим ДППГ составляла $22,6 \pm 15,0$ дня, во второй группе - $18,0 \pm 11,0$ дня. Количество доказанных приступов в анамнезе во 2-й группе было в среднем 2,8 (один приступ ДППГ в анамнезе у четырёх человек; два и более - у троих). Использовались шкалы: шкала оценки головокружения (Dizziness Handicap Inventory, DHI; G. P. Jacobson, 1990), оценка страха по ВАШ (от 0 до 10 баллов), шкала симптомов вертиго (Vertigo Symptom Scale, VSS; L. Yardley, 1992), шкала депрессии (Patient Health Questionnaire, PHQ-9; R. Spitzer, 1999), шкала деперсонализации-дереализации (Depersonalization-Derealization Inventory, DDI; B. J. Cox, 2002), шкала оценки суммарного психосоциального стресса (SRRS; T. Holmes, R. Rahe, 1967).

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что больные двух групп были идентичны по возрасту, полу и длительности заболевания на момент исследования. Достоверные отличия выявлены по: • уровню страха в приступе ДППГ - во 2-й группе страх был достоверно выше ($8,4 \pm 1,9$), чем в 1-й группе ($5,4 \pm 3,2$); $p = 0,03$; • уровню дереализации в приступе ДППГ - во 2-й группе уровень был достоверно выше ($33,6 \pm 16,8$), чем в 1-й группе ($18,4 \pm 8,8$); $p = 0,01$; • уровню психосоциального стресса, измеренного после последнего приступа ДППГ - во 2-й группе уровень был достоверно выше ($255,6 \pm 129,6$), чем в 1-й группе ($131,1 \pm 65,9$); $p = 0,003$. По таким показателям, как уровни тревоги, депрессии, интенсивности головокружения, по шкалам DHI и VSS группы достоверно не отличались.

Выводы. Таким образом, предварительные данные по исследованию эмоционально-когнитивных характеристик пациентов с приступами вертиго показали, что при идентичном уровне головокружения при повторных приступах головокружения достоверно возрастает эмоционально-когнитивный компонент (страх и дереализация). Возможно, важную роль в этом играет нарастание уровня психосоциального стресса в группе пациентов с рецидивирующими приступами ДППГ, которое обнаружено в нашем исследовании. Однако для уточнения взаимосвязи между выявленными особенностями необходимо дальнейшее исследование с большим количеством пациентов.

Дементьева А.Д., Гарифжанова К.Р., Курбанова Л.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.

Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины ФПК и ПП ФБГОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бендерская Е.Ю.

Цель исследования. Изучить представленный клинический случай и эффективность применения генно-инженерной биологической терапии.

Материал и методы. В качестве материалов научной работы используются осмотры и дневниковые выписки из стационарной карты пациентки Я. (18 лет). Считала себя больной с декабря 2023 г, когда впервые появилась немотивированная выраженная общая слабость, тошнота, многократный жидкий стул с обильной примесью крови, боли в животе и повышение температуры тела до 38.0 С. 06.01.24г по экстренным показаниям госпитализирована в терапевтическое отделение Селтинской ЦРБ, установлен диагноз: ЖКК. Язвенный колит неуточненной этиологии. Анемия 3 ст. В связи с тяжестью состояния и отсутствием эффекта от лечения переведена в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», где находилась с 11.01.24г по 04.03.24г, установлен диагноз: язвенный колит, тотальное поражение, острое течение, тяжелая атака. Индекс Мейо 11 баллов. У пациентки была выявлена резистентность к глюкокортикостероидам, проведено ПЦР-исследование на цитомегаловирус – результат положительный, в качестве терапии ЦМВ назначен ганцикловир в дозировке 3 г/сут. В связи с гормональной резистентностью, тяжелой атакой язвенного колита, с учетом перенесенной НКВИ, принято решение о начале генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ): инфликсимаб 300мг из расчета на массу тела 60 кг согласно схеме индукции 0-2-6 недель с дальнейшим переводом на поддерживающую схему: 300мг каждые 8 недель. Настоящая госпитализация плановая с целью продолжения ГИБТ инфликсимабом 300мг каждые 4 недели. На фоне проводимого лечения достигнута легкая атака, индекс Мейо – 4. Также назначена терапия иммунодепрессантами – азатиоприн 100 мг. На фоне приема данного препарата отмечался выраженный агранулоцитоз, была диагностирована внебольничная двухсторонняя субтотальная пневмония, вызванная *pneumocystis jirovecii* (carinii), тяжелое течение. В связи с нарастанием ДН была переведена в ОАР, подключена к аппарату ИВЛ. По данным от 01.07.2024 динамика отрицательная: лейкоциты – $0.2 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин – 2 нг/мл, гипопроteinемия – 49 г/л, гипоальбуминемия – 25 г/л. Осложнения основного заболевания: агранулоцитоз, тромбоцитопения с кожным геморрагическим синдромом. Вторичный иммунодефицит. Острая дыхательная недостаточность 3 (ИВЛ). Двухсторонний гидроторакс. Гидроперикард. Отек легких. Вирусная микст – инфекция: CMV (ПЦР от 21.02.2024 $1.4-10 \times 3 \text{ коп/мл}$) + EBV (ПЦР 21.02.2024 $1.2-10 \times 2 \text{ коп/мл}$). Сепсис неуточненной этиологии. Полиорганная недостаточность (SOFA – 14 б). Несмотря на полноценную проводимую интенсивную терапию, состояние прогрессивно ухудшалось. 12.07.2024 констатируется биологическая смерть.

Результаты исследования. Применение ГИБТ у пациентки с тяжелой атакой язвенного колита и гормонорезистентностью позволило снизить активность заболевания, но высокая степень иммуносупрессии привела к летальным инфекционным осложнениям.

Выводы. Данный случай подчеркивает, что биологическая терапия требует не только строгого соблюдения протоколов индукции, но и непрерывного мультидисциплинарного мониторинга из-за риска развития вторичных инфекций и системных воспалительных реакций.

Дехконова Ф.А., Шарифбоев А.Х., Мусоева З.Б.,

ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Оценить связь фракции выброса левого желудочка с выраженностью когнитивных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью **на фоне** постинфарктного кардиосклероза.

Материал и методы. Обследовано 58 пациентов с хронической сердечной недостаточностью I–III функционального класса по классификации NYHA после перенесенного инфаркта миокарда (давность более 6 месяцев). Пациенты находились на стационарном лечении в отделении кардиологии ГУ «Городской медицинский центр №1 им. К. Ахмедова». Средний возраст пациентов составил 65 ± 5 лет. Всем больным выполнялась эхокардиография с определением фракции выброса левого желудочка методом Симпсона, **оценкой размеров камер сердца и параметров ремоделирования миокарда**. Когнитивные функции исследовали с использованием шкалы MMSE и теста рисования часов. В зависимости от величины ФВ пациенты были разделены на две группы: 1 группа – со сниженной ФВ ($<40\%$), 2 группа – с умеренно сниженной или сохраненной ФВ ($\geq 40\%$). Статистический анализ включал корреляционную оценку по Пирсону.

Результаты исследования. Когнитивные нарушения различной степени выраженности выявлены у 72% обследованных пациентов, что свидетельствует о высокой распространенности когнитивного дефицита среди больных с хронической сердечной недостаточностью после инфаркта миокарда. В группе со сниженной фракцией выброса средний показатель MMSE составил $22,8 \pm 2,5$ балла, что соответствовало умеренным когнитивным нарушениям. У пациентов с ФВ $\geq 40\%$ средний балл MMSE был достоверно выше и составил $25,9 \pm 2,0$ ($p < 0,05$). Проведенный корреляционный анализ выявил достоверную прямую связь между уровнем фракции выброса левого желудочка и когнитивными показателями ($r = 0,46$; $p < 0,05$). Более выраженный когнитивный

дефицит отмечался у пациентов с увеличением конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ) до $61,4 \pm 4,2$ мм по сравнению с пациентами второй группы ($55,2 \pm 3,8$ мм, $p < 0,05$), а также с увеличением объема левого предсердия ($42,6 \pm 5,1$ мл против $35,8 \pm 4,3$ мл, $p < 0,05$). Указанные изменения сопровождались признаками прогрессирующего ремоделирования миокарда и, вероятно, отражают влияние хронической церебральной гипоперфузии на когнитивные функции.

Выводы. Снижение фракции выброса левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне постинфарктного кардиосклероза связано с более выраженными когнитивными нарушениями.

Джабаров М. К., Нейматзода Д. Р., Салихова М. Х., Асламова М. М.

СВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ И АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Выявление взаимосвязи между уровнем гемоглобина (Нв), показателями коагулограммы и активности ревматоидного артрита (РА).

Материал и методы. Обследовано 78 больных с РА, с разной степенью активности и 10 здоровых субъектов. Средний возраст больных РА составил $43,05 \pm 1,04$ года, средняя продолжительность заболевания $8,91 \pm 0,78$ лет, продолжительность обострения в большинстве случаев составила 1-2 месяца. В первой группе больных (с уровнем гемоглобина менее 95 г/л) было 25 пациентов, во второй группе (уровень Нв в пределах 95-115 г/л) – 35 больных, в третьей группе (уровень Нв свыше 115 г/л) 18 больных. Для изучения роли свертывающей системы крови в патогенезе АХЗ исследовалась коагулограмма, включавшая, помимо рутинных тестов, определение уровня антитромбина III (АТ III), фибринолиза и индуцированной агрегации тромбоцитов у больных ревматоидным артритом (РА). Каждому обследованному проводилось 8 коагулографических тестов. Для дифференциальной диагностики АХЗ и ЖДА использовалось определение уровня сывороточного железа до и через 3 часа после приема внутрь 25 мг железа (2 таблетки ферроплекса) с последующим вычислением его прироста относительно исходного уровня.

Результаты исследования. У больных РА средний уровень активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) достигал $34,30 \pm 0,91$ сек в первой группе, во второй $35,91 \pm 0,83$ сек и $35,90 \pm 0,73$ сек в третьей. При проведении корреляционно-регрессионного анализа выявлена корреляция этого показателя с уровнем Нв, что свидетельствует об усилении процесса коагуляции, которое сопряжено со снижением этого показателя. Повышение уровня фибриногена обнаружено у больных РА в первой и второй группе ($4,54 \pm 0,88$ г/л и $3,98 \pm 0,24$ г/л), то есть при уровне Нв до 120 г/л, при увеличении этого показателя свыше 120 г/л уровень фибриногена снижался до $3,24 \pm 0,21$ г/л. Эти изменения носят, вероятно, компенсаторный характер в условиях перманентно протекающей гиперкоагуляционной фазы ДВС-синдрома. Практически у всех больных обнаружен повышенный уровень растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК). Повышение уровня РФМК, а также положительный этаноловый тест у подавляющего большинства больных свидетельствует о тромбинемии и следовательно, о ДВС-синдроме. Активность фибринолитической системы была достоверно снижена у больных РА всех трех групп: в первой группе она достигала $188,33 \pm 42,38$ сек, во второй и третьей группах составила $210,90 \pm 41,13$ сек и $153,30 \pm 29,36$ сек соответственно при норме $89,00 \pm 8,72$ сек. Это угнетение фибринолиза происходит, вероятно, вследствие убыли плазминогена в тромбы, где он расходуется на расщепление фибрина, постоянно образующегося при гиперкоагуляции, что является одним из звеньев процесса реваскуляризации и восстановления кровотока в тканях. Таким образом, наиболее информативными оказались следующие параметры коагулограммы: АЧТВ, уровень фибриногена, АТ III и время фибринолиза.

Выводы. Выявленная взаимосвязь между уровнем Нв и параметрами коагулограммы позволяет сделать вывод о наличии общих патогенетических механизмов. Полученные данные о сохранении изменений (гиперкоагуляции) в свертывающей системе крови больных, коррелирующие с уровнем Нв, могут свидетельствовать о продолжающемся течении патологического процесса на фоне улучшения клинической симптоматики.

Джабаров М. К., Нейматзода Б. Р., Асламова М. М.

МАГИСТРАЛЬНЫЕ АРТЕРИИ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости и выраженности структурных изменений магистральных артерий атеросклеротического характера у больных с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследование было включено 73 пациентов, страдающих РА, из них 48 женщин и 25 мужчин. Контрольную группу составили 26 здоровых лиц. Продолжительность анамнеза РА в среднем составила $8,3 \pm 5,4$ лет. В соответствии DAS 28 ремиссия РА определена у 3 (4,1 %) пациентов, низкая активность у 5 (6,8 %), умеренная у 39 (53,4%), высокая у 26 (35,6%). Рентгенологическая II стадия заболевания была определена у 30 (41,1%) лиц, III – у 25 (34,2%), IV у 18 (24,6%). Функциональный класс I установлен в 29 (39,7%) случаев, II в 39 (53,4%), III в 5 (6,8%). При проведении ультразвукового исследования сонных артерий измеряли толщину комплекса интима-медиа (КИМ). Толщина КИМ измерялась по задней стенке (относительно датчика) в трех точках: на расстоянии 10 мм до луковичы, 10 мм после входа в луковичу и на расстоянии 10 мм после отхождения внутренней сонной артерии. Толщина КИМ до 0,9 мм расценивалась как нормальная, за утолщение принимали значение КИМ $20,9$ мм $< 1,3$ мм.

Результаты исследования. Полученные результаты показывали, что после проведения ультразвукового исследования у 25 (34,2%) больных с РА установлено наличие утолщения КИМ сонных артерий. В КГ у всех обследованных толщина КИМ сонных артерий не превышала нормальных значений. Толщина КИМ сонных артерий в группе РА составила 0,8мм (0,7-0,9). В группе здоровых лиц толщина КИМ оказалась 0,6 мм (0,6-0,7). Таким образом, в группе РА толщина КИМ была достоверно ($p < 0,001$) больше, чем у обследованных лиц КГ. В подгруппе РА с длительностью заболевания до 5 лет (21 человек) утолщение КИМ установлено в 1 (4,8%) случае. При этом в подгруппе с длительностью РА 5-9 лет (26 человек) значения толщины КИМ 0,9 мм и более встречались у 5 (19,2%) обследованных. При продолжительности РА 10 лет и более (28 человек) утолщение КИМ встречалось у 21 (75%) человека. Достоверно ($p < 0,05$) установлено наличие различий по частоте встречаемости утолщения КИМ между подгруппой с длительностью заболевания 10 лет и более с подгруппами с меньшей продолжительностью РА.

Выводы. У 27 (36,9 %) больных отмечалось достоверное утолщение КИМ сонных артерий, что достоверно чаще в контрольной группе. Толщина КИМ сонных артерий у больных РА было выше, чем 0,8 мм по отношению к контрольной группе. Атеросклеротические бляшки выявлены у 22 (30,1 %) больных что достоверно чаще, чем в контрольной группе. У больных с IV-й рентгенологической стадией заболевания, толщина КИМ достоверно выше, чем у пациентов со II-III рентгенологической стадией.

Джалилзода М.С., Рахмонова Х.С.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра неврологии «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить клинические особенности цефалгического синдрома у пациентов с вертебробазилярной недостаточностью.

Материал и методы. Исследования проводились на базе НМЦ «ШИФОБФХШ» во втором неврологическом отделении. Обследовано 26 пациентов, средний возраст составляет от 20 до 50 лет. Из них были 18 женщин, 8 было мужчин, с подтвержденным синдромом ВБН на фоне вертеброгенной патологии (остеохондроз). Использовались: клиничко-неврологический осмотр (анализ характера боли), ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головы и шеи, магнитно-резонансная томография (МРТ) шейного отдела позвоночника и головного мозга.

Результаты исследования. Установлено, что головная боль при вертебробазилярной недостаточности (вертеброгенная цефалгия) чаще носит тупой, давящий, затылочно-шейный характер. Пациенты отмечают усиление боли при поворотах головы. В 70% случаев боли сопровождались системным или несистемным головокружением, тошнотой, нарушениями статики и походки. УЗДГ выявило асимметрию кровотока и снижение линейной скорости кровотока по позвоночным артериям.

Выводы. Головные боли при ВБН -признак обратимой ишемии, требующий тщательной дифференциальной диагностики. Ключевой фактор возникновения боли-экстравазальная компрессия позвоночных артерий, подтверждаемая инструментально. Комплексное лечение, включающее сосудистую терапию, позволяет снизить интенсивность цефалгии и улучшить качество жизни.

Джалилзода М.С., Рахмонова Х.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра неврологии «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

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

Цель. Оценить эффективность комплекса специально подобранных упражнений для улучшения качества жизни у пациентов с вертебро-базилярное недостаточностью.

Материал и методы. Исследования проводились на базе НМЦ «ШИФОБФХШ» во втором неврологическом отделении. В исследовании приняли участие 40 пациентов (25 женщин, 15 мужчин) в возрасте 45-65 лет с диагнозом вертебробазилярная недостаточность, подтвержденным клиническим и методом УЗДГ-сосудов шеи. Пациенты были разделены на две группы: основную ($n=20$, базовое лечение+ ЛФК) и контрольную ($n=20$, только медикаментозное лечение). Комплекс упражнений включал мягкую мобилизацию шейного отдела, изометрические упражнения (надавливание ладонью на лоб/висок, сопротивляясь головой -удерживать 5-7 секунд), дыхательную гимнастику (глубокое диафрагмальное дыхание для улучшения венозного оттока) и вестибулярные тренировки (поворот головы при фиксации взгляда на одной точке, «взгляд вверх-вниз при движении головой»), проводился ежедневно в течение 4 недель.

Результаты исследования. У пациентов основной группы (ЛФК) отмечалось достоверное уменьшение частоты и интенсивности головокружений (по шкале ДНП) на 60%, снижение выраженности головных болей и улучшение статодинамической функции. УЗДГ- контроль показал увеличение линейной скорости кровотока по позвоночным артериям на 15-20%. В контрольной группе положительная динамика была выражена слабее (улучшение симптомов на 25-30%).

Выводы. Включение специальных упражнений ЛФК в комплексную терапию вертебро-базилярной недостаточности является эффективным, доступным методом реабилитации. Регулярные занятия способствуют улучшению кровотока, снижению вертеброгенного воздействия на сосуды и значительному улучшению самочувствия пациентов.

Джапарова С.Р., Якупова К.Н.

МЕДИЦИНСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА

Кафедра гематологии, трансфузиологии и лабораторного дела Ташкентского государственного медицинского университета, Узбекистан

Научный руководитель – ассистент Раимова Дурдона Акбаралиевна

Цель исследования. Изучить влияние изменения климата на состояние здоровья населения и определить основные медицинские последствия глобального потепления, включая рост инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также психоэмоциональные нарушения, **Материал и методы.** Материалом исследования послужили научные публикации, аналитические отчёты международных организаций и статистические данные, посвящённые проблеме изменения климата и его влияния на здоровье человека. В работе использованы методы анализа, систематизации и обобщения научной литературы, а также сравнительный анализ данных о влиянии климатических факторов на распространённость заболеваний.

Результаты исследования. Результаты анализа показали, что изменение климата оказывает комплексное и многоплановое воздействие на здоровье населения. Повышение средней температуры воздуха и учащение экстремальных погодных явлений приводят к росту случаев тепловых ударов, обезвоживания и гипертермии, что особенно опасно для детей, пожилых людей и пациентов с хроническими заболеваниями. В период теплых волн отмечается увеличение числа госпитализаций и смертности, особенно в крупных городах с высокой плотностью населения.

Климатические изменения также оказывают существенное влияние на распространение инфекционных заболеваний. Повышение температуры и влажности создаёт благоприятные условия для размножения переносчиков инфекций, что способствует расширению ареалов таких заболеваний, как малярия, лихорадка денге и других трансмиссивных инфекций. Одновременно увеличивается риск пищевых и водных инфекций вследствие загрязнения водных ресурсов и изменения экологических условий.

Значительное влияние наблюдается и в отношении неинфекционных заболеваний. Загрязнение атмосферного воздуха, пыльные бури и лесные пожары способствуют росту хронических заболеваний дыхательной системы, астмы, сердечно-сосудистых патологий и метаболических нарушений. Кроме того, климатические изменения оказывают влияние на психическое здоровье населения, способствуя развитию тревожных и депрессивных расстройств, а также посттравматического стрессового расстройства, возникающего в результате воздействия экстремальных природных явлений.

Выводы. Изменение климата представляет серьёзную угрозу для общественного здоровья и оказывает как прямое, так и косвенное влияние на развитие различных заболеваний. Рост температуры и увеличение частоты экстремальных погодных явлений приводят к повышению заболеваемости и смертности, а также увеличивают нагрузку на системы здравоохранения. В связи с этим особую значимость приобретают меры профилактики, мониторинг климатических рисков, развитие адаптации

Джобирзода А.Б., Курбонова М.Н., Назаров Т.Ш.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить особенности биохимических показателей у пациентов с болезнью Вильсона–Коновалова.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Обследование проводилось у 5 пациентов с клинически и лабораторно подтверждённой болезнью Вильсона–Коновалова. В рамках исследования выполнялось комплексное биохимическое и функциональное исследование, включающее определение уровня церулоплазмينا, общего содержания меди в сыворотке крови, суточной экскреции меди с мочой, а также оценку функционального состояния печени. Дополнительно анализировалась взаимосвязь выявленных биохимических нарушений с клинической картиной заболевания, тяжестью проявлений и выраженностью неврологических и печёночных симптомов.

Результаты исследования. В обследованной группе пациентов с клинически и лабораторно подтверждённой болезнью Вильсона–Коновалова выявлены характерные изменения биохимических показателей, отражающие нарушение обмена меди и функцию печени. У 70–75 % пациентов наблюдалось снижение уровня церулоплазмينا (норма 20–60 мг/дл), особенно при преобладании неврологических проявлений. Концентрация меди в сыворотке крови зависела от клинической формы: при печёночной форме нормальная или умеренно повышенная, при неврологической и смешанной сниженная. Средняя суточная экскреция меди составила >120,5 мкг/сутки (норма <100 мкг/сутки) и была повышена у пациентов с выраженными симптомами. Функциональные показатели печени (АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная фосфатаза) превышали нормы, особенно при преобладании печёночной симптоматики. Статистический анализ показал значимую корреляцию между уровнем церулоплазмينا и тяжестью неврологических проявлений, а также между экскрецией меди и выраженностью печёночных и неврологических симптомов. Эти данные подтверждают информативность биохимических показателей для оценки тяжести заболевания и мониторинга его прогрессирования.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой информативности комплексного биохимического обследования у пациентов с болезнью Вильсона–Коновалова для подтверждения диагноза, оценки клинической тяжести и мониторинга прогрессирования заболевания. Наибольшую диагностическую и прогностическую ценность продемонстрировали показатели уровня церулоплазмينا, концентрации меди в сыво-

ротке крови и суточной экскреции меди с мочой, тогда как показатели функции печени отражали выраженность и тяжесть печёночных проявлений заболевания.

Джобирзода А.Б., Асилова Н.Г., Толибова Л.Н.

ХОРЕЯ В СТРУКТУРЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Проанализировать клинические проявления хореи у пациента с болезнью Вильсона–Коновалова.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Представлен клинический случай пациента 35 лет с болезнью Вильсона–Коновалова. Пациент предъявлял жалобы на непроизвольные хаотичные движения в руках и ногах, гримасничание лица, непроизвольное высывание языка, затруднение речи и глотания, частые падения при ходьбе, а также снижение концентрации внимания и эпизоды забывчивости. Из анамнеза установлено, что заболевание продолжается около 5 лет, пациент не связывает его начало с каким-либо провоцирующим фактором. Со стороны других органов и систем значимых жалоб не отмечалось. Пациенту проведено комплексное обследование, включавшее клиничко-неврологический осмотр, лабораторные исследования (определение уровня церулоплазмينا и меди в сыворотке крови, а также суточной экскреции меди с мочой), нейропсихологическое тестирование, методы нейровизуализации и консультации смежных специалистов.

Результаты исследования. При клиничко-неврологическом обследовании пациент находился в ясном сознании, был ориентирован в месте, времени и собственной личности, контактен. Менингеальные и патологические симптомы отсутствовали. Глазные щели симметричны. Отмечалось снижение мышечного тонуса в верхних и нижних конечностях. Сухожильные и периостальные рефлексы были снижены. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. При выполнении координационных проб пациент испытывал затруднения, в позе Ромберга отмечалась неустойчивость. Наблюдались выраженные непроизвольные хаотичные движения в верхних и нижних конечностях, соответствующие хореическому типу гиперкинеза. Пробы на гипокинезию были отрицательными. Результаты нейропсихологического обследования по шкалам МоСА и MMSE свидетельствовали об отсутствии когнитивного дефицита. Биохимическое исследование показало: уровень церулоплазмينا 33 мг/дл (норма 20–60 мг/дл), меди в крови 9,1 мкмоль/л (норма 12,6–24,3 мкмоль/л), суточная экскреция меди с мочой 120 мкг/сут (норма 3–45 мкг/сут). Печёночные показатели находились в пределах референсных значений. По данным МРТ головного мозга, очаговых и выраженных диффузных патологических изменений не выявлено. Определялись признаки умеренной субатрофии полушарий большого мозга с компенсаторным расширением наружных и внутренних ликворных пространств. Дополнительно выявлена пристеночная киста левой верхнечелюстной пазухи. При офтальмологическом осмотре выявлено характерное кольцо Кайзера–Флейшера.

Выводы. Хореические гиперкинезы представляют собой доминирующий неврологический симптом болезни Вильсона–Коновалова и определяют клиническую фенотипическую картину заболевания. Сохранение когнитивных функций у пациента указывает на преимущественное вовлечение моторных структур ЦНС при ранних стадиях болезни. Биохимические нарушения метаболизма меди в сочетании с наличием кольца Кайзера–Флейшера подтверждают диагноз, тогда как данные магнитно-резонансной томографии отражают начальные структурные изменения головного мозга.

Джобирзода А.Б., Назаров Т.Ш., Рахмонов Р.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

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

Цель исследования. Изучить клинические, нейропсихологические и нейровизуализационные особенности неврологических проявлений болезни Вильсона–Коновалова.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Обследованы пациенты с подтверждённой болезнью Вильсона–Коновалова. Выполнено клиничко-неврологическое обследование, нейропсихологическое тестирование проводилось с помощью шкалы МОСА, MMSE и МРТ головного мозга. Анализировались корреляции между клиническими, нейропсихологическими и нейровизуализационными данными.

Результаты исследования. У большинства обследованных пациентов отмечались выраженные неврологические нарушения с преобладанием экстрапирамидных симптомов, включая тремор, дистонию, гиперкинезы, а также дизартрию и нарушения координации. Нейропсихологическое тестирование по шкалам МОСА и MMSE выявило различной степени снижение когнитивных функций, преимущественно внимания, памяти и исполнительных функций, сопровождающееся эмоционально-поведенческими расстройствами. По данным МРТ головного мозга, у значительной части пациентов обнаружены симметричные изменения в структурах глубокого серого вещества и ствола мозга, характерные для поражения экстрапирамидной системы. Корреляционный анализ показал значимую связь между выраженностью неврологических проявлений, степенью когнитивного дефицита и тяжестью выявленных нейровизуализационных изменений.

Выводы. У пациентов с болезнью Вильсона–Коновалова доминируют экстрапирамидные нарушения, сопровождающиеся когнитивными и эмоционально-поведенческими расстройствами. На МРТ головного моз-

га выявляются симметричные изменения в глубоких структурах серого вещества и стволе, отражающие поражение экстрапирамидной системы. Установленная корреляция между выраженностью неврологических и когнитивных нарушений и тяжестью МРТ-признаков подтверждает необходимость комплексной диагностики. Совмещение клинических, нейропсихологических и нейровизуализационных данных повышает точность верификации диагноза и способствует раннему началу патогенетической терапии.

Джусураев И. М., Юсупов Дж. Ю.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИКОВ НА РАБОТУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Каримова Г.Н.

Цель исследования. Изучить влияние употребления энергетиков на артериальное давление и пульс студентов медицинского факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Материал и методы. Было обследовано 50 студентов медицинского факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» в возрасте от 18–21 года. Все участники исследования были условно здоровыми и не имели диагностированных хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В ходе исследования был проведен анонимный опрос, направленный на выявление частоты употребления энергетических напитков среди студентов. Участникам предлагалось ответить на вопросы о регулярности употребления энергетиков, предполагаемых причинах их употребления (усталость, подготовка к экзаменам, недостаток сна и др.), а также о возможных субъективных ощущениях после их употребления. Также всем студентам определялся ИМТ ($\text{м}/\text{м}^2$).

После проведения опроса у студентов измерялись показатели артериального давления и частоты пульса в состоянии покоя. Затем участникам предлагалось употребить стандартную порцию энергетического напитка. Повторное измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений проводилось через 30 минут после употребления напитка. Все измерения проводились с использованием стандартного тонометра и в одинаковых условиях, что позволяло минимизировать влияние внешних факторов на полученные результаты.

Результаты исследования. Среди опрошенных 50 студентов, которые употребляют энергетические напитки было выявлено, что 30% студентов показали кратковременное повышение давления на 10–15 мм рт. ст. и учащение пульса на 12–15 уд/мин после энергетика. Частое употребление (>3 раз/неделя), которое отметили 16% студентов ассоциировалось с усиленной тахикардией. Анализ полученных данных показал, что после употребления энергетического напитка у части студентов наблюдались изменения показателей сердечно-сосудистой системы. Следует отметить, что у студентов, которые употребляют энергетические напитки чаще трёх раз в неделю, наблюдалась более выраженная реакция сердечно-сосудистой системы, в частности усиленная тахикардия и субъективные ощущения сердцебиения. Некоторые участники также отмечали такие симптомы, как чувство тревоги, повышенную возбудимость и трудности с засыпанием после употребления энергетических напитков.

Выводы. Студентам необходимо ограничивать потребление энергетиков и использовать альтернативные способы повышения энергии (сон, физическая активность). Важно информировать молодежь о возможных рисках. Энергетические напитки оказывают нагрузку на сердечно-сосудистую систему даже у молодых людей. Длительное употребление может повышать риск аритмий и гипертонии.

Дододжони А.

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА - КЛЮЧЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель исследования. Оценить значение индекса массы тела (ИМТ) в формировании эффективности амбулаторной кардиореабилитации у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ПИМ).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 70 пациентов с ПИМ в возрасте от 50 до 74 лет. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (ОГ) состояла из 39 (55,7%) пациентов, контрольная группа (КГ) — из 31 (44,3%) человек. В ОГ было 7 (17,9%) женщин и 32 (2,1%) мужчин. В КГ было 29 (70,8%) мужчин и 12 (29,2%) женщин. Средний возраст в ОГ составил $57,46 \pm 2,85$ лет, а в КГ — $55,84 \pm 3,41$ лет. В исследовании использовались следующие методы: определения ИМТ, измерения частоты сокращения сердца (ЧСС) и артериального давления (АД) по методу Короткова. В рамках программы кардиореабилитации применялись диетотерапия и методы физической реабилитации, как **дозированная ходьба и лёгкие физические упражнения**. Интенсивность нагрузок определялись с использованием **расчёта максимальной ЧСС (ЧССмакс) по формуле: ЧССмакс $\approx$ 220 – возраст**, при этом рекомендуемый диапазон тренировок составлял **60–70% от ЧССмакс**, что обеспечивает умеренную физическую нагрузку и безопасность для пациентов. Занятия проводились **2–3 раза в неделю, с продолжительностью от 10 до 30 минут, на протяжении 6 месяцев**. Пациенты КГ не были вовлечены в реабилитационную программу.

Результаты исследования. До начала амбулаторной кардиореабилитации в ОГ ($n=39$) избыточная масса тела (ИМТ <30 $\text{кг}/\text{м}^2$) отмечалась у 23 (58,9%) пациентов. Ожирение I степени (ИМТ 31,08–34,6 $\text{кг}/\text{м}^2$) выявлено у 11 (28,3%), ожирение II степени (35–37,4 $\text{кг}/\text{м}^2$) — у 3 (7,6%), морбидное ожирение (≥ 40 $\text{кг}/\text{м}^2$) — у 2 (5,1%) пациентов. ЧСС варьировала от 60 до 93 уд/мин. Артериальная гипертензия (АГ) I степени диагностирована у 27 (69,3%) больных, II степени — у 11 (28,3%), III степени — у 1 (2,4%). В КГ ($n=31$) ИМТ 25–29,9 $\text{кг}/\text{м}^2$ отмечался

у 14 (48,3%) пациентов, у остальных 17 (51,7%) ИМТ превышал 30 кг/м². Все пациенты КГ имели АГ, преимущественно АГ II степени. Пациенты ОГ завершили 6-месячную программу реабилитации, целевой уровень тренировочной ЧСС был достигнут. Средний ИМТ снизился с 27,2±3,2 до 24,2±2,9 кг/м², что составило уменьшение на 11,0% от исходного уровня (p<0,001). Систолическое артериальное давление (САД) достоверно снизилось с 151,8±14,0 до 141,2±12,8 мм.рт.ст. (-6,98%; p<0,01), диастолическое артериальное давление (ДАД) — с 97,6±9,0 до 90,3±8,4 мм.рт.ст. (-7,48%; p<0,01). Одновременно отмечено повышение физической работоспособности пациентов: дистанция дозированной ходьбы увеличилась у пациентов с избыточной массой тела в среднем на 2,1 км (p<0,01), у пациентов с ожирением — на 1,3 км (p<0,05). В КГ достоверных положительных изменений показателей ИМТ и АД не выявлено, при этом физическая активность имела тенденцию к снижению.

Выводы. В амбулаторной кардиореабилитации пациентов ПИМ, снижение ИМТ имеет важное значение. Комплексный подход, включающий диетотерапию и регламентированные физические нагрузки в рамках 6-месячной реабилитации для пациентов с ПИМ, демонстрирует статистически подтвержденное и клинически значимое позитивное влияние на их антропометрические и гемодинамические параметры.

Дододжони А., Priya.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНТОВ

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

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

Цель исследования. Изучить часто встречающихся факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди иностранных студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Материал и методы. В исследование включены 78 иностранных студентов 4-го курса медицинского факультета бакалавра ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Все студенты, принимавшие участие в исследовании, были из Индийской государств. Их возраст был равен 22-25 годам. Число студенток составило 29 (37,1%), парней – 49 (62,9%). Исследование было проведено на базе кафедры семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Для определения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди студентов мы использовали физические методы, т.е. измерение роста и веса (ИМТ), измерение артериального давления (АД) с помощью методикой Короткова и частоты сердечных сокращений студентов (ЧСС). Для того чтобы оценить их образ жизни, в ходе исследования мы использовали метод анкетирования.

Результат исследования. Результаты исследования показали, что у 21(26,9%) студентов отметились высоко нормальное АД (130-139/85-89 мм.рт.ст.), доля парней 17 (80,9%), девушек 3 (19,1%). Пульс студентов составлял от 60 до 90/мин. Индекс массы тела (ИМТ) студентов находился на следующих уровнях: дефицит массы тела - 4 человека их ИМТ был ниже 18,5 (мужчины 1-25%, женщины 3 - 75%), у 67 (85,8%) из них ИМТ был равен 18,8-24,6 кг/м², то есть показатель был в пределах нормы, у 13 (16,6%) из них наблюдалось предожирения - ИМТ был равен 25,8-29,4 кг/м², еще у 6 студентов отмечалось ожирение 1-й степени, их ИМТ был равен 31,7-33,9 кг/м². Ожирение 2-й степени наблюдалось еще у 1 студента (ее ИМТ=37,2 кг/м²). В ходе проведения анкетирования студентов, 73 (93,5%) из них утверждали, что они считают соблюдение правил и принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) очень важно, и необходимо в их жизненном процессе, однако 71 (91,1%) из них указали, что им не хватает воли и настойчивости соблюдать поддерживать правило ЗОЖ. О том, откуда получили информацию о ЗОЖ, 37 человек из СМИ, 24 человека из Интернета, 17 человек на учебных занятиях. Следует отметить, что 61(78,2%) студент заявил, что употребляет лекарственные препараты редко, 13 (16,6%) – очень часто, а остальные 4 (5,2%) – постоянно. Многими причинами, которые привели к применению препаратов, являются наличие хронических заболеваний и симптомов, в том числе бронхальной астмы, хронического гастрита, а также симптомов головных болей и менструаций. На вопрос о том, во сколько они начинают ложиться спать, 69 (88,4%) из них указали после 22:00, 5 (6,4%) - в середине 21-22 и 4 (5,2%) - до 21:00. Они продемонстрировали себя стрессоустойчивыми, но время от времени испытывают стресс (65,4%), и причиной этого часто являются одиночество и финансовые проблемы. Общее количество курящих студентов составило 29 - 37,2% (все мужского пола), из них 21(26,9%) курил в прошлом и сейчас бросил, а 13 (16,6%) заявили себя курильщиками и выкуривают не более одной пачки сигарет в день.

Вывод. У 20 (25,7%) студентов ИМТ был выше нормы, 88,4% студентов легли спать поздно после 22:00, количество студентов, употреблявших сигареты в прошлом, составило 37,2%, из них до сих пор курят 16,6% студентов и 91,1% студентов указали, что им не хватает отсутствия необходимого упорства, воли, настойчивости соблюдать правило ЗОЖ. Избыточная масса тела, вредные привычки, такие как курение, а также поздний сон в молодом возрасте являются одним из факторов, которые омолаживают ССЗ.

Еминова Н.И.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФА-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ И В-ВИТАМИНОВ ПРИ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Многопрофильная центральная поликлиника Ташлакского районного медицинского объединения Ферганской области, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и влияние на скорость регресса неврологического дефицита комбинации альфа-липовой кислоты (тиоктовой кислоты) и комплекса витаминов группы В (В1, В6, В12) в лечении пациентов с диабетической мононевропатией лицевого нерва.

Материал и методы. В открытое сравнительное проспективное исследование было включено 56 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (компенсированным или субкомпенсированным), перенесших острый паралич Белла (периферический парез лицевого нерва). Пациенты были рандомизированы на две группы: основная группа (n=28) получала базисную терапию (гликемический контроль, физиотерапия) в сочетании с альфа-липоевой кислотой (600 мг внутривенно капельно в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием) и витаминным комплексом В (по 2,0 мл внутримышечно ежедневно в течение 14 дней). Группа сравнения (n=28) получала только базисную терапию и стандартные сосудистые препараты. Оценка эффективности проводилась по шкале House-Brackmann (Н-В), визуальной аналоговой шкале (ВАШ) для оценки боли в области уха/заушной области и данным электронейромиографии (ЭНМГ) исходно, на 14-й и 30-й день лечения.

Результаты исследования. Детальный анализ клинических данных показал, что включение альфа-липоевой кислоты и В-витаминов в схему лечения способствовало более быстрому восстановлению функции лицевого нерва. К концу курса терапии (30-й день) полное восстановление (балл Н-В I) было зарегистрировано у 67,9% пациентов ОГ, в то время как в группе сравнения данный показатель составил лишь 39,3% ($p<0,05$).

В частности, у пациентов ОГ уже к 14-му дню наблюдалось достоверное уменьшение выраженности постпаралитических контрактур и синдрома боли (снижение балла по ВАШ с $6,8 \pm 1,2$ до $2,1 \pm 0,5$), тогда как в КГ болевой синдром сохранялся дольше и требовал назначения дополнительных анальгетиков. Это свидетельствует о мощном антиоксидантном и нейротрофическом эффекте комбинации тиоктовой кислоты и витаминов группы В, снижающим окислительный стресс в зоне демиелинизации.

Данные ЭНМГ подтвердили клинические наблюдения: в основной группе амплитуда М-ответа m. orbicularis oris увеличилась на 45% по сравнению с исходными данными, а латентность сократилась в среднем на 1,8 мс. В группе сравнения показатели ЭНМГ улучшались медленнее, что коррелировало с более частым формированием остаточных явлений в виде синкинезий и контрактур (в 28% случаев против 11% в основной группе). Также выявлена обратная корреляционная связь между уровнем гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и скоростью восстановления проводимости по нерву ($r=-0,54$), подчеркивающая важность достижения компенсации углеводного обмена.

Выводы. Комплексная терапия с использованием альфа-липоевой кислоты и витаминов группы В обладает высокой клинической эффективностью в лечении диабетической невропатии лицевого нерва. Препараты этой группы существенно ускоряют регресс моторного дефицита, снижают выраженность болевого синдрома и способствуют более полному восстановлению проводимости нервных волокон, минимизируя риск развития постпаралитических контрактур. Данный подход рекомендуется к внедрению в стандарты лечения диабетических невропатий.

Еминова Н.И.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДИАБЕТА И ВЫРАЖЕННОСТИ АКСОНАЛЬНО-ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Многопрофильная центральная поликлиника Ташлакского районного медицинского объединения Ферганской области, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь показателей гликемии (гликированный гемоглобин - HbA1c), длительности течения сахарного диабета 2 типа (СД 2) и характера поражения лицевого нерва (преобладание аксональной или демиелинизирующей составляющей) по данным электронейромиографии (ЭНМГ).

Материал и методы. В исследование включено 85 пациентов с СД 2 типа и развитым идиопатическим параличом Белла (невропатией лицевого нерва). В зависимости от длительности диабета пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (n=40) - длительность СД до 5 лет, 2-я группа (n=45) - длительность СД более 10 лет. Всем пациентам проводилось определение уровня HbA1c и стимуляционная ЭНМГ лицевого нерва с оценкой М-ответа мимических мышц (амплитуда как маркер аксонального повреждения) и резидуальной латентности (маркер демиелинизации). Степень клинического дефицита оценивалась по шкале Хаус-Бракман.

Результаты исследования. Анализ данных ЭНМГ выявил отчетливую корреляцию между длительностью диабета, комплаенсом к терапии и типом морфологического повреждения нерва. В 1-й группе (короткий анамнез, средний уровень HbA1c $6,8 \pm 0,4\%$) в 75% случаев регистрировался преимущественно демиелинизирующий тип поражения: резкое увеличение латентности при сохранной амплитуде М-ответа (снижение не более 30%). Это свидетельствовало о сохранности аксонов и благоприятном прогнозе восстановления.

Во 2-й группе (длительный анамнез, декомпенсация углеводного обмена, средний уровень HbA1c $9,5 \pm 0,6\%$) картина принципиально отличалась. У 82% пациентов доминировал аксональный тип поражения: амплитуда М-ответа была снижена на 60–80% от нормы при умеренном увеличении латентности. Установлена сильная прямая корреляция между уровнем HbA1c и степенью снижения амплитуды М-ответа ($r = -0,79$), что подтверждает токсическое воздействие хронической гипергликемии на аксональный транспорт и аксональную цитоскелетную структуру.

Клинически, пациенты с преобладанием аксонального повреждения (2-я группа) демонстрировали более тяжелый паралич по шкале Хаус-Бракман (IV–V степень) и неполное восстановление мимики даже через 6 месяцев, тогда как в 1-й группе полное восстановление наблюдали в 85% случаев. Длительность диабета более 10 лет увеличивала риск развития тяжелого аксонального пареза лицевого нерва в 3,8 раза (ОР=3,8; 95% ДИ 1,9–7,6).

Выводы. Течение и прогноз невротии лицевого нерва при СД 2 типа определяются длительностью заболевания и качеством компенсации углеводного обмена. Декомпенсированный диабет и длительный анамнез способствуют формированию тяжелого аксонального повреждения, ассоциированного с высоким риском остаточной деформации лица. Выявление уровня HbA1c и данных ЭНМГ на ранних стадиях позволяет стратифицировать риск и назначать агрессивную метаболическую терапию для улучшения прогноза иннервации.

Жетес А.А., Иниязова К.С.

ФАКТОРЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра общая врачебная практика №1 «ЗКМУ им Марата Оспанова». Казахстан

Научный руководитель – м.м.н., ассистент кафедры Есенгалиева И.Е.

Цель исследования. Определить независимые клинико-лабораторные предикторы повторной госпитализации в течение 12 месяцев у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, включившее 186 пациентов с подтвержденным диагнозом ХСН. Период наблюдения составил 12 месяцев после выписки из стационара.

Анализируемые параметры включали возраст, пол, индекс массы тела, функциональный класс по NYHA, фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, фибрилляции предсердий, хронической болезни почек, уровень гемоглобина, концентрацию NT-proBNP, а также приверженность терапии, соответствующей клиническим рекомендациям.

Первичной конечной точкой являлась повторная госпитализация по поводу декомпенсации ХСН в течение 12 месяцев.

Статистический анализ проводился с использованием многофакторной логистической регрессии. Рассчитывались отношения шансов (OR), 95 % доверительные интервалы (ДИ). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Прогностическая ценность модели оценивалась по площади под ROC-кривой (AUC).

Результаты исследования. В течение периода наблюдения повторная госпитализация зарегистрирована у 41,9 % пациентов.

По результатам однофакторного анализа значимую связь с риском повторной госпитализации продемонстрировали сниженная ФВ ЛЖ менее 40 %, III–IV функциональный класс по NYHA, повышенный уровень NT-proBNP более 1800 пг/мл, наличие хронической болезни почек, анемия, ожирение и низкая приверженность терапии ($p < 0,05$).

В многофакторной модели независимыми предикторами повторной госпитализации явились:

Снижение ФВ ЛЖ менее 40 % (OR 2,67; 95 % ДИ 1,52–4,68; $p = 0,001$)

III–IV функциональный класс по NYHA (OR 2,14; 95 % ДИ 1,26–3,62; $p = 0,004$)

Хроническая болезнь почек (OR 1,89; 95 % ДИ 1,08–3,31; $p = 0,02$)

Повышенный уровень NT-proBNP (OR 2,73; 95 % ДИ 1,61–4,63; $p < 0,001$)

Низкая приверженность медикаментозной терапии (OR 3,12; 95 % ДИ 1,84–5,28; $p < 0,001$)

Ожирение сохраняло статистически значимую, но умеренную ассоциацию с риском повторной госпитализации (OR 1,58; 95 % ДИ 1,01–2,47; $p = 0,045$).

Прогностическая модель продемонстрировала высокую дискриминационную способность (AUC = 0,81), что свидетельствует о хорошей предсказательной ценности.

Выводы. Повторная госпитализация у пациентов с ХСН достоверно ассоциирована со сниженной фракцией выброса, высоким функциональным классом, почечной дисфункцией, повышенным уровнем NT-proBNP и низкой приверженностью терапии.

Многофакторная стратификация риска позволяет идентифицировать пациентов высокого риска на этапе выписки и оптимизировать амбулаторное наблюдение с целью снижения частоты повторных госпитализаций и улучшения долгосрочного прогноза.

Жумабекова А.К., Абдураимова К.М., Жумагалиева Д.А.

АНАЛИЗ ЛАКТОАЦИДОЗА ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ЕДИНОБОРЦЕВ ПОСЛЕ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА С УЧЕТОМ ГЕНОТИПА

Кафедра внутренних болезней, НАО «КМУ», Казахстан

Научный руководитель – к.м.н, ассоциированный профессор Рыбалкина Д.Х.

Цель исследования. Анализ взаимосвязи полиморфизмов генов спортсменов-единоборцев с параметрами кислотно-щелочного состояния (КЩС) венозной крови при тесте с нагрузкой.

Материал и методы. С одобрением локального комитета по биоэтике (протокол № 15 от 17.11.2023г.) были обследованы спортсмены единоборцы, мужского пола от 22 до 41 лет ($31,68 \pm 5,55$ лет, ДИ 95% 29,19–34,18), из этнической группы казахов. При заборе буккального эпителия аккредитованными сотрудниками лабораторий «InVivo» и "TreeGene" выявлены генотипы полиморфизмов генов IL6 rs1800795, UCP2 rs660339, KCNJ11 rs5219. Проанализирован уровень лактатов и pH венозной крови при проведении нагрузочного теста PWC170 (Physical Working Capacity). Анализ крови проводился на портативном экспресс-анализаторе EPOC (2022, Ottawa, Canada) с технологией SmartCard, с диапазоном измерений pH - 6,5–8 и лактатов - 0,3–20,0 ммоль/л. Анализ различий параметров КЩС между вариантами генотипов определялся методами непараметрической статистики. Работа выполнена в рамках гранта МОН РК «Анализ молекулярно-генетических меха-

низмов выносливости у спортсменов, имеющих эффективные результаты спортивной деятельности» (АР23490397, 2024-2026 гг.).

Результаты исследования. Согласно критерия Манна-Уитни между показателями pH венозной крови спортсменов в покое ($7,37 \pm 0,01$, $7,36-7,38$) и после нагрузочного теста ($7,29 \pm 0,01$, $7,28-7,31$) со снижением показателей имелись достоверные различия ($p < 0,001$), также и для уровней лактатов с их повышением после нагрузки ($1,03 \pm 0,09$ ммоль/л, $0,89-1,17$ и $6,42 \pm 0,69$ ммоль/л, $5,38-7,46$). По оценке критерием Краскала-Уоллиса найдены различия между приростом уровня лактатов после нагрузочного теста при полиморфизме rs1800795 гена IL6, кодирующего интерлейкин-6, многофункциональный цитокин, выступающий ключевым медиатором воспаления, между генотипами G/G и G/C ($p = 0,048$) с превышением показателей в гомозиготном генотипе. Также выявлены различия при полиморфизме rs660339 гена UCP2, кодирующего митохондриальный белок, участвующий в терморегуляции, энергетическом обмене и снижении оксидативного стресса, между генотипами G/G с превышением показателей лактатов и G/A ($p = 0,044$). Повышенный уровень лактатов наблюдался у представителей с генотипом C/C полиморфизма rs5219 гена KCNJ11, кодирующего мембранный белок калиевого канала в клетках, в том числе и мышечных, в сравнении с генотипом C/T ($p = 0,028$). В совокупности это позволяет ранжировать спортсменов по склонности к накоплению в крови лактата на низкую, среднюю, выше среднего и высокую. Предковый генотип G/G полиморфизма гена IL6 rs1800795 в группе исследуемых превалировал (73,68%), гетерозиготный тип (G/C) составил 21,05%. Гетерозиготный тип полиморфизма гена UCP2 rs660339 встречался в половине случаев (52,63%), гомозиготные типы G/G (26,32%) и A/A (21,05%) выявлены практически в равных долях. Тип C/C полиморфизма гена KCNJ11 rs5219 составил 47,37%, тип C/T - 31,58%, тип T/T - 21,05%.

Выводы. Выраженность лактоацидоза у спортсменов-единоборцев из Казахстана при нагрузке имеет зависимость от генотипов генов, регулирующих воспаление, энергетический обмен и возбудимость мышечных клеток.

Жуман А.Б., Мельдебекова А.А., Төлегенова Б. М.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО РАС (РАСТРОЙСТВО АУТЕСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА)

Кафедра «Семейная медицина», НАО «Карагандинский медицинский университет», Казахстан
Научный руководитель: Кенжетасева Замира Азиевна

Цель исследуования. Определить связь между генетической предрасположенностью и РАС. Найти возможные причины генетических патологий, которые приводят к РАС.

Материал и методы. Данный обзор сделан по данным в Cochrane library, Pubmed, MEDLINE, EMBASE, журнал Web of Science за период с 2020 по 2024 года, которые показывают результаты исследования связи между генетической предрасположенностью и аутизмом. По этим данным были собраны статистически значимые статьи о мутациях генов, возможных вариациях генов встречающиеся у разных полов указывающие на генетические факторы в появлении РАС у детей.

Результаты исследования. Анализ эпидемиологических данных показал устойчивое преобладание расстройства аутистического спектра (РАС) у мальчиков. По данным Centers for Disease Control and Prevention, в 2018 году РАС диагностировался у 1 из 59 детей, при этом среди мальчиков — у 1 из 37, а среди девочек — у 1 из 151 (соотношение 4:1). Обобщение 54 международных исследований (около 14 млн обследованных, 53 712 случаев РАС) подтверждает среднее соотношение полов 4:1. Отмечается тенденция к сокращению гендерного разрыва: при проведении профессиональной клинической оценки соотношение снижается до 3,25:1, что свидетельствует об улучшении диагностики у девочек. Генетические факторы вносят вклад 40–80% в риск развития РАС. Выявлено более 1000 потенциально ассоциированных генов. У 2–4% пациентов причиной являются редкие мутации или хромосомные аномалии. Исследование, опубликованное в Molecular Psychiatry, показало возможную роль гена CACNA1G в повышенном риске аутизма у мальчиков.

Выводы. На основании представленных данных установлено, что расстройство аутистического спектра значительно чаще диагностируется у мальчиков, при среднем соотношении 4:1. Однако совершенствование диагностических подходов приводит к постепенному сокращению гендерного разрыва, что указывает на ранее существовавшую недодиагностику у девочек. Генетические факторы играют ведущую роль в развитии РАС (40–80%), при этом выявлены многочисленные гены, потенциально связанные с заболеванием. Девочки, вероятно, обладают большей генетической устойчивостью к мутациям, связанным с аутизмом, что требует более высокой мутационной нагрузки для клинического проявления расстройства. Таким образом, полученные результаты подтверждают значимость генетических механизмов и необходимость дальнейшего совершенствования ранней диагностики с учетом гендерных особенностей.

Заирова М.Ф.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель- старший преподаватель Бабаходжаева З.Б.

Цель исследования. Оценить возрастные особенности и приверженность к лечению больных бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ 92 стационарных медицинских карт больных среднетяжелой и тяжелой БА госпитализированных в пульмонологическое отделение ГМЦ №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.

Заирова М.Ф.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

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

Научный руководитель – к.м.н., старший преподаватель Халикова Н.А.

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 коррелированного 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.

Заирова М.Ф.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Научный руководитель- к.м.н., старший преподаватель Халикова Н.А.

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%) мужчина 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.

Зайнаббиди Х.С.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

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

Цель исследования. Оценить влияние метаболического синдрома (МС) на показатели качества жизни у детей и подростков с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы исследования. В исследование были включены дети и подростки в возрасте от 7 до 19 лет с АО, выявленные в ходе скринингового обследования школьников средних образовательных учреждений города Душанбе в 2022–2023 гг. Всего было обследовано 2696 школьников, среди которых АО было выявлено у 303 детей и подростков. При последующем углублённом обследовании на базе городского эндокринологического центра в исследование были включены 107 пациентов с АО, из которых у 33 диагностирован МС.

Качество жизни детей и подростков оценивалось с использованием валидизированного опросника PedsQL 4.0 Generic Core Scales, включающего шкалы физического, эмоционального, социального и школьного функционирования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistic 8,0 и Excel.

Результаты исследования. Анализ показателей качества жизни показал, что у детей и подростков с МС ($n=33$) отмечалось более выраженное снижение показателей качества жизни по сравнению с пациентами с АО без МС ($n=74$). Наиболее значимые изменения наблюдались в шкалах физического и социального функционирования опросника PedsQL 4.0. Установлено, что у пациентов с МС чаще отмечались ограничения физической активности, повышенная утомляемость и снижение уровня участия в повседневной и социальной деятельности. В группе детей с АО без МС указанные изменения были менее выражены.

Таким образом, из 107 обследованных детей и подростков МС был выявлен у 33 (30,8%) пациентов, что сопровождалось более выраженным снижением показателей качества жизни по сравнению с группой детей с изолированным АО (74 пациента, 69,2%). Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии МС на физическое и социальное функционирование детей и подростков.

Выводы. 1. МС выявлен у 33 из 107 обследованных детей и подростков (30,8%) с АО и сопровождается достоверным снижением показателей качества жизни по сравнению с пациентами без МС.

2. Наиболее выраженное снижение показателей качества жизни отмечается по шкалам физического и социального функционирования: физическое функционирование составило 56,2 [40,6; 62,5] балла, а социальное — 50,0 [35,0; 75,0] балла, что значительно ниже по сравнению с пациентами с изолированным АО (65,6 [53,1; 84,3] и 75,0 [50,0; 90,0] баллов соответственно).

Зайнаббиди Х.С.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ В ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

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

Цель исследования. Оценить диагностическое значение перцентильных показателей окружности талии (ОТ) для выявления абдоминального ожирения (АО) у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди детей и подростков в возрасте от 7 до 19 лет, обучающихся в средних образовательных учреждениях города Душанбе. В скрининговом обследовании приняли участие 2696 школьников, из которых 1331 составили девочки и 1365 — мальчики. Всем обследуемым проводилось антропометрическое исследование, включавшее измерение роста, массы тела, ОТ и расчёт индекса массы тела. Оценка физического развития и выявление АО проводились с использованием перцентильных таблиц ОТ. На основании полученных данных в ходе исследования были разработаны перцентильные таблицы ОТ для детей и подростков таджикской популяции. Разработанный способ оценки физического развития детей и подростков защищён патентом № TJ 1644. По результатам обследования АО было выявлено у 303 детей и подростков. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 8.0 и Excel.

Результаты исследования. По результатам скринингового обследования 2696 детей и подростков в возрасте 7–19 лет АО было выявлено у 303 человек, что составило 11,2% обследованной популяции. Среди них 124 (40,9%) составили девочки и 179 (59,1%) — мальчики, что свидетельствует о более высокой распространенности АО среди мальчиков. Анализ антропометрических показателей показал, что использование перцентильных таблиц ОТ позволяет более точно выявлять АО у детей и подростков и проводить раннюю стратификацию кардиометаболического риска. Применение данного подхода позволило определить группу детей с повышенным риском развития метаболических нарушений и кардиометаболических осложнений. Установлено, что у части обследованных детей с АО при дальнейшем углубленном обследовании были выявлены метаболические нарушения, включая признаки метаболического синдрома, который был диагностирован у 33 из 107 пациентов (30,8%) с АО.

Выводы. 1. По результатам проведенного скринингового обследования АО выявлено у 11,2% детей и подростков школьного возраста города Душанбе, что свидетельствует о значительной распространенности данного фактора кардиометаболического риска в детской популяции.

2. Использование перцентильных показателей ОТ позволяет повысить точность диагностики АО и способствует более раннему выявлению детей с повышенным риском развития метаболического синдрома. Разработанные в ходе исследования перцентильные таблицы ОТ для таджикской популяции (патент № TJ 1644) могут быть использованы в клинической практике для более точной оценки физического развития детей и подростков.

Зайнутдинова А.А., Рахимова М.С.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАЙОНЕ РУДАКИ)

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель исследования. Оценить распространенность и степень стеатоза печени у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в районе Рудаки по данным ультразвукового исследования и проанализировать основные метаболические и антропометрические показатели.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 20 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, проживающих в районе Рудаки. Среди обследованных пациентов: 18 женщин (90%) 2 мужчины (10%). Возраст пациентов варьировал от 46 до 72 лет, средний возраст составил 58,4 года. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование печени для выявления жировой инфильтрации и определения степени стеатоза. Дополнительно анализировались показатели: уровень глюкозы крови, гликированного гемоглобина (HbA1c), общего холестерина. Также проводилась оценка антропометрических показателей (рост и масса тела) с расчетом индекса массы тела (ИМТ).

Результаты исследования. По данным ультразвукового исследования стеатоз печени выявлено у 100% обследованных пациентов. Распределение по степени стеатоза составило: I степень - 5 пациентов (25%), II степень - 13 пациентов (65%), III степень - 2 пациента (10%). Наиболее часто диагностировался стеатоз II степени, который выявлен у 65% пациентов. Средние лабораторные показатели составили: глюкоза крови - 13,4 ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1c) - 11,3 %, общий холестерин - 6,59 ммоль/л. Средний индекс массы тела составил 33,5 кг/м², что соответствует ожирению. Распределение пациентов по индексу массы тела: нормальная масса тела — 4 пациента (20%), избыточная масса тела - 4 пациента (20%), ожирение I степени - 4 пациента (20%), ожирение II степени - 6 пациентов (30%), ожирение III степени - 2 пациента (10%).

Таким образом, ожирение выявлено у 60% пациентов, что подтверждает значительную роль избыточной массы тела в развитии стеатоза печени.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют высокую распространенность стеатоза печени среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа в районе Рудаки. Наиболее часто выявляется стеатоз II степени (65%). Повышенные показатели глюкозы крови, гликированного гемоглобина и холестерина, а также высокий индекс массы тела подтверждают значительную роль метаболических нарушений и ожирения в развитии стеатоза печени. Полученные результаты подчеркивают необходимость раннего выявления стеатоза печени у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, а также проведения профилактических мероприятий, направленных на контроль массы тела и коррекцию метаболических нарушений.

Закария Э.К., Сафаров Ш.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

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

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения псориаза у детей в зависимости от возраста.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 312 пациентов с псориазом в возрасте 7-17 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» в 2019–2021 гг. Анализировались медицинские карты пациентов, включающие данные анамнеза заболевания, поло-возрастные характеристики, клинические формы псориаза, наличие семейного анамнеза, сезонность заболевания, частоту рецидивов, сопутствующие соматические заболевания и антропометрические показатели пациентов. Особое внимание уделялось изучению клинического течения заболевания по описанию

локального статуса, а также структуре коморбидной патологии и возможным триггерным факторам, способствующим развитию и обострению псориазического процесса.

Результаты исследования. Анализ историй болезни показал, что у детей наблюдались различные клинические формы псориаза. Наиболее часто диагностировалась папулёзно-бляшечная форма — у 39 (33,9%) пациентов. Экссудативная форма выявлялась у 36 (31,3%) детей, каплевидный псориаз — у 32 (27,8%), тогда как наиболее тяжёлая форма заболевания — псориазическая эритродермия — наблюдалась значительно реже и была выявлена лишь у 8 (7,0%) пациентов. Изучение анамнестических данных показало, что отягощённый семейный анамнез отмечался у 74 (64,3%) детей, что указывает на значительную роль наследственной предрасположенности в развитии заболевания. Сезонность псориазического процесса выявлялась у 47 (40,8%) пациентов. Частые рецидивы заболевания, возникающие два раза в год, отмечались у 39 (34,0%) детей. При оценке антропометрических показателей установлено, что высокий индекс массы тела среди обследованных пациентов не выявлялся ни в одном случае.

Анализ сопутствующей патологии показал, что у 73 (63,4%) детей с псориазом наблюдались различные коморбидные заболевания. Среди них наиболее часто диагностировались заболевания органов желудочно-кишечного тракта — у 23 (31,5%) пациентов, кишечные паразитарные инфекции — у 22 (30,1%), эндокринные нарушения — у 19 (26,2%) и заболевания мочевыделительной системы — у 9 (13,7%) пациентов. При этом установлено, что у большинства детей — 46 (63,0%) пациентов — выявлялось сочетание 1–3 сопутствующих заболеваний, что соответствовало низкой коморбидности. Средняя коморбидность (наличие 4–5 сопутствующих заболеваний) наблюдалась у 27 (37,0%) детей.

Выводы. Псориаз у детей характеризуется высокой частотой наследственной предрасположенности, наличием сопутствующей соматической патологии и рецидивирующим течением. Отмечается тенденция к увеличению частоты заболевания в детском возрасте, что требует своевременного выявления триггерных факторов и комплексного обследования пациентов.

Зиёходжаев Б., Мирзовалиева О., Шамсова Д.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

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

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

Цель исследования. Определить частоту нарушений ритма сердца у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республиканском клиническом центре сердечных заболеваний. Под нашим наблюдением находились 40 пациентов с диагнозом инфаркт миокарда. Из них 19 - мужчин и 21 - женщин. Всех больных беспокоили: головная боль, слабость, перебои в сердце, отёки, повышение АД до 170/100 мм. рт. ст. В течение нескольких лет пациенты состояли на учёте у кардиолога с диагнозом гипертоническая болезнь. Срок болезни пациентов составил от 3-х до 12 лет. Всем пациентам проводили общеклинические методы исследования ЭКГ, ЭхоКГ. Пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 19 пациентов, которым назначали кордарон. Вторую группу составили 21 пациент, получавших метопролол. На ЭКГ выявлены подъём сегмента ST в грудных отведениях более 3 мм, у 4-х пациентов — расширение и углубление сегмента Q. На ЭхоКГ отмечено снижение ФВ от 55% до 45%.

Результаты исследования. В первой группе у пациентов АД повышалось от 150/100 мм. рт. ст. до 170/110 мм. рт. ст. На ЭКГ: синусовый ритм, ЭОС отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы. ЭхоКГ: ФВ составила 55%, признаки гипертрофии левых отделов сердца, подъём сегмента ST в грудных отведениях более 3 мм. Больным назначена нейролептанальгезия с фентанилом и дроперидолом, антикоагулянтная и гипотензивная терапия. Суточное мониторирование ЭКГ: одиночные желудочковые экстрасистолы. Данные пациенты получали: кордарон по 50 мг в сутки, кардиомагнил по 75 мг в сутки, милдронат по 10,0 в/в струйно, панангин 10,0 в/в струйно. Вторую группу составили пациенты, у которых на ЭКГ, кроме экстрасистолы, выявлены эпизоды бигеминии и тригеминии, пароксизм желудочковой тахикардии. На ЭхоКГ - явления гипертрофии левых и правых отделов сердца, ФВ составила 47%. Пациенты получали соответствующую терапию. Из гипотензивных препаратов пациентам назначен метопролол 25 мг/с. Получали также: милдронат по 10,0 в/в струйно, панангин по 10,0 на физиологическом растворе 10,0 в/в струйно, кардиомагнил по 75 мг ежедневно. Состояние пациентов в обеих группах улучшилось. Цифры АД снизились и стабилизировались. Экстрасистолы намного уменьшились. На ЭхоКГ в обеих группах ФВ повысилась до 59% и 60%. Признаки гипертрофии левых отделов сердца остаются неизменёнными.

Выводы. Препараты кордарон и метопролол являются эффективными препаратами пациентам, перенёсших инфаркт миокарда.

Зикриёева Г.Л., Саидакобирзода Ф.С., Умарова Ф.З.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Хайдарова С.Ф.

Цель исследования. Изучить клинические особенности острого и хронического цистита у детей.

Материал и методы. Нами было обследовано 34 больных в возрасте от 1 год 2мес. до 10 лет с острым и хроническим циститом (дети от 2 лет - 14, старше 2-х лет 20), которые находились под наблюдением в ГЦЗ №12. Всем больным проводились клинико-лабораторные обследования (общий анализ крови, мочи, кала),

урография, обзорная рентгенография мочевыводящих путей, бактериологические исследования мочи (посев мочи на флору, бактериурия, проба Нечипоренко, проба Зимницкого).

Результаты исследования. Частота различных проявлений острого и хронического цистита различалась в зависимости от возраста. У детей до 2 лет чаще протекал острый цистит (12 больных), у детей старше 2 лет на фоне инфекционно-воспалительного заболевания наблюдался хронический цистит. Кроме того, наблюдались пороки развития мочевыводящих путей (удвоенная почка, мочеточники, мочекаменная болезнь).

Острый цистит протекал с лихорадкой, бледностью кожных покровов, снижением аппетита, диспепсическими расстройствами, задержкой физического развития, отмечалась мутная моча с неприятным запахом, рвота, часто диагноз проходит как ОРВИ, пневмония или бактериальная диарея.

Хронический цистит протекало малосимптомно, с частыми позывами к мочеиспусканию. Полиурия, недержание мочи, мутная моча с неприятным запахом, болезненное мочеиспускание, иногда с болью в животе.

Выводы. Клинически острый цистит у детей протекал с беспокойным поведением ребенка, с симптомами интоксикации, дизурическими явлениями, моча идет малыми интервалами. Хронический цистит чаще вторичный, малосимптомный, частые позывы к мочеиспусканию.

Зокиров А.С., Ибраимова Р.Ш., Косимов С.С.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОГО НЕГЛЕКТА: ВКЛАД БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Оценить эффективность биоакустической коррекции в составе комплексной реабилитации пациентов с постинсультным неглектом, анализируя её влияние на пространственное восприятие, зрительно-пространственное внимание, конструктивные функции и скорость когнитивной переработки информации.

Материал и методы. В период с 2022 по 2025 года нами проводились исследования на базе реабилитационного центра ООО «Пайрави Сино». Всего было исследовано 127 человек, из которых 57 пациентов составили женщины (39,4%) и 70 пациентов - мужчины (60,6%), в возрасте от 61 до 79 лет в раннем реабилитационном периоде полушарного ишемического инсульта (ИИ), атеротромботического подтипа. Была проведена оценка влияния применения БАК-терапии в составе комплексной реабилитационной программы на восстановление двигательных функций. Для оценки использовались нейропсихологические тесты, наиболее чувствительные к проявлениям синдрома неглекта: Line Bisection Test (LBT), Star Cancellation Test (SCT), тест копирования сложных фигур (Методика Рея-Остеррица: Бостонский вариант).

Результаты исследования. По результатам проведённого исследования, признаки неглекта различной степени выраженности наблюдались у 49,1% пациента с ППИ. Клинически это проявлялось: игнорированием левой половины лица или тела (41,8%); пропусками букв или слогов в левой части при чтении (36,4%); смещением рисунков вправо при копировании (30,9%); затруднением ориентации в пространстве (49,1%). Наличие неглекта существенно затрудняло процесс реабилитации, снижало самостоятельность пациента и ухудшало адаптационные возможности. БАК проводилась в составе комплексной реабилитации у 28 пациентов с ППИ, в то время как контрольная группа (n=27) получала стандартную терапию без БАК. Полученные результаты отражают влияние курса БАК на динамику восстановления пространственного восприятия и зрительно-моторного внимания у пациентов с ИИ.

По данным теста LBT, среднее смещение от центра линии уменьшилось с 12 [10-15] мм до 6 [4-8] мм (снижение на 50,8%, $p<0,01$), что свидетельствует о достоверном восстановлении симметрии пространственного восприятия. Это отражает улучшение межполушарной координации и снижение степени одностороннего пространственного игнорирования. В тесте SCT количество ошибок (пропущенных звёздочек) снизилось вдвое - с 9 [6-11] до 4 [3-6] (уменьшение на 50,0%, $p<0,01$). Такой результат указывает на значительное улучшение зрительно-пространственного внимания и способности к сканированию поля зрения. В тесте копирования фигур отмечено достоверное повышение точности выполнения задания - с 5 [4-6] до 7 [7-8] балла, что соответствует росту показателя на 46,9% ($p<0,01$). Этот показатель отражает восстановление зрительно-конструктивной координации, улучшение пространственного анализа и планирования движений. Показатель времени реакции на зрительные стимулы уменьшился с 2,6 [2,1-3,1] до 1,8 [1,5-2,1] сек. (улучшение на 30,7%, $p<0,01$), что демонстрирует повышение скорости когнитивной переработки информации и восстановление внимания.

Выводы. Биоакустическая коррекция продемонстрировала высокую эффективность в коррекции постинсультного неглекта, способствуя восстановлению межполушарной координации и улучшению адаптационных возможностей пациентов.

Зокиров А.С., Файзуллоев А.Х., Мехрубони Саидбек

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Оценить влияние включения биоакустической коррекции в стандартную программу реабилитации на уровень функциональной независимости, когнитивные функции и эмоционально-аффективное состояние пациентов с постинсультными нарушениями

Материал и методы. В период с 2022 по 2025 года нами проводились исследования на базе реабилитационного центра ООО «Пайрави Сино». Всего было исследовано 127 человек, из которых 57 пациентов составили женщины (39,4%) и 70 пациентов - мужчины (60,6%), в возрасте от 61 до 79 лет в раннем реабилитационном периоде полушарного ишемического инсульта (ИИ), атеротромботического подтипа. Была проведена оценка влияния применения БАК-терапии в составе комплексной реабилитационной программы на восстановление двигательных функций. Исследование активности в повседневной жизни и уровня социальной адаптации (инвалидизации) осуществлялась при помощи индекса Бартела (Barthel ADL Index) и профиля PULSES (PULSES Profile), когнитивные функции по шкале МоСА, эмоционально-аффективные нарушения оценивались по шкале РНҚ-9,

Результаты исследования. По индексу Бартела, характеризующему уровень функциональной независимости, положительная динамика также была более выраженной в подгруппах с БАК. Медианные значения повысились с 47 до 64 баллов у пациентов ЛПИ-1 и с 50 до 65 баллов у пациентов ППИ-1. Это соответствует росту функциональной самостоятельности на 31-33%, что достоверно превышает результаты подгрупп ЛПИ-2 и ППИ-2, где прирост составил лишь 15-20% ($p<0,01$).

При анализе когнитивных функций по шкале МоСА установлено достоверное улучшение показателей у пациентов, проходивших курс БАК: в подгруппе ЛПИ-1 показатель вырос с 19 до 25 баллов, а в ППИ-1 - с 20 до 25 баллов ($p<0,001$). У пациентов, получавших только стандартную терапию, улучшение также отмечалось, но в меньшей степени (до 22 баллов). Это свидетельствует о том, что включение БАК способствует ускоренной нормализации когнитивных процессов и восстановлению интегративной активности мозга.

Эмоционально-аффективные нарушения, оцениваемые по шкале РНҚ-9, также демонстрировали позитивную динамику под воздействием БАК. Медианные значения снизились с 12 до 7 в подгруппе ЛПИ-1 и с 11 до 7 у пациентов ППИ-1, что отражает уменьшение депрессивной симптоматики почти на 40%. В подгруппах без БАК снижение было менее выраженным (до 9 баллов), что подтверждает антистрессорный и эмоционально-стабилизирующий эффект методики.

Выводы. Таким образом, включение БАК в комплекс реабилитационных мероприятий достоверно усиливает восстановительные процессы как при левополушарных, так и при правополушарных инсультах. У пациентов с левополушарной локализацией преимущественно отмечалось улучшение когнитивных и речевых функций, тогда как при правополушарных инсультах - более выраженная коррекция пространственного внимания и эмоционального фона.

Зокиров А.С., Файзуллоев А.Х., Мехрубони Саидбек

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Оценить влияние включения биоакустической коррекции в стандартную программу реабилитации на уровень функциональной независимости, когнитивные функции и эмоционально-аффективное состояние пациентов с постинсультными нарушениями

Материал и методы. В период с 2022 по 2025 года нами проводились исследования на базе реабилитационного центра ООО «Пайрави Сино». Всего было исследовано 127 человек, из которых 57 пациентов составили женщины (39,4%) и 70 пациентов - мужчины (60,6%), в возрасте от 61 до 79 лет в раннем реабилитационном периоде полушарного ишемического инсульта (ИИ), атеротромботического подтипа. Была проведена оценка влияния применения БАК-терапии в составе комплексной реабилитационной программы на восстановление двигательных функций. Исследование активности в повседневной жизни и уровня социальной адаптации (инвалидизации) осуществлялась при помощи индекса Бартела (Barthel ADL Index) и профиля PULSES (PULSES Profile), когнитивные функции по шкале МоСА, эмоционально-аффективные нарушения оценивались по шкале РНҚ-9,

Результаты исследования. По индексу Бартела, характеризующему уровень функциональной независимости, положительная динамика также была более выраженной в подгруппах с БАК. Медианные значения повысились с 47 до 64 баллов у пациентов ЛПИ-1 и с 50 до 65 баллов у пациентов ППИ-1. Это соответствует росту функциональной самостоятельности на 31-33%, что достоверно превышает результаты подгрупп ЛПИ-2 и ППИ-2, где прирост составил лишь 15-20% ($p<0,01$).

При анализе когнитивных функций по шкале МоСА установлено достоверное улучшение показателей у пациентов, проходивших курс БАК: в подгруппе ЛПИ-1 показатель вырос с 19 до 25 баллов, а в ППИ-1 - с 20 до 25 баллов ($p<0,001$). У пациентов, получавших только стандартную терапию, улучшение также отмечалось, но в меньшей степени (до 22 баллов). Это свидетельствует о том, что включение БАК способствует ускоренной нормализации когнитивных процессов и восстановлению интегративной активности мозга.

Эмоционально-аффективные нарушения, оцениваемые по шкале РНҚ-9, также демонстрировали позитивную динамику под воздействием БАК. Медианные значения снизились с 12 до 7 в подгруппе ЛПИ-1 и с 11 до 7 у пациентов ППИ-1, что отражает уменьшение депрессивной симптоматики почти на 40%. В подгруппах без БАК снижение было менее выраженным (до 9 баллов), что подтверждает антистрессорный и эмоционально-стабилизирующий эффект методики.

Выводы. Таким образом, включение БАК в комплекс реабилитационных мероприятий достоверно усиливает восстановительные процессы как при левополушарных, так и при правополушарных инсультах. У пациентов с левополушарной локализацией преимущественно отмечалось улучшение когнитивных и речевых

функций, тогда как при правополушарных инсультах - более выраженная коррекция пространственного внимания и эмоционального фона.

Зокирова М. Н., Шоназарова М. А., Кувватова Г. Х.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Уроков К.З.

Цель исследования. Сравнение эффективности антикоагулянтной терапии при хронической обструктивной болезни лёгких.

Материал и методы. В данное исследование были включены 12 больных с поставленным клиническим диагнозом, которые получили лечение в пульмонологическом центре г. Душанбе, Таджикистан, в период с 2024 - 2025 гг.: 8 (66,6%) обструктивный бронхит и 4 (33,3%) — бронхиальная астма инфекционно-токсическая форма. Больные с коморбидными патологиями в исследование не включались. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 10 больных и во вторую 11. Во время исследования больные сдавали общий анализ крови (ОАК), рентгенографию грудной клетки, КТ - грудной клетки, ФВД, анализ мокроты на чувствительность. Больным первой группы была назначена антикоагулянтная терапия в виде гепарина по 5000 ЕД, а второй группе был назначен гепарин.

Результаты исследования. Все больные получали базисную терапию (антиагреганты, антикоагулянты, статины, бетаблокаторы, диуретики и др.) и по показанию симптоматическую терапию. Все больные перенесли терапию хорошо, побочных реакций не выявлено. У больных, которые принимали варфарин, ежедневно контролировали АЧТВ ВСК. Средние показатели составили 3,5+0,5. У одного больного во время исследования повысилась ВСК выше нормы и препарат был отменен. Другим больным, которые принимали клексан после еды, не требовалось изменений в динамике ССК. Ни у одного больного не было выявлено кровотечение из желудочно-кишечного тракта.

Вывод. В данном клиническом исследовании, которое проводилось с целью сравнения препаратов стрептокиназа и антикоагулянта были получены следующие выводы: 1. От клексан риск кровотечения из ЖКТ меньше, чем гепарин, что не отмечалось в нашей практике. 2. Клексан является удобным в применении, чем гепарин, в котором не требуется прослеживания ВСК регулярно, что не удобно при длительных лечениях. Все эти выводы являются относительными, для достоверных результатов требуется дальнейшее исследование.

Зокирова М.Н.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель: Шарифов М.М

Цель исследования. Изучить особенности поражения почек у больных ревматоидным артритом на основании клинических и лабораторных исследований

Материал и методы. В данное исследование были включены 15 больных с поставленным клиническим диагнозом, которые получили лечение. Больной С.И. 68 лет, поступил в гематологическое отделение ГУНМЦРТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на головные боли, головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, слабость, повышенную потливость, повышение давления, появление синих пятен, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов. Наследственность неотягощена. Больному были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, стерильная пункция, ЭКГ, ЭхоКГ грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Осмотр: общее состояние больной тяжёлое, кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Объективно: А/Д-150/100 мм.рт.ст., ЧД 22-разавмин., одышка, тахикардия, живот болезненный, рентгенография в эпигастральной области. Печень неувеличена, селезенка +3см.

Вобщем анализе крови: Эр-2,29. Нв-65 г/л. НР-0,8. Лей-12.79. Тром-142. Эоз-1,27. Лимф-88,16. Мон-2,86%. СОЭ-20мм/ч. В общем анализе мочи: белок-0,066 г/л, лей-3-4, эр-3-4, цилиндры-0-1, оксалаты. Биохимический анализ крови: общий белок-39,0, общий билирубин-19,0, билирубин связанный-4,0, билирубин свободный-15,0, АЛАТ-38 Ед/л, АСАТ-30 Ед/л.

Миелограмма: КМ-й пунктат клеточный. Кол-во бластных клеток неувеличено. Единичные клетки гранулоцитарного ряда, 81% лимфоциты. Единичные N-бласты. Тельца Гумпрехта, мегакариоцитов нет.

Коагулограмма: протромбиновое время– 16,3сек., протромбиновый индекс- 115%, ВРП- 158 сек, фибриноген-3,85, фибрин - 6мг, АЧТВ-30,9 сек, МНО-1,18. ЭКГ: ритм сердечасинусовый 96 уд. вмин. ЭОС безуклона. Гипертрофия левого желудочка. ЭхоКГ: ФВ 57%. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка. Уплотнение стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Митральная регургитация 1ст. Трикуспидальная регургитация 1-2ст. В правых камерах тень электрода ЭКС. УЗИ: двусторонний плеврит.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациентке был поставлен диагноз: «Хронический лимфолейкоз, II-я клиническая стадия. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2-й степени, риск 3. ИБС. Распространённый кардиосклероз. Состояние после стентирования коронарных сосудов».

Было проведено лечение: физ. раствор 0,9% 500,0 + ритуксимаб 500млв/в. рибоксин 2% 10,0 в/в. NaCl 0,9% 200,0 + бендамустин 100мгв/в№2, аллопуринол 100мг1тбх 3раза. ондансетрон 5,0 х 2разав/в. мексилейд 10,0 в/в.дексаметазон 8мгх 1 разв/в. ризопрол 1тбх 1раз, панангин 1тбх 3раза. Эритроцитарная масса.

Выводы. Любые сопутствующие заболевания сердца на фоне хронического лимфолейкоза тяжело протекают, изза такими большим и как перенесшими стентирование коронарных сосудов, нужен индивидуальный подход к лечению и особое наблюдение за их общим состоянием.

Зувайдов Х.Ф.¹, Усмонзода Б.Н.², ¹Кабилов М.А.

СЛУЧАИ ОРХИТА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

¹Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Матинов Ш.К.

Цель исследования. Изучить клиническое течение орхита у больного с хроническим бруцеллёзом.

Материал и методы. В исследовании приведены данные истории болезни пациента, получавшего стационарное лечение в ГКИБ г. Душанбе с диагнозом: хронический бруцеллёз. Для постановки диагноза были использованы клинические, лабораторные методы исследования и УЗИ.

Результаты исследования. Пациент С., 36 лет, обратился 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, ухудшение общего состояния. После физических нагрузок у больного развились резкая боль и отёчность 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 селезёнки. По данным лабораторных методов исследования, серологические реакции Райта 1:600 и Хеддельсона - резко положительные, а также иммуноферментный анализ (ИФА) на иммуноглобулин Ig G положительный. При проведении ультразвукового исследования урогенитальной системы отмечалось увеличение придатков правого яичка и самого яичка с неоднородной структурой, что и подтвердило диагноз: обострение хронического бруцеллёза, с осложнённым орхитом.

В состав патогенетической терапии входили: инфузии 5% раствора Декстрозы + аскорбиновая кислота и приём Супрастина по 1 таблетке дважды в день после еды 10 дней и нестероидные противовоспалительные препараты. Карсил по 2 капсулы 3 раза в день для снижения вероятности лекарственного поражения печени назначался Карсил по 2 таблетки 3 раза в сутки сроком на один месяц. Линекс-форте по 1 кап 3 раза в день 10 дней. На фоне проводимой терапии на 15-й день терапии состояние больного улучшилось, отёки и болезненность яичка прошли, и в удовлетворительном состоянии больного выписали с рекомендацией продолжить прием доксицилина (100 мг 2 раза в сутки) под наблюдением врача кабинета инфекционных заболеваний по месту жительства.

Вывод. Таким образом, у больных хроническим бруцеллезом могут развиваться осложнения со стороны урогенитальной системы в виде орхитов/орхоэпидидимитов, что необходимо учитывать практическим врачам при постановлении диагноза.

Зуфарзода С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И 3-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Юсупова М.Х.

Цель исследования. Оценить особенности клинической картины и 3-летнюю выживаемость больных ИБС после перенесенного инфаркта миокарда на фоне депрессивных расстройств (ДР).

Материал и методы. Включено 48 пациентов, 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 таблетки ($p=0,0001$). 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.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Андижанский Областной Многопрофильный Медицинский Центр, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Оценить влияние включения нейропротективной терапии (цитиколина) в схему реабилитации на частоту развития и тяжесть постинсультной депрессии (ПСД) у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. В открытом рандомизированном исследовании участвовали 98 пациентов, перенесших ишемический инсульт в каротидном бассейне, находящихся на стадии раннего восстановительного периода (от 3 недель до 3 месяцев). Пациенты были разделены на две сопоставимые по возрасту и исходному неврологическому дефициту (шкала NIHSS) группы. Основная группа (ОГ) (n=48) получала стандартную базисную терапию и реабилитационные мероприятия в сочетании с курсом нейропротекции (цитиколин 1000 мг/сут в/в перорально, курс 45 дней). Контрольная группа (КГ) (n=50) получала только стандартное лечение. Для диагностики депрессивных расстройств использовалась Шкала депрессии Гамильтона (HAM-D) и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Оценка проводилась исходно и через 3 месяца наблюдения.

Результаты исследования. Анализ частоты развития постинсультной депрессии показал выраженный превентивный эффект нейропротективной терапии. В основной группе клинически выраженная депрессия (балл по HAM-D > 17) к концу 3-го месяца наблюдалась у 16,7% пациентов, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 42,0% (p<0,01). Субклинические формы депрессии также реже встречались в ОГ (20,8% против 32,0% в КГ).

Нейропсихологическое тестирование выявило, что в ОГ средний балл по шкале HAM-D снизился с $13,4 \pm 1,2$ до $6,5 \pm 0,8$, что свидетельствовало о полной редукции аффективной симптоматики у большинства пациентов. В КГ динамика была менее выраженной: с $13,1 \pm 1,1$ до $10,8 \pm 1,0$ (p<0,05), при этом у значительной части пациентов сохранялась астения, ангедония и тревожность.

Установлена прямая корреляционная связь между степенью восстановления неврологического дефицита и снижением выраженности депрессивных симптомов (r=-0,64). Применение цитиколина способствовало более значимому регрессу моторного дефицита (снижение NIHSS на 45% против 28% в контроле), что, по-видимому, опосредовано улучшением метаболизма в лимбических структурах и префронтальной коре, отвечающих за регуляцию эмоций.

Выводы. Использование нейропротективной терапии (цитиколина) в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта статистически значимо снижает риск формирования постинсультной депрессии (более чем в 2,5 раза) и уменьшает тяжесть аффективных нарушений. Протективное влияние реализуется как за счет прямого улучшения нейрометаболизма в эмоциогенных зонах мозга, так и опосредованно — через ускорение восстановления функционального дефицита, что повышает социальную адаптацию пациентов.

Зухритдинов У.Ю., Адамбаев З.И.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТА НЕЙРОАИД II В КОРРЕКЦИИ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ И РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Андижанский Областной Многопрофильный Медицинский Центр, Узбекистан

Ургенчский государственный медицинский институт, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и нейропротективный потенциал фитопрепарата НейроАид II в восстановлении высших корковых функций (памяти, внимания, праксиса) и речевых нарушений у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. В рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование было включено 68 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет, перенесших ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии 6–12 месяцев назад. Все пациенты имели постинсультные когнитивные нарушения (легкие и умеренные) и афатические расстройства (моторная или сенсорная афазия). Пациенты основной группы (n=34) на фоне стандартной нейрореабилитации получали НейроАид II по 2 капсулы 3 раза в сутки в течение 3 месяцев. Группа сравнения (n=34) получала плацебо. Оценка когнитивного статуса проводилась с помощью шкал MMSE, MoCA и теста лурийской батареи, речевой функции – по методике Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE). Исследование проводилось исходно, через 6 недель и по завершении курса терапии.

Результаты исследования. Детальный анализ динамики неврологического дефицита показал, что включение НейроАид II в схему реабилитации способствовало статистически значимому регрессу когнитивных и речевых нарушений по сравнению с группой плацебо. К концу 3-го месяца наблюдения общий балл по шкале MMSE в основной группе увеличился с $21,4 \pm 1,2$ до $25,8 \pm 1,5$ (p<0,05), тогда как в группе контроля прирост составил лишь 1,2 балла (с $21,8 \pm 1,1$ до $23,0 \pm 1,3$), что не являлось статистически значимым.

В частности, у пациентов основной группы отмечалось существенное восстановление мнестических функций: краткосрочная память улучшилась на 40%, а произвольное внимание – на 35% согласно результатам субтестов шкалы MoCA. При оценке речевой функции восстановление экспрессивной речи (номинальная и предикативная) было достигнуто у 65% пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе данный показатель не превышал 28% (p<0,01). У пациентов с моторной афазией объем спонтанной речи увеличился в среднем на 15–20 слов в минуту, что свидетельствовало об активизации резервных возможностей корковых речевых центров.

Корреляционный анализ выявил прямую зависимость между длительностью приема препарата и степенью восстановления праксиса и гнозиса ($r=0,61$). Наилучший терапевтический ответ наблюдался у пациентов с умеренной степенью когнитивного дефицита и локализацией очага в левом полушарии, что подтверждает гипотезу о модуляции нейропластичности за счет антиоксидантного и нейротрофического действия компонентов препарата.

Выводы. Использование фитопрепарата НейроАид II в комплексной терапии пациентов в отдаленном периоде инсульта демонстрирует высокую клиническую эффективность в коррекции высших корковых функций и афазий. Препарат достоверно ускоряет процессы нейрорепарации, улучшает когнитивный потенциал и речевую коммуникацию, что позволяет рекомендовать его для включения в протоколы нейрореабилитации данной категории больных.

Ибадуллаева Н.Д.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЕТОНОВ В МОЧЕ В РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ 1-5 ЛЕТ

Кафедра терапевтических предметов EMU University, Узбекистан.

Научный руководитель – профессор, Хакимов Д.П.

Цель исследования. Дифференциация между диареями бактериальной и вирусной этиологии, так как в первом случае необходимо проведение антибактериальной терапии, а во втором лечение только симптоматическая и патогенетическая.

Материал и методы. Были обследованы 63 ребенка от 1 года до 5 лет, поступающих в клинику EMU в течение 3 лет (2022-2025 гг) с острым началом диареи (в 19 случаях и рвоты) в первые 3 дня от начала заболевания. Также было измерены кетоны в моче и лейкоциты в кале у 79 детей без диареи и рвоты. В их комплексной оценке был применен тест определения кетонов в моче экспресс тестом URINE-10. Также был исследовано количество лейкоцитов в кале. Положительным считался больше 15 клеток в пробе кала. У детей с высокими кетонами (больше 0,5 ммоль/л) в моче не были использованы антибактериальные средства. У детей с отрицательным результатом кетонов в моче, были использованы эти лекарства (стартовый препарат – нифуроксазид, при отсутствии эффекта на вторые сутки была проведена смена лекарства на антибиотик). Была отслежена течение и исход заболевания по телефону. Были рассчитаны эпидемиологические результаты: чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного результата и прогностическая ценность отрицательного результата.

Результаты исследования. По исходам течения заболевания у детей с диареей из 63, у 39 была определена вирусная кишечная инфекция (или верифицирована в больнице при госпитализации (7) или спонтанное выздоровление без антибактериальной терапии (32)) у 37 были обнаружены кетоны в моче. У 79 детей без диареи кетоны только у 1 ребенка было повышен уровень кетонов в моче. Чувствительность теста для выявления вирусной кишечной инфекции – 0,94, специфичность теста – 0,98, прогностическая ценность положительного результата – 0,97, прогностическая ценность отрицательного результата – 0,97

Выводы. Определение кетонов в моче имеет высокую диагностическую ценность, в раннем периоде (первые 3 дня), но в комплексном обследовании. Объясняется тем, что вирусные кишечные диарейные заболевания протекают, преимущественно с осмотическим механизмом в просвете кишечника, приводят к острому дефициту глюкозы. Кетоновые тела в моче (кетонурия), включая ацетон, ацетоуксусную и бета-гидроксимасляную кислоты, повышаются, когда организм начинает использовать жиры в качестве основного источника энергии из-за дефицита легкодоступной глюкозы в клетках.

Ибрагимов А.Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.

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

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

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированной антибактериальной терапии у пациентов с внебольничной пневмонией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное сравнительное исследование 47 пациентов, проходивших лечение в пульмонологическом отделении ГУ НМИЦ «Шифобахш» (г. Душанбе, Республика Таджикистан). Возраст пациентов варьировал от 35 до 68 лет. Медиана возраста составила 54,1 года. Мужчины - 55%, женщины - 45%. Все пациенты имели сопутствующую патологию: сахарный диабет 2 типа, хроническую сердечную недостаточность и/или артериальную гипертензию.

Критерии включения: длительность лихорадки более 10 дней до госпитализации, уровень С-реактивного белка (СРБ) до 48 ± 10 мг/л, лейкоцитоз до 13×10^9 /л, наличие экссудативного плеврита, подтвержденного клинико-рентгенологическим и ультразвуковым исследованием.

Пациенты были разделены на две сопоставимые по возрасту, полу и структуре коморбидности группы. Основная группа ($n=24$) получала меропенем по 1,0 в сутки внутривенно капельно в комбинации с моксифлоксацином по 400 мг в сутки внутривенно капельно. Группа сравнения ($n=23$) принимала цефалоспорины III-го поколения, назначили по 1,0 гр два раза в сутки. Пациентов беспокоила длительная лихорадка, у 9 пациентов на рентгенографии легких выявлен плевральный выпот. Исследовали динамику СРБ, лейкоцитоза, продолжительность госпитализации.

Результаты исследования. В основной группе длительность лихорадки после начала терапии составила $4,3 \pm 1,2$ дня, в группе сравнения $6,8 \pm 1,5$ дня ($p < 0,002$). Снижение СРБ к 7-м суткам было более выраженным при комбинированной терапии ($18,6 \pm 4,3$ мг/л против $29,7 \pm 5,2$ мг/л; $p < 0,01$). Нормализация уровня лейкоцитов отмечалась раньше в основной группе ($p < 0,03$). Резорбция плеврального выпота в течение 14 дней наблюдалась у 82% пациентов основной группы и у 61% в группе цефалоспоринов ($\chi^2=4,1$; $p < 0,04$). Средняя продолжительность госпитализации составила $9,2 \pm 1,3$ дня против $11,1 \pm 1,6$ дня соответственно ($p < 0,005$). Серьезных нежелательных явлений, требующих отмены терапии, зарегистрировано не было.

Таким образом, комбинированная терапия с меропенемом и моксифлоксацином у пациентов с внебольничной пневмонией, осложнённой экссудативным плевритом и сопутствующей соматической патологией, ассоциирована со статистически значимым сокращением длительности лихорадки, более быстрой регрессией воспалительных маркеров и уменьшением сроков госпитализации по сравнению с терапией цефалоспоринов. Полученные данные указывают на потенциальные преимущества комбинированной схемы в данной клинической категории пациентов и требуют подтверждения в проспективных рандомизированных исследованиях.

Вывод. Комбинированная терапия с меропенемом и моксифлоксацином у пациентов с внебольничной пневмонией, осложнённой экссудативным плевритом и сопутствующей соматической патологией эффективнее применения цефалоспоринов.

Ибрагимов М.Ш.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА С УЧЁТОМ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ФЕНОТИПА: ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ДИНАМИКУ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА

Ташкентский городской филиал по психиатрии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Алимов У.Х.

Цель исследования. Оценить эффективность дифференцированного подхода к лечению психических расстройств (депрессия, тревога, апатия) при цереброваскулярной болезни на основе магнитно-резонансного фенотипирования поражения головного мозга и его влияния на качество жизни и когнитивные функции.

Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование было включено 105 пациентов (средний возраст $62,4 \pm 5,6$ лет) с сосудистыми психическими расстройствами. На основании данных МРТ головного мозга все пациенты были стратифицированы на два клинико-нейровизуализационных фенотипа: 1-я группа ($n=52$) - «субкортикальный фенотип» (доминирование лакунарных инфарктов и лейкоареоза в глубоких структурах белого вещества); 2-я группа ($n=53$) - «кортикальный фенотип» (доминирование корковой атрофии и постинсультных кист). Пациенты каждой группы методом рандомизации были разделены на подгруппы: получавшие стандартную терапию (СИОЗС) и получавшие персонализированную терапию (в 1-й группе - акцент на препараты с норадренергическим и дофаминергическим действием для коррекции апатии; во 2-й группе - добавление нейрометаболических и мемантина). Оценка проводилась по шкалам HAM-D, MMSE, MoCA и опроснику качества жизни SF-36 исходно и через 6 месяцев.

Результаты исследования. Детальный анализ полученных данных показал, что выбор психофармакотерапии с учетом нейровизуализационного фенотипа обеспечивает более выраженный клинический эффект. В подгруппе пациентов с «субкортикальным фенотипом», получавших персонализированную терапию, редукция симптомов депрессии по шкале HAM-D составила 68% (против 42% в группе стандартной терапии, $p < 0,05$). Наиболее значимо было снижение уровня апатии и инертности, что связано с модуляцией дофаминергических путей, проходящих через поврежденные подкорковые узлы. В группе «кортикального фенотипа» использование комплексной терапии способствовало не только стабилизации эмоционального фона, но и замедлению темпов когнитивного снижения. Прирост баллов по шкале MoCA в данной группе составил в среднем $2,8 \pm 0,4$ балла, тогда как на фоне монотерапии антидепрессантами отмечалась лишь минимальная положительная динамика ($0,5 \pm 0,2$ балла), а в ряде случаев - нарастание мнестических нарушений.

Корреляционный анализ выявил прямую сильную связь ($r=0,74$) между снижением выраженности тревожно-депрессивных расстройств и показателями качества жизни по ментальному компоненту здоровья (MH) опросника SF-36 только в группах персонализированной терапии. У пациентов с сочетанием выраженной атрофии и тяжелого лейкоареоза («смешанный фенотип») наилучшие результаты были достигнуты при ступенчатом назначении терапии с контролем побочных вегетативных эффектов, что позволило избежать ортостатической гипотензии и падений.

Выводы. Персонализированный подбор терапии психических расстройств сосудистого генеза с учетом МРТ-фенотипа (субкортикального или кортикального) позволяет значительно улучшить функциональные исходы. Учет локализации и характера структурного поражения мозга способствует оптимизации нейротрансмиттерного баланса, повышает качество жизни и обладает нейропротективным эффектом в отношении когнитивной сферы, подтверждая необходимость интеграции нейровизуализационных данных в психиатрическую практику.

Ибрагимов М.Ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ СОСУДИСТОЙ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕДУКЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Ташкентский городской филиал по психиатрии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья, Узбекистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость комбинации сосудистой терапии (цитиколин) и психофармакологического средства (эсциталопрам) в редукции психических и поведенческих расстройств у пациентов с сосудистой деменцией легкой и умеренной степени тяжести.

Материал и методы. В исследование было включено 86 пациентов в возрасте от 58 до 75 лет с диагнозом сосудистой деменции (согласно критериям, NINDS-AIREN). Пациенты были рандомизированы на две группы: основная группа (ОГ) (n=43) получала комплексную терапию, включающую цитиколин (1000 мг/сут) и эсциталопрам (10 мг/сут); контрольная группа (КГ) (n=43) получала монотерапию цитиколином (1000 мг/сут) на фоне базисной гипотензивной терапии. Длительность наблюдения составила 12 недель. Для оценки эффективности использовались Шкала психических и поведенческих нарушений при деменции (NPI-NH), шкала когнитивных функций (MMSE) и шкала депрессии Гамильтона (HAM-D). Первичной конечной точкой считалось снижение общего балла по шкале NPI на 30% и более.

Результаты исследования. Детальный анализ динамики поведенческих симптомов показал значительное преимущество комбинированной терапии. В основной группе общий балл по шкале NPI снизился на 58% (с $34,2 \pm 2,1$ до $14,3 \pm 1,5$ баллов), тогда как в контрольной группе — лишь на 24% (с $33,8 \pm 2,0$ до $25,7 \pm 1,8$ баллов; $p < 0,01$). Наиболее выраженная редукция симптомов в ОГ наблюдалась по шкалам депрессии/дисфории (снижение на 70%), тревоги и апатии. Назначение эсциталопрама позволило стабилизировать эмоциональный фон, что способствовало повышению комплаенса пациентов к лечению и реабилитационным мероприятиям.

Когнитивные функции в обеих группах улучшились, однако в ОГ прирост баллов по шкале MMSE был более существенным (в среднем на $3,1 \pm 0,3$ балла против $1,8 \pm 0,2$ балла в КГ). Установлена прямая корреляционная связь между редукцией депрессивной симптоматики (по HAM-D) и улучшением когнитивных показателей ($r = 0,65$), что подтверждает феномен «псевдодеменции» и значение эмоционального статуса в проявлениях сосудистой когнитивной недостаточности. Побочные эффекты в виде легкой тошноты и головной боли отмечались у 8% пациентов ОГ и не требовали отмены терапии.

Выводы. Комбинация сосудистой терапии (цитиколин) с психофармакологическим агентом (эсциталопрам) демонстрирует высокую эффективность в редукции поведенческих нарушений при сосудистой деменции. Синергетическое действие препаратов, направленное как на улучшение церебрального метаболизма, так и на коррекцию нейрохимического дисбаланса (дефицита серотонина), позволяет достичь более выраженного клинического улучшения и качества жизни пациентов по сравнению с монотерапией нейропротекторами.

Ибрагимова Р.Ш., Зокиров А.С., Косимов С.С.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОГО НЕГЛЕКТА: ВКЛАД БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Оценить эффективность биоакустической коррекции в составе комплексной реабилитации пациентов с постинсультным неглектом, анализируя её влияние на пространственное восприятие, зрительно-пространственное внимание, конструктивные функции и скорость когнитивной переработки информации.

Материал и методы. В период с 2022 по 2025 года нами проводились исследования на базе реабилитационного центра ООО «Пайрави Сино». Всего было исследовано 127 человек, из которых 57 пациентов составили женщины (39,4%) и 70 пациентов - мужчины (60,6%), в возрасте от 61 до 79 лет в раннем реабилитационном периоде полусферного ишемического инсульта (ИИ), атеротромботического подтипа. Была проведена оценка влияния применения БАК-терапии в составе комплексной реабилитационной программы на восстановление двигательных функций. Для оценки использовались нейропсихологические тесты, наиболее чувствительные к проявлениям синдрома неглекта: Line Bisection Test (LBT), Star Cancellation Test (SCT), тест копирования сложных фигур (Методика Рея-Остеррица: Бостонский вариант).

Результаты исследования. По результатам проведённого исследования, признаки неглекта различной степени выраженности наблюдались у 49,1% пациента с ППИ. Клинически это проявлялось: игнорированием левой половины лица или тела (41,8%); пропусками букв или слогов в левой части при чтении (36,4%); смещением рисунков вправо при копировании (30,9%); затруднением ориентации в пространстве (49,1%). Наличие неглекта существенно затрудняло процесс реабилитации, снижало самостоятельность пациента и ухудшало адаптационные возможности. БАК проводилась в составе комплексной реабилитации у 28 пациентов с ППИ, в то время как контрольная группа (n=27) получала стандартную терапию без БАК. Полученные результаты отражают влияние курса БАК на динамику восстановления пространственного восприятия и зрительно-моторного внимания у пациентов с ИИ.

По данным теста LBT, среднее смещение от центра линии уменьшилось с 12 [10-15] мм до 6 [4-8] мм (снижение на 50,8%, $p < 0,01$), что свидетельствует о достоверном восстановлении симметрии пространственного восприятия. Это отражает улучшение межполушарной координации и снижение степени одностороннего пространственного игнорирования. В тесте SCT количество ошибок (пропущенных звёздочек) снизилось вдвое - с 9 [6-11] до 4 [3-6] (уменьшение на 50,0%, $p < 0,01$). Такой результат указывает на значительное улучшение зрительно-пространственного внимания и способности к сканированию поля зрения. В тесте копирования фигур отмечено достоверное повышение точности выполнения задания - с 5 [4-6] до 7 [7-8] балла, что соответствует росту показателя на 46,9% ($p < 0,01$). Этот показатель отражает восстановление зрительно-конструктивной координации, улучшение пространственного анализа и планирования движений. Показатель времени реакции

на зрительные стимулы уменьшился с 2,6 [2,1-3,1] до 1,8 [1,5-2,1] сек. (улучшение на 30,7%, $p < 0,01$), что демонстрирует повышение скорости когнитивной переработки информации и восстановление внимания.

Выводы. Биоакустическая коррекция продемонстрировала высокую эффективность в коррекции постинсультного неглекта, способствуя восстановлению межполушарной координации и улучшению адаптационных возможностей пациентов.

Иванов И.О.

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, КОМОРБИДНЫМ С ОЖИРЕНИЕМ И РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России.

Луганская Народная Республика, Россия.

Научный руководитель – д.м.н., профессор, академик РАЕ Иванова Л.Н.

Цель исследования. Проанализировать состояние липидного профиля крови у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), коморбидным с ожирением (Ож) и расстройством адаптации (РА).

Материал и методы. Под наблюдением авторов находилось 79 больных (женщин - 62,5%, мужчин - 37,5%; средний возраст $45,7 \pm 3,4$ лет) НАСГ, коморбидным с Ож (алиментарно- конституциональный тип) и РА (проживание в зоне проведения специальной военной операции). Для определения референтной нормы обследовано 33 практически здоровых лица аналогичного возраста и пола. Верификация диагнозов проводилась после комплексного обследования в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ. Для анализа состояния липидного профиля крови определяли общий холестерин (ХС), липопротеины низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП), высокой (ЛПВП) плотности, триглицериды (ТГ). Статистическую обработку результатов проводили с использованием лицензионной программы Statistica 10.0.

Результаты исследования. У больных выявлена дислипидемия, для которой была характерна гипертриглицеридемия и/или низкий уровень ЛПВП (86,7%). Уровень ХС составлял $5,26 \pm 0,32$ ммоль/л (норма $4,42 \pm 0,57$ ммоль/л; $p < 0,05$); ЛПНП – $3,19 \pm 0,31$ ммоль/л (норма $2,51 \pm 0,35$ ммоль/л; $p < 0,05$); ЛПВП – $0,88 \pm 0,21$ ммоль/л (норма $1,23 \pm 0,20$ ммоль/л; $p > 0,05$), ТГ – $3,29 \pm 0,7$ ммоль/л ($1,71 \pm 0,15$ ммоль/л; $p > 0,05$), то есть отмечалась дислипидемия II а и II б типа (D. Fredrickson), которая характерна для хронических заболеваний печени и проявляется повышением содержания ТГ и снижением ЛПВП. Дислипидемия на фоне гиперхолестеринемии приводила к росту индекса атерогенности. Выявлено различие показателей липидного обмена в зависимости от степени стеатоза печени. Отмечена тенденция к нарастанию уровня ТГ при увеличении степени стеатоза: при I степени - в 1,74 раза, II – в 1,88 раза, III – в 1,9 раза по сравнению с референтной нормой ($p < 0,05$). При наличии стеатоза I степени с одинаковой частотой диагностировалась гиперлипидемия (ГЛП) как II а, так и II б типа; в 55,8% случаев при стеатозе II степени выявлена ГЛП II б типа, а нарушения обмена липидов у 73,5% пациентов; при стеатозе III степени в 58,1% случаев преобладала ГЛП II б типа, а нарушения липидного обмена встречались в 59,3% случаев. Отмечалась положительная корреляция между уровнем ХС и ЛПНП ($r = +0,94$), ХС и ТГ ($r = +0,74$), ТГ и ЛПНП ($r = +0,74$), и отрицательная корреляция между уровнями ЛПВП с ХС и ЛПНП ($r = -0,64$ и $r = -0,44$ соответственно).

Выводы. У больных неалкогольным стеатогепатитом, коморбидным с ожирением и расстройством адаптации наблюдались значительные изменения липидного спектра крови: повышение концентрации атерогенных (ХС, ТГ, ЛПНП) и снижение уровня антиатерогенной (ЛПВП) фракций. Преимущественным типом нарушений липидного обмена независимо от степени стеатоза печени были дислипидемии II а и II б типов. Снижение ЛПВП прослеживалось у больных со II и III степенью стеатоза печени, что необходимо учитывать при назначении лечения.

Идизода М.А., Тошев Х.Д.

ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С АСКАРИДОЗОМ, ТОКСОКАРОЗОМ И СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИКИ)

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мирзокаримова Н.С.

Цель исследования. Описать клинические особенности течения острой лимфобластной лейкемии, осложнённой аскаридозом, токсокарозом и септическими осложнениями (клинический случай).

Материал и методы. Пациент, 1977 года рождения, житель района Бохтар, поступил с жалобами на фебрильную лихорадку, схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, носовые кровотечения, сухой кашель, одышку и выраженную общую слабость. При лабораторном обследовании выявлены: тяжёлая анемия (Hb — 45 г/л), лейкопения ($2,0 \times 10^9$ /л), тромбоцитопения (30×10^9 /л), СОЭ — 88 мм/ч, бластные клетки — 80%. Повышенные уровни прокальцитонина (89 нг/мл) и С-реактивного белка (370 мг/л) указывали на выраженный системный воспалительный ответ. В кале выявлены аскариды; серологически подтверждены аскаридоз и токсокароз. Исследование гуморального иммунитета при ОЛЛ, ассоциированной с гельминтозами, показало значительное снижение уровня иммуноглобулинов классов IgA, IgG и IgM, что свидетельствует о выраженном вторичном иммунодефиците.

При посеве крови выделены *Staphylococcus pyogenes*, чувствительный к цефатоксиму и ванкомицину, и грибы рода *Candida*. На фоне септического состояния развилась полиорганная недостаточность: наблюдалось увеличение билирубина, печёночных трансаминаз, креатинина и мочевины.

Лечение включало: антигельминтные, антимикотические и антибактериальные препараты, цитостатическую и симптоматическую терапию, а также мероприятия интенсивной терапии с целью поддержания функции жизненно важных органов.

Выводы. Сочетание ОЛЛ с гельминтными инвазиями и септическими осложнениями утяжеляет течение заболевания. Иммунодефицит при ОЛЛ способствует тяжёлому течению паразитарных и бактериально-грибковых инфекций и повышает риск жизнеугрожающих осложнений.

Идишода М.А., Тошев Х.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мирзокаримова Н.С.

Цель исследования. Оценить особенности течения кожных поражений при гельминтных инвазиях у пациентов с лейкемией.

Материал и методы. Обследованы 120 пациентов с лейкемией в возрасте 18–72 лет, находившихся на стационарном лечении. Из них с острой лимфобластной лейкемией (ОЛЛ) оказались - 32 пациента (26,7%), с хронической лимфоцитарной лейкемией (ХЛЛ) - 28 (23,3%), с острой миелоидной лейкемией (ОМЛ) -34 (28,3%), с хронической миелоидной лейкемией (ХМЛ) - 26 (21,7%).

Гельминтная инвазия подтверждалась копрологическим исследованием, ИФА (IgG, IgM к *Ascaris lumbricoides*) и при необходимости ПЦР. Проводились клинический осмотр, дерматологическая оценка характера высыпаний, общий и биохимический анализы крови, определение уровня эозинофилов и иммунологических показателей. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимого возраста и пола.

Результаты исследования. Неспецифические кожные проявления чаще отмечались при ОМЛ и ОЛЛ (зуд до 57%, крапивница до 36%, эритродермия до 33%). При ХМЛ кожные реакции минимальны. Лейкемическая инфильтрация кожи наиболее характерна была для ОЛЛ (29,3%). Геморрагический синдром максимально выражен при ОМЛ (до 56%), умерен при ОЛЛ и редок при ХМЛ; при ХЛЛ практически отсутствует. Специфические кожные поражения чаще регистрировались при ХЛЛ (экзема 10%, герпетический дерматит 6,7%).

Выводы. Кожные проявления при лейкемиях зависят от клинической формы заболевания. Неспецифические реакции чаще наблюдаются при острых формах (ОМЛ и ОЛЛ), при этом геморрагический синдром наиболее выражен при ОМЛ, а лейкемическая инфильтрация кожи характернее для ОЛЛ. При ХМЛ кожные изменения минимальны. Специфические дерматозы чаще регистрируются при ХЛЛ.

Imomalieva Sh.Sh., Rozikova N.I.

PREVALENCE OF OBESITY AMONG PRESCHOOL CHILDREN BASED ON ANTHROPOMETRIC ASSESSMENT

Department of Endocrinology, Avicenna Tajik State Medical University, Tajikistan
Scientific supervisor – PhD (Medical Sciences), Associate Professor M.A. Pirmatova

Purpose of the study. The aim of this study was to assess the prevalence of overweight and obesity among preschool children based on anthropometric measurements and body mass index (BMI).

Materials and methods. The study included 150 preschool children attending a public preschool institution. The research was conducted during 2025–2026. During the examination, the main anthropometric parameters were measured, including height (cm) and body weight (kg). Based on these measurements, the body mass index (BMI) was calculated. Physical development was assessed using BMI-for-age indicators according to international standards. Based on these values, the children were classified into five categories: severe underweight, underweight, normal weight, overweight, and obesity.

Results of the study. The analysis showed that the children had different levels of body weight deviations. Normal BMI values were found in 63 children (about 42%), indicating that their physical development corresponded to age norms. At the same time, 49 children (around 33%) were identified as underweight to varying degrees. Particular attention should be given to the prevalence of overweight and obesity. Overweight was detected in 15 children (approximately 10%), while 23 children (about 15%) were classified as obese. These results suggest that a considerable number of preschool children have nutritional status disorders. Possible contributing factors include unbalanced diet, high consumption of easily digestible carbohydrates, and low physical activity.

Conclusion. The study showed that most preschool children have body weight indicators that correspond to age norms. However, a significant proportion of children demonstrate deviations in BMI. The combined prevalence of overweight and obesity reached approximately 25%, indicating that this issue is an important public health concern among preschool children. These findings highlight the importance of regular monitoring of anthropometric parameters, timely BMI assessment, and preventive measures aimed at promoting healthy nutrition and increased physical activity. Early detection of overweight and obesity may help prevent metabolic disorders and support better health outcomes for children in the future.

Иниятова К., Умурбеков А., Жолжан І. Қ.

ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА СТУДЕНЧЕСКОГО ВОЛОНТЕРСКОГО КОРПУСА И МОБИЛЬНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ БРИГАДЫ: КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Кафедра психологии Западно -Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Цель исследования. Провести качественный анализ опыта взаимодействия студентов-волонтеров и мобильной паллиативной бригады для выявления особенностей сотрудничества и его роли в профессиональном развитии студентов-медиков.

Материал и методы. Качественное исследование, в котором приняли участие 10 студентов 5-го курса ЗКМУ имени Марата Оспанова и 5 специалистов мобильной бригады по оказанию паллиативной помощи онкологическим пациентам (врач, медсестры, психолог, социальный работник). Критерий включения для студентов: опыт участия в выездах к пациентам на дому в составе бригады не менее 2-х месяцев в течение 2025 г. Полуструктурированные интервью с волонтерами и специалистами для выявления точек роста в коллаборации студент-специалист и восприятия участниками процесса совместной работы.

Результаты исследования. Выделено три ключевых темы, описывающих опыт сотрудничества:

1. Трансформация роли студента. Участники отмечали переход от роли пассивного наблюдателя («помощник, который подает») к роли активного участника команды. Студенты подчеркивали, что работа в связке с мобильной бригадой позволила им увидеть не только медицинские манипуляции, но и сложную социально-психологическую динамику в семьях пациентов. Это способствовало развитию «критического восприятия профессиональных ошибок» и более глубокому пониманию коммуникативных аспектов медицины.

2. Феномен «эмоционального буфера». Специалисты бригады отмечали, что присутствие студентов снижает их собственную профессиональную рутинизацию и профессиональное выгорание..

3. Выявлено противоречие между высоким уровнем теоретической подготовки студентов и их первоначальной растерянностью при столкновении с мультиморбидностью паллиативного пациента на дому. Супервизия со стороны опытных специалистов мобильной бригады во время выездов является важным фактором превращения стресса в осмысленный профессиональный опыт.

Выводы. Сотрудничество студентов с мобильной бригадой, в отличие от работы только в стационаре, погружает студентов в контекст реальной жизни пациента, формируя пациент-ориентированный холистический подход, декларируемый в концепции паллиативной помощи и представляет собой эффективную модель взаимопомощи, которая улучшает качество жизни пациентов, снижает нагрузку на персонал и способствует формированию профессиональных компетенций у будущих врачей.

Искандарова И.Э.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Кафедра внутренних болезней, военно-полевой терапии, гематологии и семейной медицины ТФТГМУ.
Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсутдинова М.И., д.м.н., доцент Кенджаев С.Р.

Цель исследования. Изучить роль статинов в лечении острого инфаркта миокарда у молодых людей на примере розувастатина..

Материал и методы. Исследование проводилось в январе-ноябре 2025 года в отделении неотложной помощи Сурхандарьинского филиала Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи на 48 пациентах в возрасте 25-44 лет с инфарктом миокарда. Пациенты были отобраны методом случайной выборки, по полу 58% (n=28) составляли мужчины и 42% (n=20) — женщины. В ходе исследования изучались анамнез пациентов, результаты объективного обследования, лабораторных анализов, ЭКГ и эхокардиографии.

Результаты исследования. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от метода лечения. В дополнение к стандартным методам лечения 50% пациентов, отобранных для исследования (n=24), получали розувастатин 10 мг по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10 дней. Вторая группа пациентов (50%) получала стандартное лечение, то есть без добавления розувастатина. В течение периода наблюдения не наблюдалось ухудшения состояния пациентов или летальных исходов. При сравнении пациентов обеих групп было отмечено, что восстановление здоровья у пациентов, получавших розувастатин, было более позитивным, чем у пациентов, не получавших розувастатин. Поднятый сегмент ST на ЭКГ возвращался к изолинии быстрее обычного. С уменьшением ишемии ускорялось изменение отрицательных зубцов Т в положительное направление (потеря инверсии). Артериальное давление поддерживалось на оптимальном уровне.

Вывод. Лечение молодых пациентов с острым инфарктом миокарда розувастатином эффективно для ускорения выздоровления и снижения числа осложнений.

Исмамова У.Ф., Ибодуллаев Б.И.

ФЕРРИТИН КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кафедра терапевтических дисциплин, университет Зармед, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель – PhD, доцент Ашурова Н.Ш.

Цель исследования. Оценить уровень ферритина у пациентов с анемией на фоне хронической болезни почек и определить его диагностическую значимость при выявлении функционального дефицита железа.

Материалы и методы. Обследованы 30 пациентов с ХБП II-IV стадии и лабораторно подтвержденной анемией. Проводилось определение уровня гемоглобина, сывороточного ферритина и насыщения трансферрина. Анализ данных был направлен на оценку взаимосвязи между ферритином и другими показателями обмена железа.

Результаты исследования. У 73,3% пациентов выявлено повышение уровня ферритина при сниженных показателях гемоглобина и насыщения трансферрина. Полученные данные свидетельствуют о наличии функционального дефицита железа, при котором запасы железа сохранены или увеличены, однако его биодоступность для эритропоэза снижена.

Повышенный уровень ферритина при анемии у пациентов с ХБП отражает воспалительно-опосредованное нарушение мобилизации железа, связанное с повышенной продукцией гепсидина. Это подтверждает ограниченную диагностическую ценность изолированного определения ферритина и необходимость комплексной оценки показателей железного обмена при обследовании данной категории пациентов.

Вывод. Повышение уровня ферритина у пациентов с анемией на фоне хронической болезни почек не отражает достаточность запасов железа и чаще свидетельствует о функциональном дефиците, обусловленном хроническим воспалением. Изолированное определение ферритина не является достаточным для диагностики нарушений обмена железа у данной категории больных и требует комплексной оценки показателей железного обмена.

Исмамова Ф.Х., Розикова Н.И., Рахимов Р.Б.

СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНОЙ С ГЕМОБЛАСТОЗОМ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Шарифов М.М.

Цель исследования. Определить развитие вторичного сахарного диабета у пациентки с гемобластозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилась больная Н.А., 38 лет, поступившая в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом острый лимфобластный лейкоз. Проведен проспективный анализ клинического случая пациентки с гемобластозом, у которой в процессе лечения развилась гипергликемия, соответствующая критериям сахарного диабета.

Анамнез: пациентка с диагнозом гемобластоза (острый лимфобластный лейкоз, Ph – положительный) поступила в гематологическое отделение для проведения курсовой полихимиотерапии с такими жалобами как: похудание, полиурия, полидипсия, тошнота, головокружение, боль и жжение в ногах. Общее состояние больной тяжелое в связи с общим заболеванием и его осложнениями. Рост - 165см, вес - 56кг. Общие заболевания: ОРВИ. АД при поступлении 100/60 мм.рт.ст. Пульс 90/мин. Живот увеличен, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Селезенка увеличена до пупка.

Были проведены следующие исследования: общий и биохимический анализ крови, стерильная пункция и цито-гистохимическое исследование костного мозга. ПЦР - химерных генов BCR-ABL. Транслокация 9 и 22 хромосомы t(9,22). Оценивались клинико-анамнестические данные, показатели углеводного обмена (гликемия натощак, постпрандиальная гликемия, гликозированный гемоглобин - HbA1c), особенности противоопухолевой терапии, проводимая сахароснижающая терапия.

Результаты исследования. Лабораторные данные: общий анализ крови: лейкоциты - 2,60 x 10E3/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 - 2,14x10E6/мкл, гемоглобин - 99,0г/л, СОЭ - 44,0мм/час. Биохимический анализ крови: АлАТ-29,0ед/л, АсАТ-17,0ед/л, билирубин общий - 16,6мкмоль/л, билирубин прямой - 4,8мкмоль/л, мочевая кислота - 936,0мкмоль/л, калий - 5,6ммоль/л, мочевины - 35,8ммоль/л, креатинин - 364,9мкмоль/л; Стерильная пункция: бласты - 90%; миелоциты - 2,0%; юные - 27,0%; палочкоядерные - 11,6%; сегментоядерные - Н-1,0; Э-2,0; лимфоциты - 3,6%; моноциты - 1,3%; эритроциты - 1,5%; нормобласты-Б - 1,3%; П - 1,3%; О - 2,4%; пронормобласт - 4,0%. Общий анализ мочи: белок - 0,99г/л; микроскопия мочи: слизь - значительное, эритроциты в п. зр-48-50, лейкоциты в п. зр-100-110; цито-гистохимическое исследование костного мозга - Ph хромосома положительная. Анализ данных углеводного обмена: гликемия натощак - 9,6; постпрандиальная гликемия - 16,7; гликозированный гемоглобин - 9,4%.

Больная получала полихимиотерапию по протоколу «Ph+ALL-2012m». На фоне проведения полихимиотерапии с включением высоких доз ГКС (преднизолон и дексаметазон) у пациентки, неимевшей ранее нарушений углеводного обмена, развилась стойкая гипергликемия, соответствующая критериям вторичного сахарного диабета. Больной была назначена базис-болюсная инсулиноterapia.

Выводы. Применение высоких доз дексаметазона у пациентки с острым лимфобластным лейкозом привело к развитию вторичного глюкокортикоид-индуцированного сахарного диабета, что осложняет течение основного заболевания и требует регулярного мониторинга углеводного обмена и инсулинотерапии в условиях стационара.

Исокова Ш.Д., Юлдошева М.У.

ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

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

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

Цель исследования. Изучить влияние факторов риска синдрома диабетической стопы у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2) на риск выполнения ампутаций нижних конечностей, а также выявить критические периоды прогрессирования заболевания.

Материал и методы исследования. Проведён анализ данных историй болезни 100 пациентов с СД2, поступивших в хирургическое отделение ГМЦ №1 им. Карима Ахмедова с осложнениями синдрома диабетической стопы. Средний возраст выборки составил 62 года (от 39 до 86 лет), средняя длительность СД2 - 9 лет (от 1 до 25 лет).

Статистический анализ включал оценку корреляционных связей между возрастом, стажем СД, уровнем гликированного гемоглобина (HbA1c) и количеством перенесённых ампутаций.

Результаты исследования. При анализе влияния стажа (длительности) СД2 выявлена значимая прямая корреляция средней силы ($r=0,52$) между длительностью заболевания и числом ампутаций. Установлено, что критический риск потери конечности и повторных ампутаций резко возрастает при стаже заболевания более 12 лет. У пациентов со стажем до 5 лет ампутации носили единичный характер.

При изучении возрастного фактора корреляция между биологическим возрастом пациента и риском ампутации оказалась слабой ($r=0,21$). Это свидетельствует о том, что риск ампутации в большей степени связан с длительностью болезни и качеством гликемического контроля, нежели возрастом человека. При этом наиболее тяжёлые поражения наблюдались в возрастной группе 55- 65 лет при длительном стаже СД2 более 10 лет.

Высокий уровень HbA1c (средний по группе - 10,2%) значительно усиливает влияние стажа. При равной длительности СД2 (более 10 лет), пациенты с декомпенсацией (HbA1c > 11%) имели в 2,5 раза больше шансов на радикальное хирургическое вмешательство по сравнению с пациентами с уровнем HbA1c < 8%. Длительность СД сильно коррелирует с общим числом осложнений ($r=0,81$). У пациентов с ампутациями в 85% случаев диагностирована сопутствующая нефропатия и тяжёлая диабетическая ангиопатия, что подтверждает системный характер поражения при длительном течении диабета.

Вывод. Длительность заболевания является предиктором риска ампутации, чем биологический возраст пациента. Пациенты со стажем СД более 10–12 лет должны рассматриваться как группа крайне высокого риска по потере конечности. Также по полученным результатам, хроническая гипергликемия является одним из главных факторов риска синдрома диабетической стопы даже при стаже заболевания менее 10 лет. Это доказывает, что необходимо соблюдать ранний метаболический контроль вне зависимости от длительности сахарного диабета.

Исроилов А.Г.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПОЗИТНОГО ИНДЕКСА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель — д.м.н., доцент Маруфханов Х.М.

Цель исследования. Интегративная оценка динамических изменений лабораторных воспалительных индексов и метаболических показателей во времени, рассчитанных на основе показателей общего анализа крови и уровня сывороточного альбумина у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, разработка на основе полученных данных композитного индекса и определение его возможностей для оценки исходного клинического состояния пациента, прогноза течения заболевания и эффективности лечения.

Материал и методы. Исследование проведено в ретроспективном наблюдательном дизайне. Проанализированы лабораторные данные 30 пациентов в возрасте 20–60 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходивших стационарное лечение в отделении хирургии приобретённых и врождённых пороков сердца Национального медицинского центра многопрофильной клиники г. Ташкента. Показатели общего анализа крови и уровень сывороточного альбумина оценивались в трёх временных точках лечения: в день поступления (T1), в середине лечения (T2) и перед выпиской из стационара (T3). На основе лабораторных показателей были рассчитаны воспалительные и прогностические индексы: NLR, LMR, PLR, SIRI, SII и PNI. Динамика параметров определялась по формуле $\Delta = T3 - T1$, после чего значения стандартизировались методом z-преобразования и формировался динамический композитный индекс (DRCI). Статистический анализ включал методы описательной статистики, тест Фридмана, критерий Уилкоксона для связанных выборок, корреляционный анализ Спирмена и линейную регрессию. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Проведён анализ изменений лабораторных показателей в трёх временных точках лечения (T1–T2–T3). По результатам теста Фридмана выявлены статистически значимые динамические изменения уровня альбумина, системного иммунно-воспалительного индекса (SII) и прогностического нутритивного индекса (PNI) ($p < 0,001$). При сравнении показателей между T1 и T3 с использованием критерия Уилкоксона обнаружены достоверные различия для альбумина ($p = 0,00001$), SII ($p = 0,0016$) и PNI ($p = 0,0011$). К концу лечения отмечалось снижение индексов воспаления и повышение показателей, отражающих метаболическое и нутритивное состояние пациентов. Для интегративной оценки лабораторной динамики был рассчитан

тан динамический композитный индекс (DRCI), который продемонстрировал сильную положительную корреляцию с Δ PNI (Spearman $\rho = 0,73$; $p < 0,001$). Линейный регрессионный анализ показал, что DRCI объясняет значительную часть вариации Δ PNI ($R^2 = 0,64$), что подтверждает его информативность при оценке эффективности лечения.

Выводы. Интегративная оценка динамических изменений лабораторных воспалительных индексов и метаболических показателей у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходящих стационарное лечение, имеет важное значение для определения эффективности терапии. Снижение воспалительных индексов и повышение уровня альбумина и PNI в процессе лечения свидетельствуют об улучшении клинического состояния пациентов. Динамический композитный индекс (DRCI), демонстрируя сильную связь с Δ PNI, позволяет комплексно оценивать изменения лабораторных показателей.

Кабиров М.О., Умарзода Т.И., Паноева М.С.

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ

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

Научный руководитель: старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Провести комплексный анализ этиопатогенетических факторов развития нефропатии беременных.

Материал и методы. Объект исследования — первородящая пациентка 17 лет с отягощенным соматическим анамнезом (неконтролируемая почечная патология в пубертатном периоде). Применены методы клинического, лабораторного (общий анализ крови, мочи, биохимический профиль) и инструментального (УЗИ, ЭКГ) мониторинга параметров гемодинамики и функции почек.

Результаты исследования. В ходе обследования верифицирована тяжёлая форма нефропатии, характеризующаяся триадой симптомов: генерализованными отёками, выраженной протеинурией (до 3,3 %) и артериальной гипертензией (210/100 мм рт. ст.). Патогенетическую основу составил системный эндотелиоз с нарушением синтеза оксида азота и простагландинов на фоне гиперпродукции эндотелина и тромбосана. На 28-29 неделе гестации зафиксирована антенатальная гибель плода. В послеродовом периоде состояние осложнилось острым отёком лёгких и прогрессированием острой почечной недостаточности с повышением уровня креатинина до 0,560 ммоль/л, что потребовало проведения ИВЛ и интенсивной инфузионно-корректирующей терапии: коррекция водно-солевого баланса и дезинтоксикационная терапия (альбумин, СЗП, милдрокард, бикарбонат натрия, раствор глюкозы).

Выводы. Данный случай показывает, дефицит прегравидарной подготовки и отсутствие адекватной терапии хронических заболеваний почек в анамнезе выступают предикторами развития тяжёлых форм сочетанного токсикоза. Своевременный нефрологический контроль и ранняя диагностика системных эндотелиальных нарушений являются необходимыми условиями минимизации рисков материнской и перинатальной смертности.

Кабиров М.О., Умарзода Т.И., Каримова З.М.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Изучить особенности течения хронической почечной недостаточности как осложнения подагры.

Материал и методы. Работа проведена на базе ревматологического отделения и центра нефрологии и гемодиализа НМИЦ РТ «Шифобахш». Под наблюдением находились 24 больных с диагнозом подагра. Для анализа исследования больные разделены поровну на две группы: первую группу составили пациенты с подагрой и ХПН (или сниженной функцией почек) и вторая группа 2: пациенты с подагрой, но без ХПН.

Результаты исследования. Согласно данным анамнезов заболеваний частота развития ХПН среди исследуемых пациентов за 5 лет длительности стажа подагры отмечается в 50% случаях. Сравнительные характеристики двух групп: у пациентов в первой группе у 9 (75%) больных наблюдается артериальная гипертензия, у 4 (33,3%) больных наблюдались сердечно-сосудистые осложнения и у 8 (66,6%) пациентов имел место метаболический синдром.

В группе с ХПН чаще отмечаются длительный стаж подагры, составляющий от 5 до 15 лет, множественные тофусы у 10 (83,3%) пациентов, уратная нефропатия во всех случаях, повышение уровня креатинина (0,189-0,322 ммоль/л) и мочевой кислоты (540-625 ммоль/л).

Снижение СКФ до 60-40 мл/мин/1,73 м² отмечается у 8 (66,6%) больных первой группы СКФ ниже 40 мл/мин отмечается у 4 пациентов, что составляет 33,3%. Таким образом, поражение почек при подагре проявляется снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ), уратной нефропатией и может приводить к развитию хронической почечной недостаточности.

Выводы. Подагра, осложнённая хронической почечной недостаточностью, характеризуется более тяжёлым течением и высоким риском осложнений. Помимо суставных проявлений, подагра часто поражает почки, что обусловлено как длительной гиперурикемией, так и повреждением почечной ткани кристаллами уратов. Профилактика прогрессирования ХПН, контроль уровня мочевой кислоты и коррекция сопутствующих факторов риска играют ключевую роль в улучшении прогноза и качества жизни пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра эндокринология ГОУ ТГМУ имени Абуали Ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель- к.м.н. Джураева С.Д.

Цель исследования. Сравнить частоту применения тиреоидэктомии, гемитиреоидэктомии и микроволновой термоабляции у пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы и определить клинико-диагностические критерии выбора метода.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов с узловым и смешанным зобом (E04.1, E04.2), находившихся на лечении хирургического отделения городского медицинского центра №1 имени К. Ахмедов. Оценивались: пол, возраст, данные УЗИ (объём ЩЖ, размер узлов), результаты тонкоигольной биопсии (цитологическое заключение по системе Bethesda) и выполненный метод лечения.

Результаты исследования. Среди 100 пациентов преобладали женщины - 97 (97,0%), мужчины составили 3 (3,0%). Средний возраст – $41,3 \pm 12,1$ года (от 19 до 67 лет).

Распределение по методам лечения:

- Тиреоидэктомия (включая субтотальную резекцию) выполнена у 86 пациентам (86%).
- Гемитиреоидэктомия (гемиструмэктомия) - 9 пациентам (9%).
- Микроволновая термическая абляция – 5 пациентам (5%).

Сравнительная характеристика групп:

Тиреоидэктомия: средний объём ЩЖ - 58,4 мл (от 8 до 285 мл); двухстороннее многоузловое поражение - 98% случаев; цитология: Bethesda II - 61%, Bethesda I - 28%, Bethesda III-IV - 11%.

Гемитиреоидэктомия: средний объём ЩЖ - 24,6 мл (от 10 до 41 мл); преимущественно односторонние узлы; цитология Bethesda II - 78%, Bethesda I - 22%.

Микроволновая абляция: средний объём ЩЖ - 22,1 мл (от 15,9 до 37,7мл); единичные узлы с размером до 3 см; цитология во всех случаях Bethesda II.

Выводы:

1. Тиреоидэктомия остаётся основным методом хирургического лечения (86%) при распространённом двустороннем поражении ЩЖ, большом объёме железы и недиагностической или подозрительной цитологической картины.
2. Гемитиреоидэктомия (9%) является методом выбора при одностороннем узловом зобе с доброкачественной цитологией и умеренном увеличении объёма.
3. Микроволновая термоабляция (5%) применяется у строго отобранных пациентов с небольшим доброкачественными узлами и может рассматриваться как эффективная малоинвазивная альтернатива традиционной операции.

Кадилов Р.Н., Шакарлов Ф.Р., Камолов С.Ж.

ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РИСКОВ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Самаркандский Филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с бронхиальной астмой со средним и высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Под наблюдением находились 88 детей с бронхиальной астмой со средним и высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, требующих лечебных мероприятий. Группа со средним риском составила 38 детей, из которых 8 с тяжелой, 28 с умеренной и 2 с легкой степенью БА. Группу высокого риска составили дети с тяжелой 18 и 12 средней степенью БА.

Результаты исследования. Полученные результаты состояния ССС у детей с БА сравнивали с показателями детей с БА в группе сравнения, которые имели риск развития сердечно-сосудистых нарушений и не получали соответствующего лечения. Группа сравнения сформирована на приеме детского пульмонолога с использованием решающего правила прогнозирования риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Анализ полученных данных показал, что объем базисной терапии у детей с высоким уровнем развития сердечно-сосудистых заболеваний в большинстве случаев (87,5%, $n = 28$, $p < 0,01$) с использованием комбинированной терапии (ингаляционные кортикостероиды и длительно действующие β - 2-агонисты (ИГКС и ДДБА)), в том числе фиксированной комбинации (62,5%, $n = 20$) у детей с тяжелой формой астмы (одинаково низкие и средние дозы) у 12,5% детей.

Таким образом, у детей с высоким риском сердечно-сосудистых нарушений развитие бета 2 - адреномиметиков в качестве базисной терапии в 3 раза выше, чем у детей со средним риском. В то же время все дети с неконтролируемой БА использовали (коротко действующие β - 2-агонисты) КДБА для купирования симптомов астмы.

При оценке техники ингаляции выяснилось, что 37,7% ($n = 26$) детей выполняли ее неправильно. Использование спейсеров для доставки лекарств при ингаляции было нерегулярным у 42,1% ($n = 29$) детей.

Изменение базисной терапии для достижения контроля над БА было направлено на адекватность ингаляционной терапии, максимально возможное сокращение использования бета 2-агонистов, использование средних доз ИГКС и КДБА по мере необходимости на третьем этапе терапии и комбинация ИГКС + антилей-

котриеновые препараты на 4-м этапе. Эффективность терапии определялась через 10-14 дней. Базовая терапия пересматривалась каждые 3 месяца.

Выводы. Таким образом, детям младшего школьного возраста, страдающим БА, необходимо проводить оценку состояния сердечно-сосудистой системы. Комплекс мероприятий должен пройти клиническое обследование и функциональные методы исследования: определение толерантности к физической нагрузке, стандартная ЭКГ, ЭХО-КГ. Детям с высоким и средним риском развития сердечно-сосудистых заболеваний показан комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на достижение контролируемого лечения БА (базисная терапия, исключая факторы риска развития обострений БА), улучшение состояния сердечно-сосудистой системы.

Кадирова Ш.М.

ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить эффективность структурированной дефектологической программы с элементами методики ТЕАССН в коррекции когнитивных функций у детей с РАС. Когнитивные нарушения – дефицит внимания, нарушения исполнительных функций, неравномерность профиля – ограничивают обучаемость и адаптацию.

Материал и методы. 30 детей с РАС (F84.0), 4–9 лет (средний $6,1 \pm 1,7$). Программа: структурированное обучение ТЕАССН (визуальная организация, индивидуальные рабочие системы), развитие когнитивных функций (внимание, память, мышление), формирование академических навыков (сортировка, соотнесение, последовательности). Курс 5 месяцев, 3 раза/неделю по 40 минут. Оценка: WISC-V (адаптированная), РЕР-3, протокол навыков до и после.

Результаты исследования. РЕР-3: когнитивный возрастной эквивалент $+6,4 \pm 2,8$ месяца ($p < 0,01$). Зрительное восприятие улучшилось у 77% (23 из 30), мелкая моторика – у 70% (21 из 30), вербальная имитация – у 60% (18 из 30), логическое мышление – у 53% (16 из 30). WISC-V невербальный IQ: $+5,8 \pm 3,2$ ($p < 0,05$). «Кубики Кооса» +2,1, «матрицы» +1,8 стандартных балла. Самостоятельное выполнение структурированных заданий ТЕАССН освоили 83% (25 из 30). Лучшие результаты при исходном когнитивном уровне $\geq 60\%$ нормы: +8,2 месяца против +4,1 при более низком ($p < 0,05$).

Выводы. Структурированная программа с ТЕАССН эффективно улучшает когнитивные функции при РАС. Визуальная организация среды и индивидуализация задач – ключевые факторы эффективности. Метод особенно показан при когнитивном потенциале не ниже 60% от возрастной нормы.

Камарова М.А., Рабоева Ш.Р., Фируза И.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МИГРЕНЬЮ И КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Комплексная оценка когнитивных нарушений у пациентов с мигренью, анализ их проявлений в различных фазах заболевания.

Материал и методы. Несистематический поиск публикаций в базах PubMed/MEDLINE и EMBASE; анализ субъективных жалоб пациентов и объективных нейропсихологических тестов; рассмотрение влияния сопутствующих заболеваний и терапии.

Результаты исследования. Субъективные когнитивные нарушения наиболее распространены среди пожилых людей и коррелируют с возрастом; кумулятивная скорость трансформации в деменцию составляет 10,7% за 5,2 года. У пациентов с мигренью субъективные жалобы на память и внимание встречаются часто, особенно при мигрени с аурой, где высокая частота приступов коррелирует с более высокими баллами по опроснику Ascertain Dementia 8. В корейском исследовании сообщалось о 44,7% распространённости субъективного когнитивного снижения у пациентов с мигренью, что связано с интенсивностью боли, тревожностью, депрессией и нарушениями сна. 89,7% пациентов отмечают когнитивные симптомы во время головной боли, чаще всего в исполнительных функциях и внимании. Когнитивное напряжение может выступать триггером мигрени и формировать когнитифобию – страх и избегание когнитивной нагрузки. Более высокая тревожность и страх, связанный с болью, ассоциируются с усилением субъективных когнитивных симптомов и снижением нейропсихологического функционирования. Мигрень сопровождается риском когнитивных нарушений, которые могут проявляться как во время приступов, так и в межприступный период.

Метаанализ 22 исследований показал снижение общей когнитивной функции у пациентов с мигренью по сравнению со здоровыми контрольными группами, особенно в языковой сфере. Во время приступов отмечается преходящее снижение скорости обработки информации и рабочей памяти; баллы по шкале MMSE снижаются в фазе головной боли, но нормализуются в межприступный период. Исследования с использованием домашних когнитивных тестов подтвердили снижение рабочей памяти и времени реакции в фазе головной боли и постдромальной фазе. Лонгитюдные исследования не выявили повышенного риска когнитивного снижения у пациентов с мигренью; в некоторых популяционных исследованиях показатели когнитивных функций у пациентов с мигренью были сопоставимы или даже выше, чем у контрольных групп. В азиатских выборках выявлена значимая связь между мигренью и риском деменции, тогда как европейские исследования дали проти-

воречивые результаты. Мигрень ассоциируется с бессимптомными поражениями головного мозга, которые могут быть факторами риска деменции, однако эпидемиологические данные остаются неоднозначными.

В целом, хотя существуют доказательства связи между когнитивными функциями и объективными показателями вовремя или между эпизодами мигрени, данных недостаточно для окончательного вывода.

Выводы. Необходимы лонгитюдные исследования, учитывающие подтипы мигрени и сопутствующие факторы, для уточнения характера и динамики когнитивных нарушений. Профилактика и лечение должны включать контроль психоэмоциональных и сосудистых факторов.

Карахонова М.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность транскраниальной магнитотерапии (ТМС) в комплексной реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) на базе специализированного центра ментального здоровья «Инсайт». Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью РАС в Республике Таджикистан и необходимостью разработки эффективных немедикаментозных методов реабилитации, доступных для широкого применения в клинической практике.

Материал и методы. В исследование включено 42 ребёнка в возрасте от 3 до 12 лет с верифицированным диагнозом РАС (F84.0 по МКБ-10). Методом рандомизации пациенты разделены на две группы: основная группа (n=22) получала курс ТМС (10 сеансов, частота 1 Гц, интенсивность 80% от моторного порога, зона воздействия – дорсолатеральная префронтальная кора) в дополнение к стандартной реабилитации; группа сравнения (n=20) – только стандартную программу (логопедия, дефектология, психологическое сопровождение). Группы сопоставимы по возрасту, полу и исходной тяжести симптоматики. Динамику оценивали по шкалам АТЕС, CARS и клиническому наблюдению до начала и через 3 месяца после курса. Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. В основной группе отмечено статистически значимое снижение общего балла АТЕС на 18,7% (с $76,4 \pm 12,3$ до $62,1 \pm 10,8$; $p < 0,05$), тогда как в группе сравнения – лишь 9,2% (с $74,8 \pm 11,9$ до $67,9 \pm 11,2$; $p > 0,05$). Наибольшая динамика в основной группе – в домене «речь/коммуникация»: улучшение у 68% детей (15 из 22) против 35% в контроле (7 из 20). По шкале CARS средний балл снизился с $34,6 \pm 4,2$ до $29,8 \pm 3,7$ в основной группе ($p < 0,05$), что соответствует переходу из категории «умеренный аутизм» в «лёгкий аутизм». Дополнительно выявлено улучшение зрительного контакта у 59%, повышение интереса к совместной деятельности у 45%, снижение частоты стереотипий у 41%. У 3 детей (13,6%) – транзиторная сонливость после первых 2–3 сеансов, самостоятельно купировавшаяся.

Выводы. Включение ТМС в комплекс реабилитационных мероприятий при РАС способствует статистически значимому улучшению коммуникативных навыков и снижению аутистической симптоматики. ТМС является безопасным и перспективным аппаратным методом. Результаты обосновывают необходимость масштабных контролируемых исследований для включения ТМС в стандартные протоколы реабилитации.

Карахонова М.М.

ВЛИЯНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ НА МОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить влияние курса магнитотерапии в сочетании с методами физической реабилитации на показатели моторного развития у детей с задержкой психомоторного развития (ЗПМР) различного генеза. Проблема ЗПМР является одной из наиболее актуальных в педиатрической реабилитологии, особенно в условиях Таджикистана, где доступность ранней помощи ограничена.

Материал и методы. Обследовано 30 детей в возрасте от 2 до 6 лет (средний возраст $3,8 \pm 1,2$ года) с ЗПМР (перинатальное поражение ЦНС, генетические синдромы, недоношенность). Комплексная терапия: магнитотерапия (12 сеансов, бегущее магнитное поле, 10–15 мТл, 15 минут), ЛФК (3 раза в неделю по 30 минут), лечебный массаж (10 сеансов), сенсорная стимуляция. Оценка по шкале Пибоди (PDMS-2), модифицированной шкале Эшворта и GMFM-66 до начала и после 6-недельного курса.

Результаты исследования. Улучшение крупной моторики у 73% детей (22 из 30): среднее увеличение стандартного балла PDMS-2 на $4,2 \pm 1,8$ ($p < 0,05$). Мелкая моторика улучшилась у 60% (18 из 30) с приростом $3,1 \pm 1,5$. Наибольший эффект в группе 2–4 лет: 85% против 58% в группе 4–6 лет ($p < 0,05$). Значимые изменения в субшкалах «локомоция» (+18,4%), «манипуляция объектами» (+15,7%) и «визуально-моторная интеграция» (+12,3%). Мышечный тонус по Эшворту снизился на 0,7 балла у детей со спастичностью (n=12). По GMFM-66 прирост 5,8% ($p < 0,05$). Процедуры переносились хорошо.

Выводы. Магнитотерапия в сочетании с ЛФК и массажем эффективно улучшает моторное развитие у детей с ЗПМР, особенно до 4 лет. Результаты обосновывают включение магнитотерапии в стандартные протоколы ранней помощи.

Каримова М.Р., Хамроева М.А., Бодомова Н.С.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА С УЧЁТОМ КОМОРБИДНОСТИ И ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные и гериатрические особенности ОМЛ с учётом коморбидности и половых различий.

Материал и методы. В исследование включено 140 пациентов с острым миелоидным лейкозом: 80 пациентов >60 лет и 60 пациентов от 18–59 лет. Мужчин - 72 (51,4%), женщин - 68 (48,6%).

Проведены миелограмма, биохимические анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография лёгких, а также оценка коморбидности (Charlson, CIRS-G, ECOG) у пациентов с ОМЛ с учётом возраста и пола. **Статистическая обработка данных выполнена** с использованием t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна–Уитни, χ^2 -критерия Пирсона и анализа выживаемости по Каплану–Мейеру; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пожилых пациентов индекс Charlson был выше ($5,1 \pm 1,6$ против $2,2 \pm 1,1$), чаще отмечался ECOG >2 (57,5% против 23,3%). Коморбидная патология встречалась достоверно чаще: АГ - 62,5% против 21,7%, ИБС - 33,8% против 8,3%, ХБП — 21,3% против 5,0%, СД - 18,8% против 6,7%. У пожилых отмечались менее выраженный бластоз и признаки МДС-ассоциированного процесса; у молодых - более высокий лейкоцитоз и пролиферативный дебют. Гемоглобин составил 78 ± 16 и 88 ± 18 г/л; лейкоциты - $18,2 \times 10^9$ /л и $27,5 \times 10^9$ /л; креатинин - 112 и 86 мкмоль/л; альбумин - $31,8 \pm 5,2$ и $35,6 \pm 4,8$ г/л соответственно. Индукционная летальность была выше у пожилых (16,3% против 5,0%), полная ремиссия достигнута реже (41,3% против 63,3%), однолетняя выживаемость - 38,7% и 62,1% соответственно.

Выводы. Пожилые пациенты с ОМЛ характеризуются более высокой коморбидностью и функциональными ограничениями, наличием половых различий в клинико-лабораторных показателях и менее благоприятными исходами лечения по сравнению с молодыми.

Каримова У. М.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДИКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Кафедра Внутренних болезней, нефрологии и гемодиализа «Ташкентский Государственный Медицинский Университет», Узбекистан.

Научный руководитель - к. м. н., доцент Кадилова Г. Г.

Цель исследования. Изучить особенности изменений энергетического обмена у лиц молодого возраста в ответ на психоэмоциональный стресс с целью выявления ранних метаболических показателей, повышающих риск развития сахарного диабета 2 типа (СД2).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 76 молодых лиц, обучающиеся на базе университета, средний возраст составил $20,3 \pm 1,5$ года, из них 42 мужчины и 34 женщины. ИМТ - $21,2 \pm 2,1$ кг/м²; средние показатели АД - 110/69 мм.рт.ст. Исследование включало этапы: общий опрос – выявления жалоб, оценки образа жизни; сбор анамнеза – оценка наследственной предрасположенности к СД2; лабораторно-инструментальная диагностика: определение глюкозы натощак, пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ), исследование энергетического обмена методом непрямой биокалориметрии (метабологграф Turbofit 5.12 Vista FM, USA), включающую определение основного обмена (ккал/сутки); метаболического эквивалента (МЕТ); дыхательного коэффициента (ДК); процента утилизации глюкозы и жирных кислот. Основную группу составили лица с ИМТ >25 кг/м², отягощенной наследственностью по СД2; контрольную группу – лица с ИМТ = 18,5–24,9 кг/м², адекватной физической нагрузкой и отсутствием генетической предрасположенности к СД2.

Результаты исследования. Предрасположенность к СД2 выявили наличие семейного анамнеза диабета у 24% мужчин и 28,5% женщин. У 3% мужчин и 2,3% женщин был выявлен диабет у родителей. У 20% мужчин и 26% женщин отмечалось наличие диабета у родственников. Анализ показателей энергетического обмена для контрольной группы показал, что после стрессового воздействия уровень основного обмена у мужчин повысился с 1929 ккал/сутки до 2619 ккал/сутки, а у женщин — с 1663 ккал/сутки до 1994 ккал/сутки. Также повысился ДК после нагрузки: с 0,85 до 0,93 у мужчин и с 0,82 до 0,86 у женщин. Окисление углеводов возрос на 17%–20%, тогда как окисление жиров снизилось на 18%–21%. Основной обмен после нагрузки повысился до 2264 ккал/сутки у мужчин и 1876 ккал/сутки у женщин. ДК имел тенденцию к возрастанию после стресса. После нагрузки доля окисления углеводов увеличилась на 31% у мужчин и на 25% у женщин; а окисления жиров снизилась на 19% у мужчин и на 25% у женщин. У лиц с «диабетическим метаболическим профилем» наблюдалась совершенно иная картина: основной метаболизм после нагрузки снизился с 2971,08 ккал/сутки до 2101,25 ккал/сутки у мужчин и с 1991,08 ккал/сутки до 1624,91 ккал/сутки у женщин. Степень окисления углеводов снизилась с 61% до 52% у мужчин и с 64% до 41% у женщин. Жировой обмен повысился у мужчин с 39% до 49%, у женщин с 35% до 58%.

Выводы. У здоровых молодых лиц физиологическая реакция на психологический стресс показала увеличение энергозатрат, повышение ДК, активизацию углеводного обмена, потребление жиров снизилось. У лиц с генетической предрасположенностью к СД2 наблюдалась гиперкомпенсаторная реакция на стресс, снижение основного обмена, падение утилизации глюкозы и значительное преобладание окисления жиров. Эта парадоксальная картина, наблюдаемая в метаболической реакции на психологический стресс, может служить ранним индикатором предрасположенности к СД2 у молодых людей. Непрямая калориметрия в сочетании со стресс-

тестом представляет собой простой, доступный и неинвазивный метод скрининга для ранней диагностики предрасположенности к СД2, что имеет особое значение в условиях непрекращающегося распространения глобальной эпидемии диабета.

Каримова Ш.С.

РАЗВИТИЕ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕПСИСОМ

(случай из практики)

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан
Научный руководитель – старший преподаватель Хасанов Дж.М

Цель исследования. Демонстрация возможности достижения ремиссии у пациента с острым лимфобластным лейкозом в сочетании с сепсисом.

Материал и методы. Проанализированы данные пациента А.Ф., 1983 года рождения, находившегося под наблюдением с ноября 2024. Основной диагноз: Острый лимфобластный лейкоз, Ph – позитивный. Был госпитализирован 08.11.2024. Жалобы при поступлении: боли около пупка, повышение температуры тела, общая слабость. Пациент считает себя больным в течение 1 года 7 месяцев. Изначально отмечались боли в левом подреберье и области сердца, по поводу чего несколько раз проходил лечение у гастроэнтеролога и кардиолога, но без улучшения. При обследовании в «Референсной» лаборатории выявлены: лейкоцитоз- $58,72 \times 10^3$ и бласты-95%. После чего госпитализирован в ГУНМЦ РТ «Шифобахш», где диагностирован острый лимфобластный лейкоз Ph+ позитив. На фоне лечения достигнута ремиссия. Позднее состояние ухудшилось – боли в эпигастрии, повышение температуры в течение 10 дней. Обследован в гастроэнтерологическом центре, частичное улучшение. Однако выявлена тяжелая анемия, в связи с чем повторно госпитализирован в гематологическое отделение. Кожные покровы и слизистые бледные, лимфоузлы не увеличены.

Результаты исследования. Первичный ОАК: гемоглобин-56,0г/л, эритроциты - $1,79 \times 10^6$ /мкл, лейкоциты - $6,6 \times 10^3$ /мкл, тромбоциты- 284×10^3 /мкл, СОЭ-67,0 мм/ч, нейтрофилы-76,07%, лимфоциты -15,6%. Миелограмма: бласты 95%. Кровь на стерильность: роста микрофлоры нет. В течение лечения у больного появились абсцессы сначала в ягодичной области затем в икроножных мышцах и правом плече вследствие которых температура поднималась до 40 градусов. С этими жалобами он был госпитализирован в ГКБ №3 в хирургическое отделение, где после проведенной соответствующей терапии состояние пациента улучшилось, гнойнички вскрыли и больной с улучшением был выписан для дальнейшего лечения по протоколу «Ph-ALL 2012m»

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует возможность развития ремиссии у больных с острым лимфобластным лейкозом в сочетании с сепсисом. Данный клинический случай подчеркивает необходимость раннего выявления сепсиса у пациентов с гемобластозами и показывает сложность лечения у таких больных.

Каримова Я.А.

КОМПЛЕКСНЫЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного логопедического подхода с элементами сенсорной интеграции при задержке речевого развития (ЗРР) у детей раннего возраста. ЗРР – распространённая проблема, часто являющаяся первым поводом обращения за специализированной помощью в центр «Инсайт».

Материал и методы. 32 ребёнка, 1,5–4 лет (средний $2,7 \pm 0,8$; 22 мальчика, 10 девочек) с ЗРР (F80.0, F80.1). Критерии: отставание экспрессивной речи на 6+ месяцев при сохранном слухе и интеллекте. Программа: логоритмика (2 раза/неделю), артикуляционная гимнастика (ежедневно, с обучением родителей), элементы сенсорной интеграции (тактильная, вестибулярная, проприоцептивная стимуляция), игровые методы. Обучение родителей с еженедельным контролем домашних заданий. Курс 4 месяца (3 занятия/неделю по 30–40 минут). Оценка: обследование речи, шкала Россетти, дневники родителей.

Результаты исследования. Улучшение у 84% (27 из 32). Словарный запас: $+45,3 \pm 18,7$ слов за 4 месяца. Переход к фразовой речи у 41% (13 из 32). Шкала Россетти: $+2,3$ возрастных уровня (с $14,2 \pm 4,1$ до $23,6 \pm 5,3$ месяцев эквивалента; $p < 0,001$). Понимание обращённой речи улучшилось у 91%. Влияние семьи: у активных родителей ($n=20$) прирост словаря в 1,8 раза больше (56,1 против 31,2 слов; $p < 0,05$), темпы фразовой речи в 2,1 раза выше. Артикуляция улучшилась у 72%, просодия – у 65%.

Выводы. Комплексный логопедический подход с сенсорной интеграцией и активным обучением родителей обеспечивает значимое улучшение речевого развития у детей раннего возраста с ЗРР. Вовлечение семьи – ключевой фактор успеха и обязательный компонент помощи.

Каримова Я.А.

ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ОПЫТ ЦЕНТРА «ИНСАЙТ»

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Проанализировать особенности и результаты логопедической коррекции у детей с РАС в условиях специализированного центра. До 50% детей с РАС имеют значительные нарушения речевого

развития, а эффективные логопедические программы для данной категории в Таджикистане находятся на стадии формирования.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 48 детей с РАС (F84.0), 3–10 лет (средний возраст $5,3 \pm 2,0$; 36 мальчиков, 12 девочек), получавших логопедическую помощь в 2025–2026 гг. Курс 3–8 месяцев (2–3 занятия/неделю по 40 минут). Методики: ААС, PECS, визуальные расписания, «социальные истории», логоритмика, артикуляционная гимнастика. Выбор определялся уровнем речевого развития. Оценка: домен «речь/коммуникация» АТЕС, CDI, протокол логопедического обследования.

Результаты исследования. Положительная динамика у 79% (38 из 48). Из 21 невербального ребёнка первые слова у 35% (7 детей). PECS освоили 85% (41 из 48), средний уровень – III этап. Фразовая речь у 23% ранее невербальных (5 из 21). Наилучшие результаты до 5 лет: 91% (21 из 23) против 68% (17 из 25) старше 5 лет ($p < 0,05$). Экспрессивный словарь: с $24,7 \pm 32,4$ до $67,3 \pm 48,6$ слов. Понимание обращённой речи улучшилось у 73%. Социальная коммуникация (просьбы, комментирование, обращение) улучшилась у 67%.

Выводы. Систематическая логопедическая коррекция с ААС и PECS эффективна при РАС. Раннее начало (до 5 лет) – ключевой прогностический фактор. Необходимо раннее выявление речевых нарушений и своевременное начало логопедической помощи.

Каримова Я.А.

РОЛЬ ДЕФЕКТОЛОГА В ФОРМИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить эффективность структурированной дефектологической программы по формированию социально-бытовых навыков у детей с умственной отсталостью лёгкой и умеренной степени. Развитие навыков самообслуживания и социальной адаптации – приоритетная задача реабилитации, определяющая долгосрочные перспективы самостоятельной жизни.

Материал и методы. 22 ребёнка, 5–12 лет (средний $7,9 \pm 2,4$) с F70 ($n=12$) и F71 ($n=10$). Программа: 6 месяцев, 3 занятия/неделю по 40 минут. Четыре модуля: самообслуживание (одевание, питание, гигиена), ориентировка в пространстве и времени, коммуникативные навыки, элементарные учебные навыки. Методы: визуальное моделирование, пошаговое обучение с подкреплением, задачный анализ (task analysis). Оценка по Vineland-3 и индивидуальным протоколам мониторинга.

Результаты исследования. Vineland-3: с $52,3 \pm 8,4$ до $61,7 \pm 9,1$ ($p < 0,01$). По доменам: «повседневные навыки» +22,1% ($p < 0,01$), «коммуникация» +17,8% ($p < 0,05$), «социализация» +14,3% ($p < 0,05$), «моторика» +11,2% ($p < 0,05$). Самообслуживание улучшилось у 82% (18 из 22). Самостоятельное одевание – 68%, гигиена – 73%, самостоятельный приём пищи – 86%. Коммуникация: наибольший прогресс в субшкале «выражение» – у 68%. Дети с F70: средний прирост 21,4% против 14,7% при F71 ($p < 0,05$).

Выводы. Систематическая структурированная дефектологическая работа значимо улучшает адаптивное поведение по всем ключевым доменам. Формирование социально-бытовых навыков должно быть приоритетом реабилитации с акцентом на практико-ориентированные методы и задачный анализ.

Кахорова Н.Р.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить влияние реабилитации ребёнка с РАС на качество жизни всей семьи и определить опосредующие факторы. Семья испытывает значительное бремя, но влияние реабилитации ребёнка на функционирование семьи как системы в условиях Центральной Азии малоизучено.

Материал и методы. 40 семей, полный курс 6+ месяцев. Дети: средний возраст $6,1 \pm 2,3$. Методики: FQOL (5 доменов), PSI-SF, FACES-IV, АТЕС (прогресс ребёнка). До начала и после реабилитации. Корреляционный анализ и множественная регрессия для выявления предикторов.

Результаты исследования. FQOL: с $3,1 \pm 0,7$ до $3,8 \pm 0,6$ из 5 ($p < 0,01$). По доменам: «поддержка» +32,4% ($2,8 \rightarrow 3,7$; $p < 0,01$), «эмоциональное благополучие» +28,1% ($2,9 \rightarrow 3,7$; $p < 0,01$), «семейное взаимодействие» +24,3% ($3,3 \rightarrow 4,1$; $p < 0,05$), «воспитание» +19,6% ($p < 0,05$), «физическое/материальное» +11,2% ($p > 0,05$). PSI-SF: с $104,2 \pm 18,4$ до $82,3 \pm 15,7$ (–21,0%; $p < 0,001$). FACES-IV: сплочённость повысилась у 65% (26/40; с 28,4 до 33,7; $p < 0,05$). Корреляция АТЕС–FQOL: $r=0,58$ ($p < 0,01$). Предикторы FQOL: прогресс ребёнка ($\beta=0,42$), групповая поддержка ($\beta=0,31$), участие обоих родителей ($\beta=0,27$).

Выводы. Реабилитация ребёнка с РАС значимо улучшает качество жизни семьи, снижая стресс и повышая сплочённость. Наибольший эффект при вовлечении обоих родителей и групповой поддержке. Семейно-ориентированный подход – стандарт реабилитации.

Кахорова Н.Р.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ МАРШРУТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАС: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ЦЕНТРА «ИНСАЙТ»

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Описать модель индивидуального маршрута реабилитации и оценить эффективность мультидисциплинарного подхода. Мультидисциплинарная команда – золотой стандарт реабилитации при РАС, однако в Центральной Азии подобные модели представлены ограниченно.

Материал и методы. 55 детей с РАС (F84.0), 2–12 лет (средний $5,9 \pm 2,6$), полный курс в 2025–2026 гг. Маршрут формировался на мультидисциплинарном консилиуме: психиатрия, логопедия (2–3 раза/неделю), дефектология (2–3 раза/неделю), БОС (15 сеансов), БАК (12–15 сеансов), магнитотерапия (10 сеансов), тВНС (15–20 сеансов). Набор индивидуальный. Длительность 4–8 месяцев. Оценка: АТЕС, CARS, CGI-I.

Результаты исследования. CGI-I «улучшение/значительное улучшение» у 76,4% (42 из 55). АТЕС: с $78,3 \pm 18,6$ до $54,6 \pm 16,2$ (–30,3%; $p < 0,001$). По доменам: «речь» –33,7%, «социализация» –31,4%, «сенсорика/когнитивность» –28,6%, «поведение» –27,2%. CARS: с $35,2 \pm 5,1$ до $28,4 \pm 4,8$ ($p < 0,001$). Факторы успеха: раннее начало до 5 лет ($OR = 3,2$), длительность >6 месяцев ($OR = 2,7$), вовлечённость семьи ($OR = 2,4$), ≥ 4 методов ($OR = 2,1$). Наименьшая эффективность при тяжёлой УО и позднем начале (>8 лет).

Выводы. Мультидисциплинарный подход обеспечивает улучшение у >76% пациентов. Ключевые факторы: раннее начало, длительность и комплексность программы. Модель «Инсайт» может быть тиражирована в регионе.

Кахорова Н.Р., Миршарофов М.М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАС ПО ШКАЛЕ АТЕС: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Провести проспективную динамическую оценку эффективности комплексной реабилитации по шкале АТЕС как основному инструменту мониторинга. АТЕС – валидированный инструмент для оценки изменений в четырёх доменах функционирования при РАС.

Материал и методы. 40 детей с РАС (F84.0), 3–12 лет (средний $6,2 \pm 2,4$; 32 мальчика, 8 девочек). АТЕС заполнялся обоими родителями трёхкратно: при поступлении (T0), через 3 месяца (T1) и 6 месяцев (T2). Четыре домена: речь/коммуникация (0–28), социализация (0–40), сенсорика/когнитивность (0–36), здоровье/поведение (0–75). Программа индивидуальная. Статистика: ANOVA повторных измерений, парный t-критерий с поправкой Бонферрони.

Результаты исследования. Общий АТЕС: T0 $81,2 \pm 19,4 \rightarrow$ T1 $65,2 \pm 17,8$ (–19,7%; $p < 0,01$) $\rightarrow$ T2 $52,8 \pm 15,6$ (–35,0%; $p < 0,001$). За 6 месяцев: «социализация» –38,2% ($26,4 \rightarrow 16,3$; $p < 0,001$), «речь» –33,7% ($16,8 \rightarrow 11,1$; $p < 0,001$), «поведение» –31,4% ($22,6 \rightarrow 15,5$; $p < 0,001$), «сенсорика» –28,6% ($15,4 \rightarrow 11,0$; $p < 0,01$). Динамика неравномерная: 3 мес. –19,7%, 3–6 мес. дополнительно –15,3% (кумулятивный эффект). Минимально клинически значимое улучшение ($\geq 10\%$) через 6 мес. у 85% (34 из 40). Выраженное ($\geq 30\%$) – у 52,5% (21 из 40).

Выводы. Комплексная реабилитация приводит к устойчивому и клинически значимому снижению аутистической симптоматики по всем доменам АТЕС. Кумулятивный характер улучшений подтверждает преимущество длительных курсов (6+ месяцев). АТЕС рекомендуется как основной инструмент мониторинга.

Кахрамонова И.И.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О РАЦИОНАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ

Ташкентского международного университета Киме, Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н, профессор Халматова Б.Т.

Цель исследования. Изучить осведомленность родителей о применении антибиотиков и оценить тактику врачей по назначению антибиотиков в детской практике.

Материал и методы. С целью изучения практики применения антибактериальных препаратов было проведено анонимное социологическое исследование среди родителей и врачей-педиатров. В анкетировании участвовали 80 матерей и 90 специалистов. Опросники были разработаны отдельно для каждой группы респондентов и представлены на русском и узбекском языках. Для родителей анкета включала 18 вопросов, для врачей — 10. Все вопросы предполагали выбор одного из предложенных вариантов ответа. Анализ возрастной структуры показал, что половина опрошенных матерей (50%) были моложе 25 лет. Образовательный уровень распределился следующим образом: высшее образование имели 17,5% женщин, среднеспециальное — 36,2%, среднее — 43,8%, и 2,5% обладали средним медицинским образованием.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, первый опыт применения антибиотиков у детей чаще всего приходился на возраст 1–3 года (35%), реже — на 3–5 лет (31,3%). В грудном возрасте антибиотики получали 20% детей, в период новорожденности — 13,8%. При этом 71,3% матерей сообщили о приеме антибиотиков ребенком в течение последних шести месяцев. Основной причиной назначения стали острые респираторные вирусные инфекции (46,3%), далее следовали ангина, бронхит и пневмония (31,3%), отиты и си-

нуситы (15%), инфекции мочевыделительной системы (7,5%). Почти половина матерей (47,5%) давали антибиотики самостоятельно, 12,5% — по совету знакомых, и лишь 40% — по назначению педиатра.

Антибиотики приобретались без рецепта в 43,8% случаев, по рецепту — в 31,3%, а 25% использовали препараты, уже имевшиеся дома. Чаще всего применялся амоксициллин (41,3%), макролиды (в т.ч. азитромицин) — в 31,3%, цефалоспорины — в 27,5%. Побочные реакции отмечались нередко: диарея — у 32,5% детей, боли в животе — у 23,8%, метеоризм — у 10%; у 33,5% нежелательных явлений не было. Несмотря на влияние антибиотиков на кишечную микробиоту, 61,3% матерей не использовали пробиотики, чаще всего из-за отсутствия информации (56,9%), отсутствия рекомендации врача (21,6%), сомнений в эффективности (13,7%) или высокой стоимости (7,8%). В целом половина матерей считают пробиотики необязательными. Нарушение режима терапии также распространено: 41,3% иногда прекращают курс досрочно, 33,8% — часто, и лишь 25% всегда завершают лечение полностью. Более половины (58,8%) при повторном повышении температуры самостоятельно возобновляли прием антибиотиков без консультации врача.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой распространенности нерационального использования антибактериальных препаратов. Проблема формирования антибиотикорезистентности у детей требует комплексных профилактических мер, активного взаимодействия медицинских работников с родителями и проведения регулярной разъяснительной работы среди населения.

Кенджаева У.М., Назарова Ф.Ш., Дилбари А.

ЧАСТОТА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА

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

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Носирова М.П.

Цель исследования. Изучить частоту врождённых пороков развития у плода, явившихся медицинскими показаниями для прерывания беременности.

Материал и методы. На базе Городского центра здоровья проведено ретроспективное исследование по определению состояния здоровья плода и выявлению частоты врождённых пороков на основе отчётно-учётной документации отделения репродуктивного здоровья за 2025 год, по индивидуальным картам беременной и родильницы (медицинская форма №029)

картам амбулаторного пациента (медицинская форма №024).

Результаты исследования. Выкопировка данных из предоставленных документов выявила раннюю постановку на учёт по поводу беременности. Всего в 2025 году 1232 пациентки в сроке до 12 недель и 5 пациенток - в сроке до 18 недель подлежали диспансеризации. Установлено, что у 17 женщин (1,4%), беременность протекает с пороками развития плода, в том числе одна (0,08%) беременная состоит в близкородственном браке. Среди женщин, у которых беременность началась и закончилась родами в 2025 году (684 случая) особого внимания заслуживали 59 пациенток (8,6%), направленных на генетическую консультацию, из них в близкородственном браке состояли 16 беременных (2,3%).

Среди выявленных пороков развития плода преобладают две патологии (по 23,5% случаев) гигрома позвоночника различной локализации и Синдром Дауна. Обращает на себя внимание возраст пациенток и паритет родов. Гигрома позвоночника плода обнаружена в возрасте беременных 45 лет (1 пациентка, беременность - 7, паритет родов - 2) и 23 – 27 лет (2 пациентки с паритетом родов - 1, 1 пациентка с паритетом родов - 2). Синдром Дауна плода выявлены у женщины 36 лет (1 пациентка, беременность – 6, паритет родов - 5) и в возрастном интервале 22 – 25 лет (3 пациентки, беременность – 2, паритет родов – 1).

Пороки развития сердца и почек плода (по 11,7% случаев) занимают второе место. Возраст пациенток с пороком сердца у плода составлял 22 года (беременность – 2, паритет родов - 1) и 24 (беременность – 4, паритет родов - 3). Среди беременных женщин с пороками развития почек плода также обнаружена возрастная пациентка – 35 лет (беременность – 4, роды - 3). Возраст второй пациентки составлял 25 лет, беременность – 2, роды -1.

Обнаружены патологии (по 5,8% случаев), несовместимые с жизнью, такие как акrania и значительного размера энцефалоцеле. В единственном числе выявлены: двусторонняя косолапость, двустороннее незаращение верхней губы, непроходимость тонкого кишечника и атрезия ануса.

По медицинским показаниям, после генетической консультации, дополнительного осмотра узкими специалистами и совместного собеседования с родителями плода, вышеперечисленным беременным женщинам с пороками развития у плода было предложено прерывание беременности. Всего проведено 14 прерываний беременности (82,4% случаев). С пороками развития плода – двусторонняя косолапость, двустороннее незаращение верхней губы и порок развития сердца – пациентки отказались прервать беременность.

Выводы. 1. Среди женщин, взятых на диспансерный учёт по поводу беременности, выявлено, что у 17 пациенток (1,4%) беременность протекает с пороками развития плода, в том числе одна (0,08%) беременная состоит в близкородственном браке.

2. Среди выявленных пороков развития плода преобладают две патологии (по 23,5% случаев) гигрома позвоночника различной локализации и Синдром Дауна. Пороки развития сердца и почек плода (по 11,7% случаев) занимают второе место.

3. Всего проведено 14 прерываний беременности (82,4% случаев) по медицинским показаниям. С пороками развития плода – двусторонняя косолапость, двустороннее незаращение верхней губы и порок развития сердца – пациентки отказались прервать беременность (17,6% случаев).

Кодирова Ё.Н., Нурматова Г.Б. Зайнаббиди С.Х.

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА И СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СТУДЕНТОК-МЕДИКОВ

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

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

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости нарушений менструального цикла с учетом качества сна и стрессовой нагрузки у студенток-медиков.

Материал и методы. Было проведено одномоментное описательное исследование. В анкетировании приняли участие 101 студентка 4 курса медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, проходившая цикл по эндокринологии. Для оценки качества сна использовался опросник Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), который учитывал валидизированные шкалы субъективной оценки сна за последний месяц. Опросник включает 19 вопросов, формирующих 7 компонентов: субъективное качество сна, латентность засыпания, продолжительность сна, эффективность сна, нарушения сна, использование снотворных и дневную дисфункцию. Каждый компонент оценивается от 0 до 3 баллов; суммарный индекс варьирует от 0 до 21 балла, при этом значение более 5 баллов интерпретируется как снижение качества сна. В структуру PSQI входят вопросы, отражающие влияние эмоционального напряжения и трудностей засыпания, что позволило оценить субъективную стрессовую нагрузку. Для оценки особенностей менструального цикла применялся краткий мни-опросник, включающий вопросы о наличии симптомов предменструального синдрома (ПМС), болезненности менструаций (альгодисменореи) и характере менструальных выделений. Обработка результатов осуществлялась с использованием методов описательной статистики с определением средних величин и относительных показателей (%). Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2019.

Результаты исследования. Средний суммарный балл по анкетированию качества сна (PSQI) составил 6,7, медиана — 6 баллов. Плохое качество сна (PSQI > 5) выявлено у 61 (60,4%) из 101 участницы. Выраженная субъективная стрессовая нагрузка была отмечена у 27 (26,7%) участниц, которую связывали с интенсивной системой учебных циклов, регулярными экзаменационными периодами каждые 7–10 дней, а также необходимостью совмещать обучение с семейной жизнью 6 (5,94%). По результатам анализа факторов было зарегистрировано, что симптомы ПМС отмечены у 71 (70,3%) студенток, альгодисменорея зарегистрирована у 28 (27,7%) участниц, а скудные менструальные выделения наблюдались у 18 (17,8%) и обильные у 7 (6,9%) студенток. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности нарушений сна среди студенток медицинского вуза. Более 60% участниц имели показатели PSQI, превышающие диагностический порог. С учетом известных механизмов влияния хронического стресса на гипоталамическую регуляцию гонадотропной функции, выявленные изменения могут рассматриваться как потенциальные факторы риска функциональных нарушений менструального цикла. Интенсивная академическая нагрузка, частые экзаменационные периоды (каждые 7–10 дней) и совмещение обучения с семейными обязанностями выступают значимыми психоэмоциональными триггерами.

Выводы. 1. У студенток-медиков 4 курса установлена высокая распространенность нарушений менструального цикла, которая проявилась в виде симптомов ПМС у 70,3% обследованных, альгодисменорея - у 27,7%, скудные менструальные выделения - у 17,8%, обильные - у 6,9%. 2. Снижение качества сна (PSQI > 5) зарегистрировано у 60,4% участниц, при этом выраженная субъективная стрессовая нагрузка отмечена у 26,7% студенток. 3. Необходимы профилактические программы, направленные на нормализацию сна и снижение психоэмоционального напряжения среди студенток медицинских вузов.

Кондакова Т.О., Кривенцев М.Ю.

СВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА С АНИЗОЦИТОЗОМ ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ И НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кафедра поликлинического дела и скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Попов Е.А.

Цель исследования. Оценка связи концентрации фетального гемоглобина с индексом анизоцитоза эритроцитов у пациентов с внебольничной и нозокомиальной пневмонией.

Материал и методы. Проведено наблюдение за 85 пациентами, госпитализированными в Александровскую областную клиническую больницу г. Астрахани. Из них 67 пациентов с диагнозом внебольничная пневмония (ВП) лечились в терапевтическом отделении, а 18 пациентов с диагнозом нозокомиальная пневмония (НП) в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Из распечаток на гематологическом анализаторе «Sysmex XN 2000» нами анализировались следующие показатели красной крови (RBC, HGB, HCT), и производные эритроцитарные индексы (MCV, MCH, RDW). Кроме того, у всех пациентов с ВП и НП в отобранных гемолитах крови определяли концентрацию фетального гемоглобина с помощью набора для иммунохимического анализа HbF по методу Манчини.

Результаты исследования. Проведено сравнение медиан и межквартильных размахов показателей эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, индексов эритроцитов и фетального гемоглобина у пациентов с внебольничной и нозокомиальной пневмонией на пике заболевания и перед выпиской. У пациентов с внебольничной пневмонией медиана анизоцитоза или ширины распределения эритроцитов по объему в процентах (RDW %) на пике заболевания составляет 96 % от медианы RDW у этих же пациентов при выписке, различия в содержании RDW между группами пациентов статистически не значимы ($p = 0,764$). У пациентов с нозокомиальной

пневмонией медиана анизоцитоза эритроцитов (RDW) на пике заболевания на 115 % выше медианы HGB у этих же пациентов при выписке, различия в содержании HGB статистически значимы ($p = 0,025$). У пациентов с внебольничной пневмонией медиана фетального гемоглобина (HbF) на пике заболевания составляет 115 % от медианы HbF у этих же пациентов при выписке, различия в содержании HbF статистически значимы ($p = 0,001$). У пациентов с нозокомиальной пневмонией медиана фетального гемоглобина (HbF) на пике заболевания в ОРИТ повышается почти в два раза до 190 % от медианы HbF у этих же пациентов при выписке, различия в содержании HbF статистически значимы ($p < 0,001$). Впервые выявленную связь между показателями RDW и фетального гемоглобина при внебольничной и нозокомиальной пневмонии. Если медиана RDW при НП превосходила медиану ВП только в 1,2 раза, то медиана HbF при НП превосходила медиану ВП даже в 1,65 раза. Таким образом, показатели RDW и HbF имеют важное диагностическое значение именно в остром периоде пневмонии, когда решается вопрос о переводе пациента в ОРИТ. При этом значение RDW выше 15 % и фетального гемоглобина (HbF) выше 4,5 г/л являются основанием для перевода пациентов с пневмонией в ОРИТ для проведения интенсивной инфузионно-корректирующей терапии и респираторной поддержки.

Выводы. Повышение анизоцитоза эритроцитов (RDW) выше 15 % и фетального гемоглобина (HbF) выше 4,5 г/л являются основанием для перевода пациентов с пневмонией в ОРИТ для проведения интенсивной инфузионно-корректирующей терапии и респираторной поддержки. А индикаторы RDW и HbF являются простыми и надежными биомаркерами для прогнозирования степени тяжести и исхода внебольничной и нозокомиальной пневмонии.

Косимов Б.Н., Саидов П.А., Нуралиев Н.М.

МИГРЕНЬ КАК СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ ПРОБЛЕМА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и критерии диагностики.

Материал и методы. Истории болезни пациентов с диагнозом «мигрень» амбулаторные карты, данные неврологического осмотра. Рекомендации International Headache Society (ICHD-3), клинические рекомендации World Health Organization, сбор жалоб и анамнеза, неврологический осмотр. Анализ частоты, длительности и интенсивности приступов и оценка эффективности проводимой терапии. Сравнительный анализ результатов лечения.

Результаты исследования. В исследование были включены 60 пациентов с установленным диагнозом «мигрень», согласно диагностическим критериям International Headache Society (ICHD-3). Возраст пациентов составил от 18 до 45 лет, средний возраст — 32 ± 6 лет. По клиническим формам выявлено, что мигрень без ауры диагностирована у 42 пациентов (70%), тогда как мигрень с аурой наблюдалась у 18 пациентов (30%). Наиболее частыми симптомами являлись односторонняя пульсирующая головная боль средней или высокой интенсивности, продолжительностью от 4 до 72 часов. Таким образом, результаты исследования показали, что наиболее распространённой формой является мигрень без ауры, заболевание чаще встречается у женщин трудоспособного возраста, а своевременно назначенная профилактическая терапия достоверно снижает частоту и тяжесть приступов, улучшая качество жизни пациентов.

Выводы. Мигрень — распространённое первичное неврологическое заболевание, чаще встречающееся у женщин трудоспособного возраста. Наиболее частой формой является мигрень без ауры, согласно критериям International Headache Society. Ранняя диагностика и комплексное лечение значительно улучшают качество жизни пациентов.

Косимов С.С., Абдуллоев Д.Х.

КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖИТЕЛЕЙ г. ДУШАНБЕ И РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПОДЧИНЕНИЯ

Кафедра неврологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель — д.м.н. Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Комплексная оценка клинических и ультразвуковых характеристик атеротромботического ишемического.

Материал и методы. В исследование включены 42 пациента с верифицированным атеротромботическим ишемическим инсультом. Мужчины и женщины были представлены в равном соотношении — по 21 (50%).

Пациенты преимущественно относились к возрастной группе 45–60 лет (средний возраст $54,2 \pm 6,1$ года). Жителями г. Душанбе являлись 24 (57,1%) пациента, районов республиканского подчинения — 18 (42,9%).

Диагноз устанавливался на основании клинико-неврологического обследования, данных нейровизуализации (КТ/МРТ головного мозга) и ультразвуковой доплерографии экстра- и интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий.

Оценивались: степень стеноза, морфоструктура атеросклеротических бляшек, показатели пиковой систолической скорости кровотока, индекс резистентности, а также распространённость ишемического очага. Тяжесть инсульта определялась по шкале NIHSS при поступлении.

Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики. Результаты представлены в виде $M \pm m$. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Гемодинамически значимые стенозы сонных артерий ($\geq 70\%$) выявлены у 23 пациентов (54,8%). Средняя степень стеноза в данной группе составила $76,3 \pm 4,8\%$.

Выраженный неврологический дефицит (NIHSS >10 баллов) зарегистрирован у 16 больных (38,1%). Средний показатель NIHSS по группе составил $9,4 \pm 3,2$ балла.

У пациентов с критическими стенозами частота тяжёлого неврологического дефицита была достоверно выше по сравнению с больными со стенозами менее 70% (75% против 41%, $p < 0,05$).

Нестабильные атеросклеротические бляшки выявлены у 12 пациентов (28,6%) и статистически значимо ассоциировались с формированием обширных инфарктов в бассейне средней мозговой артерии ($p < 0,05$).

У пациентов из районов республиканского подчинения гемодинамически значимые стенозы диагностированы чаще (61,1%), чем у жителей г. Душанбе (50,0%), что отражает тенденцию к более выраженному атеросклеротическому поражению ($p > 0,05$).

Выводы. Атеротромботический подтип инсульта у пациентов трудоспособного возраста характеризуется высокой частотой гемодинамически значимых стенозов сонных артерий.

Ультразвуковая доплерография является информативным и доступным методом стратификации риска и оценки прогностических факторов при атеротромботическом инсульте.

Куватзода Г.Х., Курбанов М.М., Шоназарова М.А.

ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПЕРИОД 2015 – 2025 ГГ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Провести ретроспективный и проспективный анализ течения хронического лимфолейкоза в Республике Таджикистан за период с 2015 года по 2025 год.

Материал и методы. Проведен анализ 200 пациентов с достоверным диагнозом ХЛЛ за 10-летний период 2015 - 2025 годов, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш» (г. Душанбе). 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, мочевиная кислота), стерильная пункция с цитохимическим исследованием, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ – исследование внутренних органов, общий анализ мочи, общий анализ кала.

Результаты исследования. За анализируемый 10 – летний период (2015 - 2025 гг.) выявлено 200 пациентов с хроническим лимфолейкозом. Установлен умеренный рост заболевания ХЛЛ, особенно у лиц старшей возрастной группы. В региональном разрезе лидирующее место занимает город Душанбе – 36 пациентов, что составило 21,6% от общего числа, на втором месте район Рудаки – 14 пациентов, то есть 8,4%, на третьем месте город Турсунзода – 9 пациентов и это составляет 5,4%, остальные регионы с минимальными количествами случаев ХЛЛ. За исследуемый период из 200 (100%) пациентов с ХЛЛ, впервые обратившихся, у 60 (36,3%) отмечены повторные обращения. Число первичных обращений варьировало от 19 случаев в 2015 г. до 26 случаев в 2017. От 2018 г. до 2021 г. идет резкое снижение числа случаев с ХЛЛ в связи с COVID – 19. Начиная от 2022 г. отмечается тенденция к увеличению от 23 случаев до 21 в 2024г. Наибольшее число больных приходилось на 2022-2024гг. и минимальное на 2018-2021гг. 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 - 116 пациентов (61,2%), женщин было 84 (38,7%). 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 104 случая (63,03%), далее следовала группа 50-55 лет 56 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. Иммунодефицитный синдром – у 145 больных (87,8%). На втором месте анемический синдром 120 (72,7%), гиперпластический (лимфаденопатия) - у 85 больных (51,5%), гепатоспленомегалия – у 73 больных (85,8%), далее идет интоксикационный синдром 10 (6,06%) и геморрагический синдром – у 12 больных (7,2%). Таким образом, основными клиническими проявлениями являлись иммунодефицитный, анемический, гиперпластический и интоксикационный синдромы.

Выводы. За 10-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 проведению своевременной терапии.

Куватзода Г.Х., Зокирова М.Н., Боронов А.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту развития осложнений и сопутствующих заболеваний у больных с хроническим лимфолейкозом.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 100 пациентов с достоверным диагнозом ХЛЛ за определённый период 2020 - 2025 годов, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш» (г. Душанбе). В ретроспективную часть включены данные архивных историй болезни и регистров, проспективная часть основана на наблюдении вновь выявленных случаев. Оценивались 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. В ходе проведения исследования установлено, что средний возраст больных составил для мужчин 65,5 года (от 35 до 86 лет), для женщин 61,5 года (от 47 до 73 лет). Наибольшая часть пациентов приходилась на возрастную группу 65-75 лет 104 случая (63,03%), далее следовала группа 50-55 лет - 56 случаев (33,9%), наименьшее количество больных отмечено в возрасте до 40 лет - 5 случаев (3,0%). Среди 100 пациентов у 15 (15%) больных выявлены осложнения в виде нейтропении, сепсиса, гемолитической анемии,blastного криза, диабетической нефропатии, токсикодермии, лейкозной инфильтрации, тромбоцитопении. У 56 (56%) больных зарегистрированы сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (гастродуодениты, холецистопанкреатиты, неспецифический язвенный колит, гепатит С), сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, ревматическое заболевание сердца), дыхательной системы (пневмония, хронический бронхит), мочевыделительной системы (пиелонефриты), эндокринной системы (сахарный диабет), и невриты. Среди клинических проявлений ХЛЛ у всех больных встречался астеновегетативный синдром как проявление ухудшения общего состояния.

Выводы. Хронический лимфолейкоз характеризуется высокой частотой развития осложнений и выраженной коморбидной патологией. Наличие сопутствующих заболеваний, особенно со стороны сердечно – сосудистой, эндокринной и дыхательной систем, утяжеляет течение заболевания и способствует увеличению частоты осложнений. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексного подхода к ведению пациентов с хроническим лимфолейкозом с учётом сопутствующей патологии.

Куватзода Г.Х., Шоназарова М.А., Курбанов М.М.

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО – ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные изменения сердечно-сосудистой и дыхательной системы у больного с хроническим лимфолейкозом.

Материал и методы. Больная М.М., 1953 года рождения, 72 года, история болезни 8035/623, поступила 16.05.2025 в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на головные боли, головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, слабость, повышенную потливость, жажду, онемение конечностей, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов, болеет в течение 7 лет. Наследственность не отягощена. 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 больной тяжелое, кожа и видимые слизистые оболочки обычные, увеличение всех групп лимфатических узлов до размера грецкого ореха и куриного яйца. Печень увеличена на +2см, селезенка на +3+6см. Осмотрена кардиологом, пульмонологом, эндокринологом.

В общем анализе крови: Эр-1,4. Нв-39г/л. НР-0,8. Лей-308. Тром-75. Эоз-0,1. Лимф-98,4. Мон-0,2. СОЭ-35мм/ч. В общем анализе мочи: белок-0,099г/л, лей-42-45, эр-8-9, цилиндры-0-1, Са-15, окс., бак. Биохимический анализ крови: общий белок-46,0, мочевины-7,4, креатинин-102,4, глюкоза-15,20ммоль/л. Общий билирубин-15, билирубин связ.-5,5, билирубин своб.-10, АЛАТ-69,3Ед/л, АСАТ-57,5Ед/л, калий-3,50 ммоль/л, магний-0,64 ммоль/л, мочевая кислота-555,0 мкмоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм, 68 уд/мин. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой. ЭОС сердца вертикальная. Нарушение процессов реполяризации. Рентгенография грудной клетки: признаки бронхита. Кардиомегалия. Двусторонний гидроторакс. УЗИ: количество жидкости с обеих сторон 350мл. Эхопризнаки хронического воспаления почек и поджелудочной железы.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациентке был поставлен диагноз: «Хронический лимфолейкоз, терминальная стадия. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 степени, риск 4. Сахарный диабет II типа, среднетяжелое состояние, период декомпенсации. Диабетическая нефропатия, полинейропатия и ангиопатия. Хроническая болезнь почек С4. Анемия тяжелой степени».

Было проведено лечение: физ.р-р 0,9%-200,0в/в. NaCl 0,9%-345,0+бендамустин 125мг в/в №2, преднизолон 50мг 1тб х 1раз, аллопуринол 100мг 2тб х 3раза, ондансетрон 8мг +NaCl 0,9% 100,0 в/в, тавегил 2,0 в/в, инсулин рапид 12 ед х 1 раз, бисопролол 10мг х 1раз, тромбоконтрат 310мл в/в, эритроцитарная масса 550мл в/в.

Выводы. Хронический лимфолейкоз является сам по себе тяжело протекающим заболеванием, который в последующем вызывает осложнения со стороны всех органов и систем, а сочетанное течение с сахарным диа-

бетом 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.

Кувваталиева Г.Г., Алланазаров Ф.Ф.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Алиева Е.Г.

Цель исследования. Целью является сравнительная оценка эффективности монотерапии (криодеструкция) и фотодинамической терапии на продолжительность воспалительного процесса и восстановление целостности кожи у пациентов с актиническим кератозом.

Материал и методы. Под наблюдением находилась группа из 30 пациентов с актиническим кератозом. Участники были разделены на две группы. Основная группа (15 человек) получала фотодинамическую терапию (ФДТ). Группа сравнения (15 человек) получала монотерапию — криодеструкцию. Фотодинамическая терапия (ФДТ) проводилась с применением местного фотосенсибилизатора с экспозицией 2–3 часа, после чего выполнялось световое (лазерное) воздействие с длиной волны, соответствующей пику поглощения препарата.

Количество процедур — 1–2 сеанса с интервалом 7–10 дней. Механизм действия фотодинамической терапии основывается на накоплении фотосенсибилизатора в диспластических клетках, генерации активных форм кислорода, а также на индукции апоптоза и некроза патологических тканей без повреждения здоровых. Обоснование кратности: селективное разрушение патологических клеток происходит в течение первых суток, повторный сеанс необходим при остаточных очагах.

Оценка эффективности проводилась на основе данных визуального осмотра, таких как динамика регрессии очагов поражения и уровень воспаления, а также на основе опросов пациентов, которые включали оценку болевого синдрома.

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенных исследований отмечен более значимый и быстрый положительный эффект в основной группе по сравнению с группой сравнения. В основной группе полное регрессирование очагов поражения наступило в среднем на 3–4 дня быстрее. До лечения наблюдались гиперкератотические очаги, признаки хронического воспаления кожи, риск малигнизации.

После процедуры: формирование контролируемой воспалительной реакции, постепенный некроз патологической ткани. Через 7–14 дней: регресс очага, формирование здорового эпителия, минимальный рубцовый дефект.

В группе больных, получавших только криодеструкцию наблюдался более выраженный отек и болевой синдром, а также более длительный период эпителизации.

Метод воздействует не только на видимые очаги, но и на микроскопические участки дисплазии. Это можно объяснить тем, что фотодинамическая терапия (селективное разрушение патологических клеток) оказывает более комплексное и интенсивное влияние на патологический процесс.

Выводы. ФДТ является малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения, предлагающим отличную альтернативу хирургическим методам при поверхностных поражениях кожи. Механизм действия ФДТ основан на селективном накоплении фотосенсибилизатора в патологических клетках и их последующем разрушении под воздействием света (лазера), что обеспечивает высокую точность и отличный косметический результат.

Кувваталиева Г.Г.

ДОЗИРОВАННАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА В КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В.Фаттоева

Цель исследования. Целью исследования является научное обоснование безопасности тренирующих режимов физических нагрузок и изучение их влияния на толерантность к физической нагрузке (ТФН) у пациентов в амбулаторном периоде реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 15 пациентов (мужчины в возрасте 52–64 года), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) 3–4 месяца назад. Программа реабилитации включала лечебную физкультуру (ЛФК) и дозированную ходьбу с периодичностью 3–5 раз в неделю.

Тренирующий режим определялся индивидуально по данным велоэргометрии.

Частота занятий — 3–5 раз в неделю, продолжительность курса — 12 недель.

Обоснование длительности: структурно-функциональная адаптация миокарда требует не менее 8–12 недель для формирования устойчивого кардиогемодинамического ответа.

Контроль: ЧСС, АД до и после нагрузки, суточное мониторирование ЭКГ, динамика фракции выброса по ЭхоКГ.

Мощность тренировочной нагрузки определялась индивидуально по результатам нагрузочного теста на велоэргометре (ВЭМ) и составляла 50–60% от порога ишемии. Динамический контроль состояния осуществлялся еженедельно на основе показателей ЧСС, артериального давления (АД) и данных суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты исследования. В результате 12-недельного цикла тренировок зафиксирован значительный положительный эффект.

До начала реабилитации наблюдалась сниженная толерантность к нагрузке (310 м ± 25 м в тесте 6-минутной ходьбы), сниженная ФВ ЛЖ, быстрая утомляемость.

Через 6 недель наблюдалось увеличение переносимости нагрузки, снижение ЧСС покоя.

Через 12 недель наблюдалось дистанция 445 ± 30 м в тесте 6-минутной ходьбы, увеличение ФВ ЛЖ на 4%, улучшение субъективного самочувствия.

Полученные результаты подтверждают, что адекватная физическая активность способствует более эффективной адаптации сердечно-сосудистой системы к нагрузкам в сравнении с пассивным режимом. Регулярная дозированная нагрузка формирует устойчивый адаптационный ответ сердечно-сосудистой системы и предотвращает развитие постинфарктной декондиции.

Выводы. Дозированная физическая нагрузка, проводимая под строгим клиническим контролем, является безопасным и эффективным средством восстановления сердечно-сосудистой системы в постстационарном периоде. Она способствует значительному повышению адаптационных резервов организма и улучшению гемодинамических показателей. Таким образом, внедрение тренирующих режимов в амбулаторную практику является клинически обоснованным и необходимым для долгосрочной реабилитации пациентов после инфаркта миокарда.

Курбанов М.М., Куватзода Г.Х., Умедова Ш.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛКИЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА И ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

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

Научный руководитель к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторную эффективность комплексной терапии, включающей бендамустин, у пациентки с хроническим лимфолейкозом.

Материал и методы. Больная Н.О., 1963 года рождения, 60 лет, история болезни 10769/829, поступила 1 августа 2023 года в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на выраженную слабость, быструю утомляемость, боли в верхних и нижних конечностях, а также боль и тяжесть в левом подреберье. Болеет в течение 7 лет. Больной были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, рентген грудной клетки, фиброскан, онкомаркеры

Результаты исследования. Осмотр: общее состояние больной тяжелое, кожа и видимые слизистые оболочки обычные, увеличение всех наружных групп лимфатических узлов в размере грецкого ореха. При ультразвуковом исследовании выявлено: увеличение селезенки на 3 см по сравнению с возрастной нормой и размеры печени по Курлову $10 \times 8 \times 8$ см. АД – 110/70 мм рт. ст. Осмотрена кардиологом, гепатологом. В общем анализе крови: Эр - $3,4 \times 10^{12}/л$. Нб - 94 г/л. Тром - $100 \times 10^9/л$. Лей - $60 \times 10^9/л$. Эоз - 2,6%, нейтр - 4,1%, лимф - 90,2%, мон - 1,8%, СОЭ - 14 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, общий билирубин - 16 мкмоль/л, тимоловая проба - 4 ед., йод - 0 ед., АЛТ - 42 Ед/л, АСТ - 37 Ед/л, уровень глюкозы - 5,9 ммоль/л. СА 19 - 45 Ед/мл. АФП - 160 ме/мл. Общий анализ мочи: белок - 0,066, лей - 45–48 в п/зр, эр - 3–4 в п/зр.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациентки был поставлен диагноз: хронический лимфолейкоз III степени. Сопутствующее заболевание: цирроз печени, хронический неактивный гепатит С со средней вирусемией, трансформацию в гепатоцеллюлярную карциному в стадии декомпенсации, функциональный класс печени В по шкале Child–Pugh, портальную гипертензию I степени и спленомегалию.

Пациентке проводилась комплексная терапия, включающая: инфузионную поддержку (рибоксин 2% - 10 мл в/в, раствор Рингера 400 мл с витамином С 5% - 10 мл в/в), противорвотное средство (ондансетрон 4 мл в/в), урикоstaticическую терапию (аллопуринол 100 мг, 1 таблетка на 3 месяца), химиотерапию бендамустином (200 мг с 0,9% раствором NaCl 200 мл в/в), гемостатическую терапию (транексамовая кислота 500 мг) и гепатопротективную терапию (Т. Карсил 420 мг по 1 капсуле 3 раза в день), противовирусная терапия (тенофовира 300 мг 1 раз в сутки), эритроцитарная масса (420 мл)

Выводы. Комплексная терапия с применением бендамустина у пациентки с хроническим лимфолейкозом III степени и сопутствующей тяжелой патологией печени обеспечила положительную динамику тромбоцитов и нейтрофильного компонента лейкоцитарной формулы. Полученные данные подтверждают клиническую эффективность индивидуально подобранного комплексного лечения и необходимость дальнейшего динамического наблюдения для контроля гематологических показателей, и профилактики осложнений.

Курбанов М.М., Куватзода Г.Х., Умедова Ш.С.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЛЕЙКОЗАМИ ПО ДАННЫМ КТ И МРТ

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

Научный руководитель к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Оценить изменения размеров печени и селезенки у пациентов с хроническими лейкозами.

Материал и методы. В наше исследование входило 20 пациентов с достоверным диагнозом: хронический лейкоз, в возрасте 45–72 лет, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с общими жалобами на слабость, быструю утомляемость, боли в верхних и нижних конечностях, тяжесть и дискомфорт в левом и правом подреберье, чувство переполнения, увеличение живота, у части пациентов - желтушность кожи и склер. Пациенты были разделены на две группы: Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ): 12 пациентов (7 женщин, 5 мужчин), средний возраст - 61 год; Хронический миелоидный

лейкоз (ХМЛ): 8 пациентов (5 женщин, 3 мужчин) средний возраст - 59 лет. Проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, сахара, ЭКГ, рентген грудной клетки, фиброскан, КТ/МРТ брюшной полости, стерильная пункция. В ходе исследования все пациенты прошли КТ/МРТ органов брюшной полости и в начале 12 месяца. Измеряли продольные размеры печени и селезёнки по стандартным анатомическим ориентирам.

Результаты исследования. На этапе исходного обследования средний продольный размер печени у всех пациентов составил $18,2 \pm 1,5$ см, селезёнки - $15,3 \pm 1,2$ см. При анализе по группам: ХЛЛ: средний размер печени - $17,9 \pm 1,4$ см, селезёнки - $15,1 \pm 1,1$ см; ХМЛ: средний размер печени - $18,6 \pm 1,6$ см, селезёнки - $15,6 \pm 1,3$ см. В начале 12 месяца средние размеры органов уменьшились: печень - $16,7 \pm 1,3$ см (ХЛЛ: $16,5 \pm 1,2$ см; ХМЛ: $16,9 \pm 1,4$ см), селезенка - $13,8 \pm 1,1$ см (ХЛЛ: $13,6 \pm 1,0$ см; ХМЛ: $14,0 \pm 1,2$ см). У 12 пациентов (60%) отмечалось клиническое улучшение: снижение выраженности слабости, утомляемости, болевого синдрома в конечностях и дискомфорта в подреберьях. У 8 пациентов размеры печени и селезёнки оставались стабильными, при этом наблюдалась умеренная симптоматика. Лабораторно отмечена положительная динамика: умеренное повышение гемоглобина и тромбоцитов, снижение СОЭ у пациентов с улучшением клинического состояния. Достоверное уменьшение размеров печени и селезёнки ($p < 0,05$) связано с редукцией инфильтративной нагрузки лейкозных клеток, улучшением микроциркуляции и метаболического статуса печени и селезенки, что коррелирует с клиническим улучшением. Данные изменения более выражены у пациентов с ХЛЛ, что может быть связано с меньшей тяжестью органного инфильтрата по сравнению с ХМЛ.

Выводы. КТ и МРТ исследование позволяют объективно оценивать динамику гепатоспленомегалии у пациентов с хроническим лейкозом, включая ХЛЛ и ХМЛ. Снижение размеров печени и селезёнки коррелировало с клиническим улучшением, что подтверждает ценность инструментального мониторинга для оценки эффективности терапии и прогнозирования исхода заболевания.

Курбанова Б.Ш.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В КАРДИОЛОГИИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРЕДЕЛЫ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Проведении анализа и оценки различных программ искусственного интеллекта, применяемых при изучении кардиологических патологий.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на кафедре терапевтических дисциплин №1, ХГМУ. В ходе исследования были рассмотрены ответы и рекомендации искусственных интеллект-систем на вопросы, касающиеся диагностики и терапии заболеваний сердца. В систему ИИ были интегрированы сведения, полученные из объективного обследования пациентов, их жалобы, анамнез болезни и жизни, а также данные лабораторных и инструментальных исследований, таких как электрокардиография (ЭКГ). Далее был осуществлён сравнительный анализ предложенных ИИ рекомендаций с клиническими заключениями опытных кардиологов и актуальными клиническими протоколами.

Результаты исследования. Анализ выявило, что искусственный интеллект достигает высокой точности при обработке структурированных данных, особенно лабораторных показателей и результатов инструментальных исследований. Во время интерпретации ЭКГ ИИ эффективно обнаруживал признаки ишемии миокарда, гипертрофии левого желудочка, нарушения сердечного ритма (в частности синусовую тахикардию, фибрилляцию предсердий), а также блокады ножек пучка Гиса. Что касается вопросов диагностики, ИИ наибольшей частотой предлагал вероятные диагнозы, среди которых выявлялись артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность и различные аритмии. В рамках рекомендации по лечению, искусственный интеллект ориентировался на современные международные клинические рекомендации, предлагая стандартные терапевтические схемы, включающие антигипертензивные средства (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, диуретики), а также антиагреганты, статины и антикоагулянты при фибрилляции предсердий. Тем не менее, были выявлены определённые ограничения. В некоторых случаях ИИ недостаточно учитывал индивидуальные особенности пациентов, такие как сопутствующие заболевания, возрастные характеристики, противопоказания и возможности лекарственных взаимодействий.

Выводы. В заключение можно сказать, что программы искусственного интеллекта демонстрируют высокую эффективность при анализе. Искусственный интеллект должен рассматриваться как вспомогательный инструмент для врача, а не как замена квалифицированного специалиста. Одновременно необходимо подчеркнуть, что ИИ не способен полностью заменить клиническое мышление врача.

Курбанова Д.Д., Бобиева М.А., Хосиятова К.Х.

ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г. Б.

Цель исследования. Оценка и анализ частоты и характера осложнений кардиомиопатий.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов с диагностированными различными формами кардиомиопатий, в возрасте 25 до 70 лет, находившихся под амбулаторным и стационарным наблюдением в отделении аритмии РКЦК центр г. Душанбе с сентября до декабря 2025 года. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография

(ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов были выявлены следующие формы кардиомиопатий: дилатационная кардиомиопатия - 14 пациентов (47%); гипертрофическая кардиомиопатия - 9 пациентов (30%); рестриктивная кардиомиопатия - 4 пациента (13%); вторичные кардиомиопатии - 3 пациента (10%).

Наиболее частым осложнением кардиомиопатий являлась хроническая сердечная недостаточность (ХСН), выявленная у 21 пациента (70%). У большинства больных отмечались признаки прогрессирования ХСН II–III функционального класса по NYHA.

Различные формы аритмий были зарегистрированы у 18 пациентов (60%), включая: фибрилляцию предсердий — у 9 пациентов (30%); желудочковые экстрасистолы — у 7 пациентов (23%); желудочковые тахикардии — у 4 пациентов (13%); атриовентрикулярные блокады — у 3 пациентов (10%).

Нарушения ритма значительно ухудшали клиническое состояние пациентов и повышали риск внезапной сердечной смерти.

Тромбоэмболические события были выявлены у 6 пациентов (20%). Наиболее часто отмечались: тромбы в полостях сердца; ишемический инсульт в анамнезе; тромбоэмболия периферических сосудов.

Развитие данных осложнений было связано с застойными явлениями и нарушением внутрисердечной гемодинамики.

У 8 пациентов (27%) наблюдались эпизоды ишемии миокарда, особенно при гипертрофической форме кардиомиопатии, что проявлялось болями в области сердца и снижением толерантности к физической нагрузке.

У пациентов с тяжёлыми формами кардиомиопатий и выраженными желудочковыми аритмиями отмечался высокий риск внезапной сердечной смерти, особенно при дилатационной и гипертрофической кардиомиопатиях.

Выводы. Полученные данные подтверждают, что осложнения кардиомиопатий имеют многофакторный характер и зависят от клинической формы заболевания, степени поражения миокарда и своевременности лечения. Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдался у пациентов с дилатационной кардиомиопатией с выраженной сердечной недостаточностью.

Курбанова Д.Д., Яхъёева Х.Ш., Хосиятова К.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г. Б.

Цель исследования. Оценить клиническое состояние пациентов с кардиомиопатией после терапии левосименданом и анализ побочных эффектов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены **30 пациентов** с различными формами кардиомиопатий, осложнённых сердечной недостаточностью, находившихся под амбулаторным и стационарным наблюдением в отделении аритмии РКЦК г. Душанбе с сентября до декабря 2025 года.

Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. После завершения терапии левосименданом у большинства пациентов наблюдалась положительная клиническая динамика.

Оценка проводилась до начала инфузии левосимендана, в процессе лечения и в постинфузионном периоде.

Выявлены основные изменения состояния: улучшение общего самочувствия - у 22 пациентов (73%); уменьшение выраженности одышки - у 21 пациента (70%); снижение периферических отёков - у 17 пациентов (57%); повышение толерантности к физической нагрузке - у 18 пациентов (60%); стабилизация показателей системной гемодинамики - у 23 пациентов (77%).

У ряда пациентов отмечалось снижение функционального класса сердечной недостаточности и улучшение насосной функции сердца. Положительный клинический эффект сохранялся в течение нескольких дней и недель после окончания инфузии, что связано с пролонгированным действием активных метаболитов левосимендана.

До начала терапии средняя фракция выброса левого желудочка составила **4,6%**. После применения левосимендана отмечалось статистически значимое улучшение сократительной функции миокарда: фракция выброса увеличилась до **5,1%**. У большинства пациентов наблюдалось уменьшение выраженности одышки, снижение признаков застойной сердечной недостаточности и улучшение функционального класса по NYHA. Препарат хорошо переносился, серьёзных побочных эффектов зарегистрировано не было.

Побочные эффекты были зарегистрированы у **7 пациентов (23%)** и в большинстве случаев не требовали отмены препарата.

Наиболее часто отмечались: артериальная гипотензия — у 4 пациентов (13%); тахикардия — у 3 пациентов (10%); головная боль — у 3 пациентов (10%); ощущение сердцебиения — у 2 пациентов (7%).

Нарушения ритма носили кратковременный характер.

Серьёзных нежелательных реакций и жизнеугрожающих осложнений в ходе наблюдения выявлено не было.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о благоприятном влиянии левосимендана на состояние пациентов с кардиомиопатией. Улучшение клинических и гемодинамических показателей сочетается с удовлетворительной переносимостью препарата. Основным побочным эффектом оставалась артериальная гипотензия, что подчёркивает необходимость тщательного мониторинга состояния пациентов в процессе терапии. Применение левосимендана у пациентов с кардиомиопатией способствует значительному улучшению клинического состояния и стабилизации гемодинамики. Побочные эффекты встречаются относительно редко и преимущественно имеют лёгкий или умеренный характер, что позволяет рассматривать левосимендан как эффективное и безопасное средство в комплексной терапии данной категории больных.

Курбонов А.Д., Хушвахтзода М.А., Саидзода М.Р.,
ЛИМФОМА ХОДЖКИНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.

Цель исследования. Изучить возможные факторы развития болезни.

Материал и методы. К нам обратилась женщина , 1995-го года рождения, с жалобами на головную боль в течение года и боль в шейной области с появлением узлов и увеличением шейных лимфатических узлов, общую слабость и анемию, потерю веса. Из анамнеза: считает себя больной в течение полутора лет. Состоит в браке, имеет двоих детей, со слов женщина имела более 5-ти самопроизвольных выкидышей. Перенесла инфекцию Ковид-19, со слов тяжело. Муж работает за границей-гастарбайтер.

Женщине проведены обще-клинические лабораторные исследования крови, мочи, биохимический и серологический анализы крови, ИГХ-анализ, МРТ сосудов и органов, а также ПЭТ с КТ.

Результаты исследования. Женщина обратилась за медицинской помощью к сотрудникам кафедры семейной медицины 02.12.2025 года из района Ш.Шохин, Хатлонской области. После сбора анамнеза, осмотра была направлена на консультацию онколога и лимфолога в республиканский онкологический Центр при МЗ и СЗН РТ.

Посоветовавшись с семьёй, 11.12.2025г. в онкологическом центре проведено удаление двух шейных лимфоузлов, с взятием анализа на цитологию. Результат: классическая лимфома Ходжкина (нодулярный склероз). ICD - O code 9663/3. Для уточнения диагноза рекомендуется гистохимическое исследование (ИГХ).

ИГХ проведена в *Международной лаборатории патоморфологии, г.Москвы, от 17.12.2026 года. Результат ИГХ:* Положительный внешний контроль позитивный. Отрицательный внешний контроль негативный.

Оценка экспрессии антител в исследуемой опухолевой ткани:CD20 - выраженная положительная экспрессия антитела в опухолевых клетках, Pax5 с градиентом.CD15 - положительная экспрессия (dot - like) антитела в дискретно расположенных клетках с морфологией крупных клеток Ходжкина и Березовского-Штернберга.CD30 - слабopоложительная экспрессия антитела в клетках с морфологией крупных клеток Ходжкина и Березовского-Штернберга.CD3 - положительная экспрессия антитела в Т- клетках. Bcl2 - выраженная положительная экспрессия антитела в прогрессивно трансформирующих зародышевых центрах.CD10, Bcl6, EBV - отсутствие экспрессии в клетках опухоли. Ki67 – 50%. Диагноз Лимфома Ходжкина была подтверждена.

Для подбора терапии пациентка отправлена в республику Узбекистан. г.Ташкент для прохождения ПЭТ с КТ, которая дало следующее заключение: метаболически активные: шейные лимфоузлы слева, надключичные ниже-яремные лимфоузлы с обеих сторон, лимфопролиферативный процесс внутригрудных лимфоузлов. Диффузные изменения паренхимы печени. Киста правого яичника. Диффузно-повышенное накопление РФП в губчатом веществе грудины, тел позвонков и костей таза.

Со стороны анализов крови : Нв-86 г/л, лейкоцитоз, повышение СОЭ. Серологически: хроническая ЦМВ, ВПГ, Эпштейна-Барра, микоплазмоз, уреоплазмоз.

На данный момент, пациентка получает химиотерапию, успешно прошла 1 курс. На сегодняшний день дальнейший процесс роста опухоли не отмечается.

Выводы. Таким образом, этиологическим фактором лимфомы Ходжкина послужили хронические вирусные инфекции, в том числе Эпштейна-Барра, которые стали причиной иммунодефицитного состояния, частых выкидышей и анемии привлекий за собой развитие онкологии.

Курбонов Ф.Ф.
ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ОСНОВЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Кафедра педиатрии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оптимизация физической реабилитации детей раннего возраста с церебральными двигательными нарушениями на основе научного обоснования дифференцированных программ комбинированного применения нейродинамических методов (Войта-терапия, Бобат-терапия) с оценкой их клинической эффективности.

Материал и методы. Проведено проспективное контролируемое сравнительное клиническое исследование на базе «Центр ментального здоровья «Инсайт» (г. Душанбе). В исследование включены 120 детей раннего возраста (от 3 до 36 месяцев) с установленными диагнозами церебральных двигательных нарушений (ДЦП различных форм, последствия перинатальных поражений ЦНС). Пациенты распределены на 4 группы по 30

человек: I группа – Войта-терапия, II группа – Бобат-терапия, III группа – комбинированное применение методов Войта и Бобат, IV группа (контрольная) – стандартная программа ЛФК. Оценка моторного развития проводилась по валидизированным международным шкалам. Моторное развитие детей оценивалось на основании анализа семи постуральных реакций по Войте (реакции положения), классификации GMFCS, оценки моторного онтогенеза детей первого года жизни и Мюнхенской функциональной диагностики развития ребенка раннего возраста.

Результаты исследования. Комбинированное применение методов Войта-терапии и Бобат-терапии (III группа) обеспечило статистически значимую положительную динамику показателей моторного развития по сравнению с изолированным использованием каждого метода и стандартной программой ЛФК. Максимальный реабилитационный потенциал достигался при начале программы в возрасте до 6 месяцев, что позволяло предотвратить формирование стойких патологических двигательных паттернов. Установлены дифференциальные показания к выбору метода: Войта-терапия наиболее эффективна при гипотонических формах ДЦП, Бобат-терапия – при спастических формах с гиперкинезами, комбинированный подход – при смешанных формах нарушений мышечного тонуса. По данным зарубежных исследований, комбинированный подход обеспечивает восстановление моторных функций у 93% младенцев.

Выводы. Комбинированное применение нейродинамических методов Войта и Бобат является наиболее эффективной стратегией физической реабилитации детей раннего возраста с церебральными двигательными нарушениями. Раннее начало реабилитации (с 3-6 месяцев жизни) и дифференцированный подход к выбору метода с учётом формы ДЦП и характера нарушений мышечного тонуса позволяют оптимизировать реабилитационный процесс. Разработанные клинические рекомендации могут быть внедрены в практику педиатрических отделений и реабилитационных центров Республики Таджикистан.

Курбонова А.А.

БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить влияние биоакустической коррекции (БАК) на речевое развитие и коммуникативные навыки детей с РАС. Речевые нарушения затрагивают до 50% пациентов с РАС и существенно ограничивают возможности социальной адаптации. БАК основана на преобразовании биоэлектрической активности мозга в акустический сигнал в реальном времени.

Материал и методы. Исследованы 35 детей с РАС (F84.0), 3–10 лет (средний возраст $5,7 \pm 2,1$), с выраженными речевыми нарушениями. Основная группа ($n=18$) получала БАК (15 сеансов по 20 минут, 3 раза в неделю) + логопедию (3 раза в неделю по 40 минут); группа сравнения ($n=17$) – только логопедию. Оценка: домен «речь/коммуникация» АТЕС, методика обследования речи, шкала коммуникативного развития MacArthur-Bates (CDI). Оценка до начала и через 3 месяца.

Результаты исследования. Группа БАК+логопедия: снижение балла «речь» АТЕС на 27,3% (с $18,4 \pm 4,6$ до $13,4 \pm 3,9$; $p < 0,05$) против 14,1% в контроле ($p > 0,05$). Новые слова у 61% основной группы (11 из 18) и 29% контроля (5 из 17). Среднее количество новых слов: $14,3 \pm 8,7$ против $5,2 \pm 4,1$. Улучшение понимания обращённой речи у 72% (БАК+логопедия) и 41% (контроль). CDI экспрессивный словарь: +32,4% (основная) против +15,8% (контроль). Появление указательного жеста у 56% детей, ранее не использовавших жесты. Нормализация межполушарной когерентности по ЭЭГ у 67% основной группы.

Выводы. БАК потенцирует эффект логопедических занятий у детей с РАС, значимо улучшая экспрессивную и импрессивную речь. Механизм связан с нормализацией биоэлектрической активности мозга и улучшением межполушарного взаимодействия. БАК рекомендуется как компонент комплексной речевой реабилитации при РАС.

Курбонова А.А.

ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить влияние БАК на когнитивные функции и поведенческие паттерны у детей с РАС. Нарушения когнитивного развития – дефицит внимания, нарушения исполнительных функций – и поведенческие проблемы (стереотипии, раздражительность) существенно ограничивают адаптацию и обучаемость детей с РАС.

Материал и методы. Обследовано 26 детей с РАС (F84.0), 4–11 лет (средний возраст $6,8 \pm 2,3$; 19 мальчиков, 7 девочек). Курс БАК: 12 сеансов, 3 раза в неделю по 20 минут. Когнитивные функции: субтесты WISC-V («кодирование», «повторение цифр», «кубики Кооса»). Поведение: домен «поведение» АТЕС, шкала ABC (5 субшкал: раздражительность, социальная отчуждённость, стереотипии, гиперактивность, неадекватная речь), дневники родителей. Измерения до начала и через 4 недели после курса.

Результаты исследования. Улучшение слухового внимания («повторение цифр»): +19,3% ($p < 0,05$). Кратковременная память: +15,2%. Скорость обработки («кодирование»): +12,7% ($p < 0,05$). По ABC: стереотипии –22,4% ($p < 0,05$), раздражительность –18,1% ($p < 0,05$), социальная отчуждённость –16,8%, гиперактивность –14,3%. АТЕС «поведение»: с $24,7 \pm 6,3$ до $19,1 \pm 5,4$ ($p < 0,05$). Наиболее выраженная динамика у детей 4–7 лет:

когнитивное улучшение у 77% (10 из 13) против 54% (7 из 13) в группе 8–11 лет. По дневникам: стереотипии с 12,3 до 8,7 эпизодов/день, раздражительность с 5,4 до 3,8.

Выводы. БАК способствует улучшению когнитивных функций и снижению поведенческих нарушений у детей с РАС, особенно в младшей возрастной группе. Данные обосновывают включение БАК в программы комплексной реабилитации и поддерживают концепцию нейропластичности как основы терапевтического эффекта.

Курбонова А.А.

СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Определить синергетический эффект комбинации БАК и логопедии при речевых нарушениях у детей по сравнению с изолированным применением. Речевые нарушения – одна из наиболее частых причин обращения в центр «Инсайт», требующая комплексного нейрофизиологического и педагогического подхода.

Материал и методы. 36 детей, 3–8 лет (средний $5,1 \pm 1,6$; 24 мальчика, 12 девочек) с F80.0 (n=14) и F80.1 (n=22). Три группы по 12: А – БАК+логопедия, Б – только логопедия (3 раза/неделю по 40 минут), В – только БАК (15 сеансов по 20 минут). Курс 3 месяца. Оценка: логопедический протокол (словарь, фонематический слух, фразы, звукопроизношение), ЭЭГ (когерентность, спектральная мощность), опросник родителей.

Результаты исследования. Словарный запас: А +68,4±22,3, Б +42,1±18,7, В +25,3±12,4 (А vs Б p<0,05; А vs В p<0,01). Фонематический слух: А – 83% (10/12), Б – 58% (7/12), В – 42% (5/12). Фразовая речь у ранее безфразовых: А – 67% (4/6), Б – 40% (2/5), В – 20% (1/5). ЭЭГ: нормализация когерентности в речевых зонах у 75% получавших БАК против 33% без БАК. Альфа-мощность в височных +18,7% при БАК. Удовлетворённость родителей: А 8,4/10, Б 7,1/10, В 5,8/10.

Выводы. Комбинация БАК и логопедии обеспечивает статистически значимый синергетический эффект. Механизм: БАК подготавливает нейрофизиологическую основу (когерентность и спектральная мощность речевых зон) для эффективного усвоения логопедической коррекции.

Курбонова М.Н., Асилова Н.Г., Толибова Л.Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОМАРКЕРА МЫШЕЧНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА И НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость биомаркера мышечной дегенерации (КФК) у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом.

Материал и методы. В исследование включён 51 пациент с нейромышечной патологией. Основную группу составили 33 пациента с боковым амиотрофическим склерозом (БАС). В сравнительные группы вошли 7 пациентов со спинальной мышечной атрофией (СМА) и 11 пациентов с прогрессирующими мышечными дистрофиями (ПМД). Всем пациентам проводилось клинично-неврологическое обследование и биохимическое исследование уровня биомаркера мышечной дегенерации — креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови. Определение КФК выполнялось спектрофотометрическим методом.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал различия уровня КФК между исследуемыми группами пациентов. У пациентов с БАС средний уровень КФК составил $356,4 \pm 118,7$ Ед/л, что превышает референсные значения, однако повышение носило умеренный характер. Повышенные значения КФК (>300 Ед/л) выявлены у 21 пациента (63,6%). Увеличение фермента чаще отмечалось у больных с выраженной мышечной атрофией и фасцикуляциями. У пациентов со спинальной мышечной атрофией уровень КФК был выше и составил $914,6 \pm 402,3$ Ед/л, что отражает более выраженные процессы мышечной дегенерации вследствие хронической денервации. Наиболее высокие показатели КФК зарегистрированы у пациентов с прогрессирующими мышечными дистрофиями Дюшенна и Беккера — $8567,2 \pm 2914,5$ Ед/л, что значительно превышало показатели других групп (p < 0,001). У всех пациентов данной группы отмечалось многократное повышение фермента, обусловленное первичным разрушением мышечных волокон.

Выводы. Полученные результаты показали, что уровень биомаркера мышечной дегенерации (КФК) различается у пациентов с различными нейромышечными заболеваниями. Наиболее высокие значения отмечаются при прогрессирующих мышечных дистрофиях, умеренное повышение наблюдается при спинальной мышечной атрофии, тогда как у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом повышение носит менее выраженный характер. Определение уровня КФК может рассматриваться как дополнительный лабораторный показатель, отражающий степень мышечной дегенерации и имеющий значение в дифференциальной диагностике данных заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОТЯГОЩЕННОГО БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Оценить особенности дебюта и клинического течения генетически отягощённого бокового амиотрофического склероза.

Материал и методы. Исследование проведено на клинической базе кафедры неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В анализ включены пациенты с боковым амиотрофическим склерозом, обследованные в период с 2024 года по январь 2025 года. Диагноз устанавливался в соответствии с пересмотренными диагностическими критериями El Escorial. Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование и анализ анамнестических данных, включая сведения о наличии случаев заболевания среди родственников. Особое внимание уделялось выявлению возможных семейных форм бокового амиотрофического склероза.

Результаты исследования. В исследование были включены 29 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. В структуре наблюдаемой выборки преобладали спорадические формы заболевания — 27 пациентов (93,1%), тогда как семейный вариант БАС выявлен у 2 пациентов (6,9%). Семейная форма заболевания наблюдалась у двух родных братьев. Дебют заболевания у старшего пациента отмечен в возрасте 33 лет, у младшего — в 31 год, интервал между началом заболевания составил около 2 лет. Таким образом, средний возраст начала заболевания при семейной форме БАС составил 32 года. В группе пациентов со спорадическим БАС средний возраст дебюта заболевания составил $55,2 \pm 13,4$ года, что указывает на более позднее начало заболевания по сравнению с семейной формой. Таким образом, в наблюдаемой выборке семейный вариант БАС характеризовался более ранним возрастом манифестации заболевания. Клинический анализ показал, что у обоих пациентов с семейным БАС заболевание дебютировало с бульбарных нарушений. В начальном периоде отмечались дизартрия и нарушения глотания, которые в дальнейшем сопровождались постепенным прогрессированием двигательных нарушений. При оценке дальнейшего течения заболевания установлено, что характер прогрессирования заболевания у пациентов с семейной формой БАС не имел существенных отличий от течения спорадических форм заболевания. Нарастание двигательного дефицита, развитие мышечной слабости и атрофии происходили постепенно и соответствовали типичной динамике прогрессирования заболевания.

Выводы. Проведённый анализ показал, что семейная форма бокового амиотрофического склероза в исследуемой выборке встречалась у 6,9% пациентов. У пациентов с генетически отягощённым БАС заболевание дебютировало в более молодом возрасте (средний возраст 32 года) по сравнению со спорадическими формами заболевания. В обоих наблюдениях семейного БАС отмечалось бульбарное начало заболевания. При этом характер клинического течения и темпы прогрессирования заболевания у пациентов с семейной формой существенно не отличались от спорадического варианта БАС. Полученные данные подчёркивают важность тщательного сбора семейного анамнеза для выявления возможных наследственных форм заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Оценить половые особенности клинических вариантов и функционального статуса при боковом амиотрофическом склерозе.

Материал и методы. В исследование включены 27 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом, обследованных на базе кафедры неврологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Диагноз устанавливался в соответствии с пересмотренными критериями El Escorial. Среди обследованных пациентов мужчины составили 19 (70,4%), женщины — 8 (29,6%). Всем пациентам проводилось клиническое неврологическое обследование и оценка функционального статуса с использованием шкалы ALSFRS-R. Для статистического анализа применялись непараметрический критерий Манна-Уитни и точный критерий Фишера, статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $54,1 \pm 15,1$ года. Средний возраст мужчин на момент обследования был выше и составил $58,4 \pm 11,5$ года, тогда как у женщин — $44,0 \pm 18,4$ года. Наиболее распространённым вариантом дебюта заболевания являлся шейно-грудной тип, который наблюдался у 51,9% пациентов. Бульбарная форма выявлена у 25,9% больных, пояснично-крестцовый вариант — у 14,8%, региональный — у 7,4%. Сравнительный анализ распределения клинических форм между мужчинами и женщинами не выявил статистически значимых различий ($p = 0,69$). Индекс функционального снижения по шкале ALSFRS-R был выше у мужчин по сравнению с женщинами ($14,9 \pm 6,5$ и $9,8 \pm 3,9$ соответственно), однако различия не достигали статистической значимости ($p = 0,07$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии определённых половых особенностей клинического течения бокового амиотрофического склероза. В исследуемой выборке мужчины преобладали среди пациентов с БАС, при этом у женщин заболевание дебютировало в более молодом возрасте. Наиболее распространённым вариантом начала заболевания являлся шейно-грудной тип. У мужчин отмечалась тенденция к более выраженному функциональному снижению по шкале ALSFRS-R, однако выявленные различия не достигали статистической значимости. Учет половых особенностей может иметь значение для более точной характеристики клинических фенотипов и прогрессирования БАС.

Курбонов А.А., Шоназарова М.А., Негматов А.М.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ «HUPUR CVAD» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»

Взрослое гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан

Научный руководитель - старший преподаватель Хасанов Дж.М.

Цель исследования. Изучить опыт применения программы лечения Hupur CVAD для лечения больных с острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 4 пациента с подтверждённым диагнозом - острый лимфобластный лейкоз, Rh+ позитивный, на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в отделении взрослой гематологии. Все пациенты проходили данную терапию в период с марта 2024 года по настоящее время. Среди них - 3 мужчин (75,0%) и 1 женщина (25,0%). Возраст больных составлял от 25 до 45 лет. Всем больным диагноз был подтверждён на основании исследования гемограммы, миелограммы и молекулярного анализа на химерный ген BCR-ABL. Одна больная получила программное лечение, как первично-резистентная терапия по программе «Hupur-CVAD», включающая 8 курсов химиотерапии, чередующихся между собой. Длительность лечения 6 месяцев. Программа включает в себя такие препараты как: циклофосфан 500 мг, дексаметазон 40 мг, винкристин 2 мг, доксорубин 100 мг, метатрексат 2000 мг, цитарабин 4000 мг, лейковорин 30 мг. А 3 других пациента получали программу лечения «Hupur-CVAD» как противорецидивную, которая проводится аналогично первично-резистентной терапии.

Результаты исследования. У двоих больных после проведения двух курсов программы получена ремиссия, но у одного больного развились осложнения в виде пансинусита, тромбоза кавернозного синуса, в связи с чем программное лечение временно было приостановлено. У другого больного после двух курсов развилась панцитопения с присоединением вторичной инфекции, что привело к летальному исходу. Четвертая больная самостоятельно прекратила лечение, и у неё развился рецидив через 6 месяцев, от которого больная скончалась.

Выводы. Проведённое нами исследование показывает высокую эффективность данной программы для лечения больных с острым лимфобластным лейкозом. Но данное лечение сопряжено с большим риском осложнений, в связи с чем следует соблюдать все необходимые меры профилактики осложнений и лечение больных с ОЛЛ в условиях стерильности.

Маджонова М.М., Салихова М.Х.

НАЗНАЧЕНИЕ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

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

Цель исследования. Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности и безопасности добавления эмпаглифлозина к стандартной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек после перенесённого острого пиелонефрита.

Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование были включены 50 пациентов с хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса по NYHA functional classification, фракцией выброса левого желудочка $\leq 35\%$ и хронической болезнью почек II–III стадии при скорости клубочковой фильтрации 30–60 мл/мин/1,73 м². После достижения клинико-лабораторной ремиссии острого пиелонефрита продолжительностью не менее 14 дней 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.

В основной группе отмечено статистически значимое увеличение фракции выброса левого желудочка на 6% и снижение уровня NT-proBNP на 30%. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности в основной группе была в два раза ниже по сравнению с контрольной группой. Функция почек в основной группе оставалась стабильной, тогда как в контрольной группе наблюдалось достоверное снижение скорости клубочковой фильтрации. Частота рецидивов пиелонефрита статистически значимо не различалась между группами.

Результаты исследования. Через 6 месяцев наблюдения в основной группе было зарегистрировано увеличение фракции выброса левого желудочка с $38 \pm 6\%$ до $44 \pm 5\%$, что являлось статистически значимым изменением. В контрольной группе фракция выброса увеличилась незначительно и статистически значимого изменения не продемонстрировала. Уровень NT-proBNP в основной группе снизился на 30%, что отражало уменьшение нейрогуморальной активации и сопровождалось статистической значимостью. В контрольной группе снижение данного показателя было менее выраженным и статистически незначимым. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности составила 16% в основной группе и 32% в контрольной группе, что соответствовало относительному снижению риска на 50%. Оценка функции почек показала, что скорость клубочковой фильтрации в основной группе оставалась стабильной на протяжении периода наблюдения, тогда как в контрольной группе было зафиксировано статистически значимое снижение данного показателя. Частота рецидивов острого пиелонефрита и тяжёлых инфекционных осложнений статистически значимо не различалась между группами.

Полученные 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. Одновременно 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.

Маджонова М.М., Махмудзода Х.Р., Асламова М.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ICD И CRT-D У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «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.

Материал и методы. 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.

Мамажонова Х.

ПРОГРЕСС И ИНТЕГРАЦИЯ В КЛИНИКЕ: КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА И ЛЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЗУДА У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ, ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕЙРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

Кафедра инфекционных заболеваний с курсом дерматовенерологии, Central Asian Medical University. Узбекистан.

Научный руководитель - Шарипов А.У.

Цель исследования. Оценить роль аллергических, инфекционных и нейрогенных факторов в формировании кожного зуда у детей и определить эффективность комплексного клинко-диагностического и лечебного подхода в зависимости от ведущего патогенетического механизма.

Материал и методы. Обследовано 126 детей в возрасте от 3 до 17 лет с жалобами на кожный зуд различной интенсивности. В зависимости от ведущего этиологического фактора пациенты были распределены на 3 группы: с преобладанием аллергических причин — 64 ребенка (50,8%), инфекционных — 38 детей (30,2%), нейрогенных — 24 ребенка (19,0%). Всем пациентам проводили клиническое обследование, оценку интенсивности зуда по визуально-аналоговой шкале, дерматологический осмотр, сбор аллергологического и инфекционного анамнеза, общий анализ крови, определение общего IgE, эозинофилов периферической крови, микробиологическое и паразитологическое исследование по показаниям, а также консультацию невролога при подозрении на нейрогенный механизм зуда. Комплексное лечение включало элиминационные и гипоаллергенные мероприятия, наружную противовоспалительную терапию, антигистаминные препараты, лечение инфекцион-

ного процесса, коррекцию нейровегетативных нарушений и уход за кожей. Эффективность оценивали через 4 недели по динамике выраженности зуда, нарушений сна, вторичных эксориаций и качества жизни. Статистическую обработку проводили общепринятыми методами; различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что у детей с кожным зудом преобладали аллергические причины, среди которых наиболее часто встречались атопический дерматит и другие аллергические дерматозы. Средняя интенсивность зуда по визуально-аналоговой шкале составила $7,4 \pm 0,3$ балла в аллергической группе, $6,8 \pm 0,2$ балла в инфекционной и $6,5 \pm 0,3$ балла в нейрогенной группе. Нарушения сна отмечались у 71,9% детей с аллергическим зудом, у 57,9% детей с инфекционными причинами и у 62,5% детей с нейрогенными нарушениями. Вторичные расчесы и эксориации выявлены у 68,7%, 55,3% и 58,3% пациентов соответственно.

Повышенный уровень общего IgE зарегистрирован у 48 детей (75,0%) аллергической группы, эозинофилия — у 40 детей (62,5%). В инфекционной группе бактериальные или паразитарные факторы подтверждены у 29 детей (76,3%), при этом признаки вторичного инфицирования кожи отмечены у 18 пациентов (47,4%). В группе нейрогенного зуда эмоциональная лабильность, вегетативная дисфункция или сопутствующие неврологические нарушения выявлены у 16 детей (66,7%).

На фоне комплексной терапии через 4 недели средняя интенсивность зуда снизилась в аллергической группе с $7,4 \pm 0,3$ до $3,1 \pm 0,2$ балла, в инфекционной — с $6,8 \pm 0,2$ до $2,7 \pm 0,2$ балла, в нейрогенной — с $6,5 \pm 0,3$ до $3,8 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$). Улучшение сна отмечено у 76,6% детей, уменьшение вторичных эксориаций — у 72,2%, снижение частоты повторных жалоб на зуд — у 68,3% пациентов. Наиболее выраженный клинический эффект наблюдался при этиотропно ориентированном лечении инфекционного и аллергического зуда, тогда как при нейрогенном варианте требовался более длительный и мультидисциплинарный подход.

Выводы. Кожный зуд у детей имеет полиэтиологическую природу и чаще связан с аллергическими факторами, однако существенную роль играют инфекционные и нейрогенные механизмы. Комплексная оценка с учетом клинических, лабораторных и междисциплинарных данных позволяет уточнить ведущий патогенетический вариант зуда и повысить эффективность лечения. Интегративный подход к ведению детей с зудом способствует более быстрому уменьшению симптомов, улучшению сна, снижению частоты эксориаций и повышению качества жизни.

Маматханова Ч.Б., Адамбаев З.И.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ШЕЙНЫХ МИЕЛОПАТИЙ

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,

Ургенчский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Повышение эффективности восстановления качества жизни и снижение степени ограничений жизнедеятельности у пациентов с инвалидностью вследствие шейных миелопатий (ШМ) на основе применения дифференцированных реабилитационных программ.

Материал и методы. В исследовании участвовали 48 пациентов с устойчивой инвалидностью (I–III группы) вследствие компрессионной шейной миелопатии в постгоспитальном периоде. Больные были разделены на две группы: основная группа (ОГ) ($n=24$) получала лечение по авторской дифференцированной программе, контрольная группа (КГ) ($n=24$) – по стандартному протоколу. Дифференцированный подход подразумевал разделение пациентов на подгруппы в зависимости от преобладания синдрома (спастический, болевой или вестибулярный) с назначением целевого комплекса мероприятий (лечебная гимнастика с биологической обратной связью, механотерапия, медикаментозная коррекция, когнитивная тренировка). Оценка эффективности проводилась по шкале модификации Нурика (mJOA), шкале Освестри (ODI) и визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты исследования. Детальный анализ полученных данных продемонстрировал выраженную и статистически значимую позитивную динамику неврологического статуса пациентов ОГ, получавших дифференцированную реабилитацию. Средний балл функционального состояния по модифицированной шкале Нурика (mJOA) в этой группе возрос с $12,4 \pm 0,5$ до $15,8 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Данный прирост показателей клинически проявился в регрессе пирамидной недостаточности, улучшении тонкой моторики кистей, стабилизации походки и снижении спастичности в нижних конечностях. В КГ, где применялся стандартный протокол, динамика была существенно менее выраженной и статистически недостоверной: изменение среднего балла составило лишь с $12,6 \pm 0,4$ до $13,2 \pm 0,3$, что указывает преимущественно на стабилизацию патологического процесса без заметного восстановления утраченных неврологических функций.

Оценка интенсивности болевого синдрома по ВАШ выявила значительные различия в эффективности обезболивания. В ОГ отмечено снижение болевых ощущений на 48%, что свидетельствует о успешном воздействии на механизм боли, включающий как ноцицептивный, так и нейропатический компоненты. В КГ снижение составило лишь 22%, что отражает сохранение выраженного болевого фона, ограничивающего активность пациентов.

Наиболее показательной стала оценка качества жизни и уровня бытовой адаптации по индексу инвалидизации Освестри (ODI). В ОГ показатели снизились с $46,8 \pm 2,1\%$ до $30,5 \pm 1,8\%$. Данное улучшение на 16,3% является клинически критическим и свидетельствует о переходе большинства пациентов из категории «сильная инвалидизация» в категорию «умеренная инвалидизация». Это выражается в расширении возможностей самообслуживания, снижении зависимости от посторонней помощи и повышении социального статуса больных.

Выводы. Применение дифференцированного подхода к медицинской реабилитации лиц с инвалидностью вследствие шейных миелопатий позволяет достоверно улучшить функциональные результаты лечения по

сравнению со стандартными методами. Индивидуальный подбор физической нагрузки и медикаментозной поддержки способствует снижению спастичности, уменьшению болевого синдрома и частичному восстановлению бытового и социального статуса пациентов.

Маматханова Ч.Б., Адамбаев З.И.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ШЕЙНЫМИ МИЕЛОПАТИЯМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ургенчский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексной программы медицинской реабилитации, направленной на улучшение показателей качества жизни (КЖ) и повышение уровня социально-бытовой адаптации пациентов с последствиями шейных миелопатий.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 54 пациента в восстановительном периоде шейной миелопатии. Формирование выборки производилось методом сплошной отбора. Пациенты были распределены на две группы: основная группа (ОГ) (n=27) проходила курс реабилитации по расширенной программе, включающей не только медикаментозную терапию и лечебную физкультуру, но и эрготерапию с элементами психосоциального консультирования; контрольная группа (КГ) (n=27) получала стандартный комплекс физической реабилитации. Для оценки динамики состояния использовались опросник MOS SF-36 (физический и психологический компоненты здоровья), шкала оценки повседневной жизненной активности (Barthel ADL Index) и визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для оценки влияния боли на активность.

Результаты исследования. Анализ показателей качества жизни по опроснику MOS SF-36 выявил существенную позитивную динамику в обеих группах, однако в ОГ улучшение было статистически значимым более выраженным. Показатели физического компонента здоровья (Physical Component Summary) в ОГ возросли с $32,4 \pm 1,5$ баллов до $46,8 \pm 1,7$ баллов ($p < 0,05$), что отражает увеличение физической работоспособности и снижение роли физических ограничений. В КГ показатели увеличились лишь с $33,1 \pm 1,4$ до $36,2 \pm 1,3$ баллов, что свидетельствует о недостаточном восстановлении функционального резерва.

В психологическом компоненте (Mental Component Summary) различия были еще более наглядными. Благодаря включению психотерапевтических методов и обучения навыкам преодоления болезни, в ОГ отмечен рост показателей с $38,5 \pm 1,6$ до $53,4 \pm 1,5$ баллов ($p < 0,05$), в то время как в КГ изменения составили с $39,0 \pm 1,5$ до $40,5 \pm 1,4$ баллов, оставаясь в зоне низких значений.

Оценка социально-бытовой адаптации по шкале Бартеля показала, что количество пациентов, способных к полному самообслуживанию, в ОГ увеличилось с 25% до 74% к концу курса лечения. В КГ этот показатель вырос лишь до 38%. Уровень зависимости от посторонней помощи в основных повседневных активностях (передвижение, гигиена, питание) в ОГ снизился на 45% против 18% в контроле.

Выводы. Включение в программу реабилитации больных с шейными миелопатиями мероприятий эрготерапии и психосоциальной коррекции позволяет не только улучшить физические показатели, но и существенно повысить качество жизни и уровень социально-бытовой адаптации. Дифференцированный подход, учитывающий психологические аспекты заболевания, способствует более успешной интеграции пациентов в повседневную жизнь и снижает зависимость от посторонней помощи.

Маматханова Ч.Б., Адамбаев З.И.

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШЕЙНЫМИ МИЕЛОПАТИЯМИ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ургенчский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Повышение эффективности медико-социальной экспертизы (МСЭ) и индивидуальных программ реабилитации (ИПР) за счет внедрения алгоритма объективной оценки клинко-функциональных исходов у пациентов с шейными миелопатиями.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 60 пациентов, прошедших стационарное лечение по поводу шейной миелопатии и направленных на МСЭ. Основная группа (ОГ) (n=30) обследовалась по оптимизированному протоколу, включающему динамическую оценку по модифицированной шкале Нурика (mJOA), тесту 10-метровой ходьбы и опроснику EQ-5D. На основе этих данных формировалась дифференцированная ИПР. Контрольная группа (КГ) (n=30) проходила стандартное освидетельствование и получала типовую программу реабилитации.

Результаты исследования. Детальный анализ эффективности внедренной оптимизированной системы МСЭ выявил существенное повышение точности экспертной диагностики. Применение расширенного протокола оценки позволило установить высокую достоверную корреляцию ($r=0,84$) между степенью выраженности неврологического дефицита и установленной группой инвалидности, что свидетельствует о валидации критериев экспертных решений.

В ОГ на фоне реализации индивидуальных программ реабилитации (ИПР), сформированных на основании предложенных алгоритмов, отмечена выраженная и статистически значимая позитивная динамика функционального статуса. Средний балл по модифицированной шкале Нурика (mJOA) увеличился с $11,8 \pm 0,4$ до

14,2±0,5 ($p<0,05$). Клинически данный прирост манифестации в регрессе спастического синдрома, восстановлении тонкой моторики кистей и увеличении скорости ходьбы. В КГ динамика была менее выраженной: показатель mJOA изменился лишь с 12,1±0,4 до 12,9±0,3, что статистически не значимо и указывает преимущественно на компенсаторные механизмы. Ключевым результатом оптимизации системы МСЭ стало повышение качества экспертных решений. Количество случаев неадекватного определения группы инвалидности (как завышения степени ограничений, приводящего к иатрогенной инвалидизации, так и занижения, лишаящего пациентов необходимых льгот), в ОГ было достоверно ниже - на 20% по сравнению с КГ. Это подтверждает высокую прогностическую ценность предложенных функциональных тестов для определения реабилитационного потенциала.

Показатели КЖ, оцененные по опроснику EQ-5D, в ОГ улучшились на 35%, достигнув значений, сопоставимых с популяционной нормой по шкале мобильности и самообслуживания. Это обусловило более успешную социально-бытовую адаптацию: к концу периода наблюдения уровень функциональной независимости возрос, а количество пациентов, вернувшихся к трудовой деятельности (в том числе на условиях дистанционной занятости или рационального трудоустройства), составило 28% в ОГ против 12% в КГ, что доказывает экономическую и социальную эффективность предложенной модели.

Выводы. Оптимизация системы МСЭ на основе комплексной оценки клинических и функциональных исходов повышает объективность экспертного решения и позволяет формировать индивидуальные программы реабилитации, адекватные реабилитационному потенциалу пациента. Это способствует эффективному восстановлению нарушенных функций и повышает вероятность возвращения пациентов к трудовой деятельности.

Хусейнова М., Салимова М.Д., Мамуров А.Т.

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту осложнений летальных исходов у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Использовали традиционные современные методы исследования (анкетный опрос, общеклинические, психосоциальные, ЭКГ, Эхокардиограмма, УЗИ исследования). Обследовали 150 больных: из них 76 мужского и 74 женского пола в возрасте от 43 до 69 лет.

В качестве объекта исследования было выбран терапевтическое отделение городской клинической больницы №5 г. Душанбе. Традиционные клинико-инструментальные исследования проведены у пациентов с осложненными формами гипертонической болезни.

Результаты исследования. Показывали, что в последние годы у лиц молодого и среднего возраста большой процент страдающих гипертонической болезнью, которые часто дают грозные осложнения, как (острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт и инфаркт).

В первую группу входили 76 больных в возрасте от 43 до 69 лет (средний возраст 48 лет). Во вторую группу - 74 пациента с артериальной гипертонией без выраженных проявлений. Результаты исследований подтверждают, что у 18,8% больных отмечался гипертонический криз, из них 5,2% пациентов наблюдается гипертонический криз с осложнением, (инсульт, инфаркт), а у 4,9% - больных гипертонический криз без осложнений.

Проведённые исследования доказывают, что у 82 человек, обследуемых лиц молодого возраста, в 12,2% отмечена транзиторная гипертензия с преходящими нарушениями мозгового кровообращения.

Выводы. Результаты проведенных исследований показали, что в последнее время гипертоническая болезнь стало часто встречается у молодого и среднего возраста, а также отмечаются осложнения в виде транзиторного повышения артериального давления, острой нарушения мозгового кровообращения, инсульта, инфаркта и различными другими нарушениями кровообращения с последующими нарушениями когнитивных и координационных функций мозга.

Мардонова Б.Б., Бобокалонова Т.Ч., Юлдошева М.У.

ТАХЛИЛИ КЛИНИКЌ-СТАТИСТИКИИ СИНДРОМИ ПОПАНЧАИ ДИАБЕТИКЌ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ДИАБЕТИ ҚАНД

Кафедраи эндокринологияи МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Чумхурии Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Ниёзова Н.Ф.

Ҳадафи тадқиқот. Гузаронидани таҳлили клиникӣ-статистикӣ беморони гирифтори синдроми попанчаи диабетикӣ ва муайян намудани омилҳое, ки ба вазнинии чараёни беморӣ ва зарурати табобати ҷарроҳӣ таъсир мерасонанд.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективии 319 бемор бо синдроми попанчаи диабетикӣ, ки дар МДТ №1 ба номи Карим Аҳмедови шӯбаи ҷарроҳӣ дар соли 2025 бистарӣ буданд, гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои зерин арзёбӣ гардиданд: синну сол, ҷинс, давомнокии диабети қанд, сатҳи гликемия хангоми бистарӣшавӣ, марҳилаи осеби пой тибқи таснифоти Wagner, инчунин сохтори муҳолилаҳои ҷарроҳӣ.

Коркарди омории маълумот бо истифода аз усулҳои омори тавсифӣ ва таҳлили коррелятсионии Пирсон анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Синни миёнаи беморон $60,0 \pm 9,9$ солро ташкил дод. Мардон 53%, занон 47% буданд. Давомнокии миёнаи диабети қанд $10,5 \pm 5,5$ солро ташкил дод. Сатҳи миёнаи гликемия ҳангоми бистаришавӣ $12,9 \pm 4,3$ ммол/л буд, ки аз декомпенсатсияи назарраси мубодилаи карбогидратҳо шаҳодат медиҳад.

Таҳлили коррелятсионӣ робитаи мусбати аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок байни давомнокии диабети қанд ва сатҳи гликемияро муайян намуд ($r=0,14$; $p=0,018$). Ин ба тамоюли бадшавии назорати метабولىкӣ бо зиёдшудани давомнокии беморӣ ишора мекунад.

Мувофиқи таснифоти Wagner, марҳилаи III беморӣ дар 11% беморон ва марҳилаи IV дар 89% беморон муайян гардид. Афзалияти марҳилаҳои вазнини беморӣ аз дер мурочиат намудани беморон ба муассисаҳои тиббӣ шаҳодат медиҳад.

Дар сохтори табобат усулҳои ҷарроҳӣ бартарӣ доштанд. Бештар ампутатсияҳои хурд ва экзартикулятсияи ангуштони пой (37,9%), некрэктомия (16,6%) ва қушодани очоқҳои ҷиркӣ (15,7%) гузаронида шуданд. Ампутатсияҳои калон дар 9,1% беморон анҷом дода шуданд. Фаъолияти баланди ҷарроҳӣ вазнинии ҷараёни клиникӣ синдроми попанҷаи диабетикиро инъикос менамояд.

Хулоса. Беморони гирифтори синдроми попанҷаи диабетикӣ бо давомнокии дарози диабети қанд ва декомпенсатсияи назарраси мубодилаи карбогидратҳо тавсиф мешаванд. Робитаи аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок байни давомнокии беморӣ ва сатҳи гликемия муайян гардид. Дар аксари беморон марҳилаҳои вазнини осеби пой таҳқиқ карда мешаванд, ки ба басомади баланди амалиётҳои ҷарроҳӣ оварда мерасонад. Мувофиқи тавсияҳои **American Diabetes Association, International Working Group on the Diabetic Foot** ва **International Diabetes Federation**, ҷорӣ намудани барномаҳои скрининги барвақтӣ ва идоракунии бисёрсоҳаии беморон сатҳи баланди асоснокии илмӣ (Level A) дошта, имкон медиҳад хатари ампутатсияҳо ба таври назаррас кам карда шавад.

Масандова Р.О.

ДИНАМИКАИ МУРОЧИАТИ БЕМОРОНИ ДОРОИ БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАҒҲО БА ШУЪБАИ ҚАБУЛ: ТАҲЛИЛИ СЕМОҲА.

Кафедраи бемориҳои дарунӣ ва дерматовенерология, Донишқадаи давлатии тиббии Ургенч. Ўзбекистон.

Рохбари илмӣ: омӯзгори калон, PhD Насретденова Дилдора Одиловна

Мақсад таҳқиқот. Гузаронидани таҳлили муқоисавии шумораи беморон бо аломатҳои бемориҳои дилу рағҳо, ки дар давоми се моҳ (ҳар ҳафта рӯзи шанбе аз соати 15:00 то 21:00) ба шуъбаи қабули беморхона муроҷиат намуданд.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот аз 6 апрел то 29 июни соли 2024 гузаронида шуд. Усулҳои муқоисавӣ ва инструменталӣ истифода шуданд. Ба ҳамаи беморон то гузоштани таҳқиқоти лабораторӣ (ТАХ, ТАУ, биохимия, спектри липидӣ, коагулограмма) ва инструменталӣ (ЭКГ, ЭхоКГ) гузаронида шуд. Ҳамчунин нишондиҳандаҳои махсус (тропонин, NT-proBNP, галектин-3) муайян карда шуданд. Бистарӣ танҳо дар ҳолати мавҷуд будани тағйироти клиникӣ аҳамиятнок амалӣ гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар давраи аз 6 апрел то 29 июн 2024, ки 12 рӯзи шанберо дар бар мегирифт, 108 муроҷиати беморон бо гумони бемориҳои дилу рағҳо ба қайд гирифта шуд. Дар динамикаи моҳона афзоиши тадриҷии шумораи муроҷиатҳо мушоҳида гардид: апрел — 32 нафар (29,6%), май — 36 нафар (33,3%), июн — 40 нафар (37,0%), ки метавонад ба зиёдшавии сарбории эпидемиологӣ ё тағйироти мавсимӣ ишора кунад. Таркиби синнусолӣ нишон дод, ки шумораи бештари беморон ба гурӯҳи синнии 60–69 сола тааллуқдоранд — 41 нафар (38,0%). Гурӯҳи 50–59 сола — 34 нафар (31,5%), 40–49 сола — 18 нафар (16,7%), 70 сола ва аз он боло — 15 нафар (13,8%). Ин тамоюли афзоиши бемориҳои дилу рағҳо бо зиёдшавии синну сол тасдиқ мекунад. Тақсими ҷинсӣ ба бартарии мӯътадили занон тавсиф мешавад: 62 нафар зан (57%) ва 46 нафар мард (43%). Ин натиҷа ба маълумоти қаблан нашршуда оид ба сатҳи баланди муроҷиати занони синнашон аз 50 боло мувофиқат мекунад. Аз рӯи таҳқиқоти пешакӣ бештар шаклҳои зерин ба қайд гирифта шуданд: гипертонияи артериалӣ — 61 нафар (56,5%); стенокардияи устувори шиддатнокии дараҷаи II–III — 29 ҳолат (26,8%); ихтилоли ритми дил (аз ҷумла фибриллятсияи пешдилҳо ва экстрасистолия) — 12 нафар (11,1%); дигар ҳолатҳо, аз ҷумла бухронҳои вегетативӣ-рағӣ ва гипотонияи артериалӣ — 6 нафар (5,6%). Омилҳои ҳавф: тамокукашӣ — 43 нафар (39,8%), ғизои носолим — 75 нафар (69,4%), камҳаракатӣ — 58 нафар (53,7%), вазни зиёдтӣ ё фарбеҳӣ — 71 нафар (65,7%), сатҳи баланди глюкоза — 19 нафар (17,6%). Аз 108 бемор 27 нафар (25%) бистарӣ карда шуданд, дигарон барои табобати амбулаторӣ бо тавсияҳои онд ба ислоҳи тарзи ҳаёт ва табобат равона шуданд. **Хулоса:** Таҳқиқоти гузаронидашуда афзоиши устувори шумораи муроҷиати беморон бо аломатҳои бемориҳои дилу рағҳо дар шароити амбулаторӣ ва стационарӣ дар давоми се моҳ нишон дод. Муайян гардид, ки манзарайи асосии клиникӣ бештар аз гипертонияи артериалӣ ва стенокардияи устувори дараҷаи II–III иборат буда, асосан дар шахсони миёнасол ва калонсол мушоҳида мешавад. Таҳлили омилҳои рафторӣ хавф пахншавии баланди тамокукашӣ, ғизои носолим, камҳаракатӣ ва ихтилоли мубодилаи карбогидратҳо нишон дод, ки нишон медиҳад, ки ҷораҳои пешгирикунанда миёни аҳоли самаранокии кофӣ надоранд. Сатҳи пасти риояи назорати мунтазами тиббӣ ва тағйири тарзи ҳаёт монеаи муҳими кам кардани беморӣ ва пешгирии асоратҳои бемориҳои дилу рағҳо боқӣ мемонад. Маълумоти бадастомада зарурати тақвияти корҳои профилактикӣ, ҷорӣ намудани барномаҳои таҳқиқи барвақтӣ ва баланд бардоштани сатҳи огоҳии аҳолиро онд ба назорати омилҳои хавфи бемориҳои дилу рағҳо таъкид менамояд.

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КОМОРБИДНОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В РАМКАХ ПОПУЛЯЦИОННОГО СКРИНИНГА

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Махмудзода Х.Р.

Цель исследования. Оценить клинико-эпидемиологические закономерности сочетания рака молочной железы (РМЖ) и ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин и обосновать целесообразность формирования интегрированной модели скрининга с использованием маммографии как точки входа для комплексной стратификации риска.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных национальных программ маммографического скрининга и профилактических осмотров на сердечно-сосудистые заболевания за 2020–2024 гг. В исследование включены агрегированные показатели охвата женского населения скринингом, выявляемости РМЖ и ИБС, а также распространённости ключевых кардиометаболических факторов риска: ожирения (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²), артериальной гипертензии и дислипидемии. Дополнительно выполнен анализ частоты сочетанной патологии у пациенток с впервые диагностированным РМЖ с учетом возрастной стратификации. Оценка проводилась с позиций современной концепции коморбидности и перекрытия факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Результаты исследования. Установлено, что в исследуемый период наблюдалась положительная динамика охвата маммографическим скринингом — с 59,2% в 2020 г. до 65,4% в 2024 г., что отражает улучшение доступности профилактических технологий. При этом выявлена высокая распространённость кардиометаболических факторов риска среди обследованных женщин: ожирение зарегистрировано у 34,5%, артериальная гипертензия — у 46,2%, дислипидемия — у 29,8%. Суммарная выявляемость ишемической болезни сердца составила 11,7% и оставалась относительно стабильной в динамике, что свидетельствует о сохраняющейся эпидемиологической нагрузке сердечно-сосудистой патологии.

Особое значение имеет выявление высокой частоты сочетанной патологии: у 38,2% пациенток с впервые диагностированным РМЖ отмечались признаки ИБС или метаболического синдрома. Наиболее выраженная коморбидность зафиксирована в возрастной группе 50–65 лет, что совпадает с периодом постменопаузальных гормональных и метаболических изменений. Анализ показал, что сочетание возраста старше 50 лет и наличия избыточной массы тела формирует наиболее уязвимую популяцию с точки зрения одновременного развития онкологической и сердечно-сосудистой патологии. Полученные данные подтверждают концепцию общности патогенетических механизмов, включая хроническое воспаление, эндотелиальную дисфункцию и метаболические нарушения.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют значительное перекрытие факторов риска и высокую частоту коморбидности РМЖ и ИБС, что обосновывает необходимость перехода от изолированных скрининговых программ к интегрированной модели профилактики. Маммографический скрининг может быть эффективно использован как организационная платформа для параллельной оценки кардиометаболического статуса. Выделение женщин в возрасте 50–65 лет с метаболическими нарушениями в качестве приоритетной группы позволит повысить эффективность раннего выявления, оптимизировать маршрутизацию пациенток и снизить бремя хронических неинфекционных заболеваний на популяционном уровне.

Махмадизода А.Б., Наимов Р.С., Саидова С.Н.

КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ И ЛИЦ С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ УЯЗВИМОСТЬЮ ПО РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА

ГУ «ТНИИ профилактической медицины»

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

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

Цель исследования. Определить группы повышенной уязвимости по туберкулезу (ТБ) среди населения и ключевые группы риска (ГПУиКГР) по развитию ТБ.

Материал и методы. Нами выделены ГПУиКГР по развитию ТБ среди общего числа 7440 контактных с больными ТБ лиц. Для обобщения всевозможных ГПУиКГР по ТБ нами были использованы рекомендации ВОЗ, отчёты мониторинга и оценки ТБ программы, клинические руководства, личные наблюдения.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ выявил следующие ГПУиКГР: ВИЧ-инфицированные, наркозависимые лица, бывшие заключённые, трудовые мигранты, больные сахарным диабетом, вирусными гепатитами, психическими заболеваниями, онкологические больные, после трансплантации органов, а также декретированные группы населения. В сумме указанные категории составили 1255 человек, что эквивалентно 16,9% от общей численности обследованных контактных лиц (n=7440).

Остальные 6185 контактных лиц (83,1%) не имели выявленных факторов индивидуальной уязвимости к ТБ, перечисленных выше. Среди них преобладали женщины-домохозяйки и дети дошкольного возраста, что отражает преимущественно бытовой характер контактов с источниками инфекции и высокую представленность в выборке лиц, постоянно находящихся в одном домохозяйстве с больными ТБ.

Среди декретированных лиц (n=810) были представлены следующие категории: работники предприятий пищевых отраслей промышленности, общественного питания, учащиеся средних учебных заведений, медицинские работники, студенты и работники медицинских вузов, работники учебно-воспитательных организаций (общеобразовательные школы, школы-интернаты, средние специальные учебные учреждения и др.), детских и

подростковых спортивных, лечебно-оздоровительных и оздоровительных организаций, библиотекари детских библиотек, а также работники детских дошкольных организаций (детские сады, дома ребёнка, детские дома), работники аптек, фармацевтических заводов и фирм, занятых изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств, работники бань, бассейнов, лечебных ванн, прачечных, общежитий, горничные и администраторы гостиниц, а также работники парикмахерских и косметологических салонов, салонов красоты, кондукторы и водители общественного транспорта и маршрутных такси.

Выводы. Наиболее ГПУиКГР по ТБ являются дети дошкольного возраста, ВИЧ-инфицированные, пациенты с хроническими соматическими заболеваниями, бывшие заключённые, трудовые мигранты и лица, занятые в сфере общественного обслуживания. Установлено, что у представителей этих групп вероятность позднего выявления заболевания в 2,3 раза выше по сравнению с общей популяцией.

Махмадов М.И., Махмудзода Х.Р., Талабова М.М.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПРИЁМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

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

Научный руководитель: д.м.н. профессор Ё.У. Саидов

Цель исследования. Анализ и оценка динамики изменений потребности пациентов с активным развернутым ревматоидным артритом (РА) в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) на фоне комплексной контролируемой противовоспалительной терапии в рамках стратегии «Лечение до достижения цели».

Материал и методы. Всего обследовано 59 больных (51 женщин и 8 мужчин) с достоверным активным развернутым РА (по критериям Американской коллегии ревматологов 1987 г.), в возрасте 24-69 лет (средний возраст $50,5 \pm 4,6$), последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в ревматологическом отделении городского медицинского центра №2 им. академика К.А. Таджиева, г. Душанбе в период с 2024 по 2025 гг. У 36 (61,1%) обследованных больных были идентифицированы субклинические и клинически манифестные симптомы коронарогенных сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Основными компонентами комплексной противовоспалительной терапии у обследованных пациентов являлись: а) прием препаратов симптоматического ряда (НПВП, глюкокортикоиды); б) препараты базисного ряда (метотрексат - перорально и парентерально - МТЖ); в) по показаниям (спустя три месяца от начала терапии при отсутствии наличия низкой активности заболевания - НАЗ/ремиссии у больных) – этанерцепт (Altebre). В момент включения пациентов в настоящее исследование – до начала приема препаратов базисного ряда, все обследованные пациенты с РА (n=59) имели потребность в ежедневном приеме НПВП.

Результаты исследования. Спустя 12 месяцев от начала комплексной контролируемой противовоспалительной терапии число пациентов с РА, которые достигли конечной цели терапии – состояние НАЗ/ремиссии составляло – 42 (71,1%) больных. На этом фоне данные, которые были получены в процессе анализа и оценки динамики изменений потребности в приеме НПВП пациентов с РА (n=59) в зависимости от эффективности препаратов базисного ряда демонстрируют следующее: а) число пациентов с РА, у которых наблюдались положительные сдвиги в приеме НПВП – от полного отказа до сокращения средне-суточной дозировки препарата, прогрессивно нарастало до момента завершения настоящего исследования; б) в целом в момент завершения исследования подавляющее большинство пациентов с РА - 49 (82,8%) либо прекратили прием НПВП (n=25), либо сократили суточные дозы данных препаратов как минимум в два раза (n=24).

Выводы. Таким образом, достижение состояния НАЗ/ремиссии у большинства больных активным развернутым РА с многочисленными коронарогенными ССО на фоне активной контролируемой терапии с применением современных препаратов базисного ряда (включая биологических препаратов) создает благоприятные условия для полного отказа пациентов от приема НПВП или минимизации их среднесуточных доз, что в свою очередь является фактором положительного влияния на состояние кардиоваскулярной системы.

Махмудзода Х.Р., Махмадов М. И., Маджонова М.М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ВКЛЮЧЕНИЯ КРАТКОСРОЧНЫХ СЕАНСОВ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» В КОМПЛЕКСНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА СОСТОЯНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕКОРОНАРОГЕННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

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

Цель исследования. Комплексный анализ и оценка эффективного влияния дополнительного включения краткосрочных сеансов «пульс-терапии» в комплексной контролируемой противовоспалительной терапии у пациентов с активным ревматоидным артритом (РА) на состояние висцеральных проявлений заболевания и некоронарогенных кардиоваскулярных нарушений (КВН).

Материал и методы. В исследование были включены 37 больных с достоверным высокоактивным вариантом РА (29 женщин и 8 мужчин) в возрасте 28-65 лет (средний возраст $48,6 \pm 4,5$ года). У всех обследованных пациентов (n=37) были диагностированы наличие висцеральных проявлений заболевания и КВН в рамках «ревматоидной болезни сердца» и «ревматоидного васкулита». Основными компонентами комплексной противовоспалительной терапии у обследованных пациентов являлись: а) прием препаратов симптоматического ряда (нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоиды); б) препараты базисного ряда

(метотрексат - перорально и парентерально); в) по показаниям (спустя три месяца от начала терапии, при отсутствии наличия низкой активности заболевания - НАЗ/ремиссии у больных) – этанерцепт (Altebrel). Наличие висцеральных проявлений РА и некоронарогенных КВН послужили основанием для дополнительного включения краткосрочных сеансов «пульс-терапии» в классическом варианте с ежедневной внутривенной инфузией 1000 мг метилпреднизолона (МП) в течение 3 последовательных дней.

Результаты исследования. В целом итоговые результаты, которые нами были получены у пациентов с высокоактивными формами РА, у которых, наряду с присутствием висцеральных проявлений заболевания, были ещё и диагностированы различные некоронарогенные КВН в рамках «ревматоидной болезни сердца» и «ревматоидного васкулита» на фоне дополнительного включения краткосрочных сеансов «пульс-терапии» в классическом варианте в комплексной контролируемой противовоспалительной терапии показали следующее: а) на фоне выраженной положительной динамики со стороны общепринятых клинико-лабораторных параметров, отражающих воспалительную активность РА параллельно наблюдалась устойчивая тенденция висцеральных проявлений заболевания к обратному развитию, а у 24 (64,8%) обследованных больных – случаи их ликвидации; б) практически полное исчезновение симптомов ревматоидного васкулита, экссудативного перикардита и миокардита, а также положительная динамика симптомов, связанных с поражением эндокарда с патологическими изменениями в структуре отдельных клапанов сердца.

Выводы. Дополнительного включения краткосрочных сеансов «пульс-терапии» в классическом варианте с ежедневной внутривенной инфузией 1000 мг МП в течение 3 последовательных дней в комплексной контролируемой противовоспалительной терапии у пациентов с высокоактивными и тяжелыми формами РА у подавляющего большинства пациентов агрессивно контролирует течение болезни и в итоге приводит к ликвидации и/или регрессии большинства висцеральных проявлений РА и КВН в рамках «ревматоидной болезни сердца» и «ревматоидного васкулита».

**Маъдиева Ф.С., Хафизова А.А., Валиев Ш.М.
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

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

Научный руководитель - старший преподаватель Шарифов М.М.

Цель исследования. Изучить особенности течения поражения почек при системной красной волчанке.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась пациентка Исматкулова Д., 26 лет, поступившая в нефрологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом: хроническая болезнь почек стадии С4. Люпусный нефрит.

Проведены клиническое обследование, общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, электролиты), а также ревмопробы. **Анамнез заболевания:** пациентка с установленным диагнозом люпусного нефрита поступила с жалобами на головную боль, стойкое повышение артериального давления, боли и тяжести в затылочной области, тошноту и рвоту, одышку и затруднение дыхания при физической нагрузке, нарастающие генерализованные отёки по всему телу, уменьшение диуреза, головокружение, быструю утомляемость, боли в правом и левом подреберье, потемнение в глазах, выраженную слабость. Общее состояние тяжёлое, обусловлено основным заболеванием и его осложнениями. Из сопутствующих заболеваний - ОРВИ. Артериальное давление при поступлении - 180/110 мм рт. ст., пульс – 110 уд/мин. Живот увеличен в объёме за счёт асцита и отёчного синдрома. Печень и селезёнка пальпируются, что связано с выраженным отёчным синдромом.

Результаты исследования. По данным клинических исследований, в общем анализе мочи выявлено: моча соломенно-жёлтого цвета, прозрачная, pH 5,5. Отмечалась протеинурия - 1,65 г/л, микрогематурия (неизменные эритроциты 6 - 9 в поле зрения), лейкоцитурия (13 - 18 в поле зрения), а также цилиндропурия - гиалиновые цилиндры 2 - 3 и зернистые цилиндры 4 - 5 в поле зрения, что свидетельствует о выраженном поражении клубочкового аппарата почек.

В общем анализе крови определялись признаки тяжёлой анемии и цитопении: гемоглобин составил 64 г/л, эритроциты - $1,8 \times 10^6$ /мкл, гематокрит - 15,6%. Отмечалась лейкопения ($3,39 \times 10^3$ /мкл) с относительным нейтрофилёзом (83,3%) и лимфопенией (10,84%). Количество тромбоцитов - 140×10^3 /мкл. Скорость оседания эритроцитов - 17 мм/ч.

Биохимическое исследование крови показало повышение уровня мочевины до 20,1 ммоль/л и креатинина до 425 мкмоль/л, что соответствует выраженному снижению функции почек. Выявлена гипокальциемия (1,84 ммоль/л) и гипокалиемия (3,3 ммоль/л). По данным ревмопробы отмечено повышение С - реактивного белка до 26 мг/л (++) , ревматоидный фактор - 6,6 МЕ/л.

Полученные лабораторные данные подтверждают активность аутоиммунного процесса и наличие тяжёлого поражения почек с формированием почечной недостаточности.

Выводы. Поражение почек является одним из наиболее частых и прогностически неблагоприятных проявлений системной красной волчанки. В представленном клиническом случае отмечено тяжёлое течение люпусного нефрита с развитием нефротического синдрома, выраженной анемии, артериальной гипертензией и признаков прогрессирующей почечной недостаточности. Ранняя диагностика, регулярный лабораторный мониторинг показателей функции почек, своевременное назначение иммуносупрессивной и нефропротективной терапии позволяют замедлить прогрессирование хронической болезни почек, снизить риск терминальной почечной недостаточности и улучшить прогноз и выживаемость пациентов.

Маъдиева Ф.С., Хафизова А.А., Эсанов Э.Ч.
АТРА-СИНДРОМ КАК ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕРАПИИ ОСТРЫЙ ПРОМИЕЛОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Шарифов М.М.

Цель исследования. Изучить частоту развития и клинические особенности АТРА-синдрома как осложнения терапии у пациентов с острым промиелоцитарным лейкозом (ОПЛ).

Материал и методы. Под нашим наблюдением в условиях гематологического отделения Государственного учреждения «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» (ГУ НМЦ РТ) «Шифобахш» в период с 2023 года по январь 2026 года находились 9 больных с диагнозом - острый промиелоцитарный лейкоз в возрасте от 17 до 35 лет. Из них 6 (66,7%) были женщины и 3 (33,3%) - мужчины.

После верификации диагноза всем пациентам назначалась терапия по протоколу AIDA-2000: АТРА (в дозе 45 мг/м² в сутки, перорально, с 1-го по 40-й день) в сочетании с даунорубицином (12 мг/м² внутривенно на 2-й, 4-й, 6-й и 8-й дни). Полихимиотерапия проводилась на фоне сопроводительной терапии, включавшей антибактериальные препараты, гемостатические средства и трансфузии компонентов крови (отмытые эритроциты, свежезамороженная плазма, тромбоконцентрат). При поступлении у 5 пациентов отмечалась лейкопения (уровень лейкоцитов <4,0×10⁹/л), у 3 - нормальный уровень лейкоцитов, у 2 - лейкоцитоз. У всех больных выявлялись тромбоцитопения (12,0–50,0×10⁹/л) и анемия различной степени выраженности. В миелограмме у всех пациентов обнаружено повышение содержания бластных клеток более 30%. Морфологически определялись промиелоциты с крупными ядрами, выраженных азурофильной зернистостью и наличием множественных палочек Ауэра, что соответствовало картине ОПЛ. В процессе терапии у 2 (22,2%) пациентов в первые дни лечения развился АТРА-синдром. Клинически он проявлялся лихорадкой, респираторным дистресс-синдромом и инфильтративными изменениями в лёгких, выявленными рентгенологически. При развитии данного осложнения к лечению был добавлен дексаметазон в дозе 20 мг/м², что привело к частичному купированию симптомов. Несмотря на проводимую терапию, оба пациента скончались от кровоизлияния в головной мозг.

Результаты исследования. Полная ремиссия была достигнута у 2 (22,2%) пациентов. В настоящее время одна пациентка завершила лечение в связи с достижением стойкой ремиссии, второй пациент продолжает терапию согласно протоколу AIDA-2000. Остальные больные умерли в различные сроки от осложнений заболевания и проводимой терапии, включая геморрагические осложнения. АТРА-синдром развился у 2 (22,2%) пациентов, что сопоставимо с данными литературы, согласно которым частота данного осложнения варьирует от 15% до 25%.

Выводы. АТРА-синдром является тяжёлым и потенциально жизнеугрожающим осложнением терапии острого промиелоцитарного лейкоза. В нашем наблюдении частота его развития составила 22,2%, что в целом соответствует данным литературы. Развитие синдрома отмечалось в первые дни индукционной терапии и сопровождалось выраженными клиническими проявлениями со стороны дыхательной системы. Ранняя диагностика и своевременное назначение глюкокортикостероидов играют ключевую роль в снижении риска неблагоприятного исхода. Полученные данные подчёркивают необходимость тщательного клинико-лабораторного мониторинга пациентов с ОПЛ в начальном периоде лечения, а также совершенствование сопроводительной терапии для профилактики тяжёлых осложнений, включая геморрагические.

Маъруфова З.А., Лутфуллоева Н.С., Холиқназарова Р.А.
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Государственное учреждение «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины». Таджикистан

Нучный руководитель: д.м.н., профессор С.Р.Раджабзода

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.

Материал 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%).

Меҳрубони Саидбек, Хочиев Х.М.

ЭПИЛЕПСИЯ В УРБАНИЗИРОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ ТАДЖИКИСТАНА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Определить уровень распространенности эпилепсии среди населения городов Худжанд и Исфара с учетом пола и возрастных характеристик, выявить особенности заболеваемости впервые диагностированных случаев, а также установить различия в эпидемиологических показателях между мужской и женской популяцией.

Материал и методы исследования. Нами были исследованы 269 взрослых жителей городов Худжанд и Исфара старше 18 лет с клинически установленным диагнозом эпилепсия. При этом пациентов из города Худжанд с данной патологией было диагностировано 181 человек, среди которых было 96 мужчин и 85 женщин, а из города Исфара 88 пациентов, 47 мужчин и 41 женщин.

Полученные результаты: Проведенное исследование установило, что по половозрастным характеристикам уровень распространенности эпилепсии в обоих городах составил 2,71 человек (95% доверительный интервал - 1,53-3,70) на 1000 жителей и среди мужского населения этот показатель составил 3,29 (95% доверительный интервал - 1,29-3,03), что оказалось заметно выше ($p < 0,05$), чем в женской популяции, где этот показатель составил 1,05 (95% доверительный интервал - 1,21-2,90). Уровень распространенности эпилепсии среди популяции г. Худжанд был выше, чем среди популяции г. Исфара, где этот показатель составил 2,31 (95% доверительный интервал был - 1,07-0,19) человек на 1000 жителей ($p < 0,05$). Заболеваемость эпилепсией нигде ранее неучтенных и впервые выявленных пациентов среди популяции г. Худжанда составило 1,8 и г. А среди популяции г. Исфары 0,8 человек на 100 тыс. населения. Результаты исследования показали, что уровень распространенности эпилепсии среди жителей обоих городов в возрасте старше 30 лет показало преобладание лиц мужского пола, однако, данный показатель среди лиц в возрасте более 70 лет и в мужской популяции оказался в 3 раза выше, чем в женской популяции. Уровень распространенности эпилепсии среди женского населения с учетом возрастных характеристик имел вид параболы с наличием пиков в возрастных категориях 18-29 и 60-69 лет. Среди мужского населения увеличение распространенности отмечалось в возрастной группе старше 50 лет с наиболее высоким показателем после 70 лет (9,86 на 1000 жителей). Исследование показало низкие значения уровня распространенности эпилепсии как в мужской, так и в женской популяции в возрастной категории 40-49 лет с постепенным его увеличением в более старшем возрасте. У мужчин старше 30 лет в обоих исследуемых популяциях обеих групп исследования было отмечено более высокий уровень распространенности эпилепсии по сравнению с женщинами ($p < 0,01$). При этом в возрастной категории 70 лет и старше данная разница существенно возрастает, достигая тройного превышения уровня распространенности эпилепсии среди мужчин по сравнению с женщинами. Результаты исследования показывают на минимальные общие уровни распространенности эпилепсии среди мужского и женского населения в возрастной категории 40-49 лет, при этом отмечается увеличение в более старших возрастных категориях.

Выводы. Исследование выявило выраженные половые и возрастные различия в распространенности эпилепсии, что подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к профилактике и организации медицинской помощи в разных возрастно-половых группах.

Мирзалиева А.А.

КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ: ДАННЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Кафедра: Пропедевтика внутренних болезней №1, Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирахмедова Х.Т.

Цель исследования. Оценить эхокардиографические и электрокардиографические особенности поражения сердца у пациентов с системной красной волчанкой.

Материал и методы. Проведено клинико-инструментальное обследование 47 пациентов с системной красной волчанкой. Диагноз СКВ устанавливался на основании **классификационных критериев EULAR/ACR (2019)** с учетом клинических, лабораторных и иммунологических показателей. Всем пациентам выполнялись электрокардиография и эхокардиография для оценки функционального состояния миокарда, размеров камер сердца, сократительной функции левого желудочка и состояния клапанного аппарата. Также анализировались показатели частоты сердечных сокращений, наличие нарушений ритма и проводимости.

Результаты исследования. По данным электрокардиографического исследования у большинства обследованных пациентов регистрировался синусовый ритм. Однако у части больных выявлялись функциональные изменения сердечной деятельности. Наиболее часто отмечались признаки гипоксии миокарда, метаболические изменения, а также нарушения внутрижелудочковой проводимости. В отдельных случаях наблюдались синусовая тахикардия, синусовая аритмия и признаки гипертрофии левого желудочка.

По данным эхокардиографического исследования фракция выброса левого желудочка варьировала от 59% до 70%, среднее значение составило 64,9%, что свидетельствует о сохранённой систолической функции

миокарда у большинства обследованных пациентов. Средний конечный диастолический размер левого желудочка составил около **4,2 см**, при этом размеры камер сердца в большинстве случаев находились в пределах физиологической нормы.

Вместе с тем у ряда пациентов выявлялись структурно-функциональные изменения сердца, включая **митральную, трикуспидальную и аортальную регургитацию**, признаки **перегрузки правых отделов сердца, лёгочную гипертензию I степени**, а также **незначительное количество жидкости в полости перикарда**.

Следует отметить, что у значительной части пациентов кардиальные изменения могут протекать **субклинически**, без выраженной клинической симптоматики, и выявляться только при инструментальных методах исследования. В этой связи эхокардиография и электрокардиография играют важную роль в **раннем выявлении поражения сердца** и позволяют своевременно диагностировать начальные кардиальные проявления заболевания.

Выводы.

1. У пациентов с системной красной волчанкой по данным электрокардиографии нередко выявляются функциональные изменения сердечной деятельности, включая признаки гипоксии миокарда, метаболические изменения и нарушения проводимости.

2. По данным эхокардиографии у большинства обследованных пациентов сохраняется удовлетворительная систолическая функция левого желудочка (средняя фракция выброса **64,9%**), однако у части больных выявляются структурно-функциональные изменения сердца, такие как клапанные регургитации, признаки лёгочной гипертензии и небольшой перикардиальный выпот.

3. Поражение сердца при системной красной волчанке может протекать **субклинически** и выявляться преимущественно при инструментальных методах исследования.

4. Комплексное применение **электрокардиографии и эхокардиографии** является важным инструментом **раннего выявления кардиальных нарушений и динамического мониторинга сердечно-сосудистой системы у пациентов с системной красной волчанкой**.

Мирзовалиева О.И., Мухаббатова Ф.С., Зиёхочаев Б.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ СТОЙКОЙ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

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

Научный руководитель: к.м.н. Исмаиловзода С.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность ивабрадина у молодых пациентов со стойкой синусовой тахикардией.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов в возрасте 18–35 лет со стойкой синусовой тахикардией, находившихся на стационарном лечении в отделении аритмий РКЦК г. Душанбе в период с сентября по декабрь 2025 года. Всем пациентам проводились ЭКГ, ЭхоКГ, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, а также лабораторные исследования (общий и биохимический анализы крови, электролиты, креатинин, мочевины). Пациенты были разделены на две группы: первая группа получала стандартную терапию (β-адреноблокаторы и/или блокаторы кальциевых каналов), вторая группа — ивабрадин в дозе 5–7,5 мг 2 раза в сутки.

Результаты исследования. Пароксизмальное течение тахикардии выявлено у 34 пациентов (85%), хроническое или часто рецидивирующее — у 6 пациентов (15%). Основные жалобы включали сердцебиение (100%), головокружение (62,5%), общую слабость (55%), одышку (47,5%), тревожность и дискомфорт в грудной клетке (40%). На фоне терапии ивабрадином отмечено достоверное снижение частоты сердечных сокращений, уменьшение частоты и продолжительности эпизодов тахикардии, а также выраженности клинической симптоматики. Побочные эффекты наблюдались редко и не требовали отмены препарата. В группе стандартной терапии у части пациентов сохранялись рецидивы тахикардии и отмечались нежелательные лекарственные реакции.

Выводы. Ивабрадин является эффективным и безопасным препаратом у молодых пациентов со стойкой синусовой тахикардией, способствует снижению ЧСС, уменьшению симптомов и улучшению качества жизни, что позволяет рассматривать его как перспективную альтернативу традиционной терапии.

Мирзоева М.А., Гулзода М.Д.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – Таджидинов Т.Б.

Цель исследования. Изучение особенностей клинической картины когнитивных функций у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Нами были обследованы 60 больных АГ (мужчины – 34, женщины – 26), в зависимости от уровня ОХС в плазме крови, обследованные были разделены на 3 группы. 1-ю (контрольную) группу составили 19 человека (возраст $49,2 \pm 3,5$ года) с желательным уровнем ОХС ($4,5 \pm 0,7$ ммоль/л), 2-ю – 16 ($54,4 \pm 5,4$ года) с пограничным уровнем ОХС ($4,9 \pm 1,2$ ммоль/л), 3-ю – 25 ($56,8 \pm 6,5$ лет) с высоким уровнем ОХС ($7,2 \pm 1,2$ ммоль/л). Когнитивные нарушения изучали с помощью краткой шкалы умственного состояния MMSE, включающего оценку ориентации во времени и пространстве, восприятия, концентрации внимания, памяти.

Результаты исследования. У обследованных 1-ой группы отмечались жалобы церебрального и кардиального характера. Стаж АГ составлял $10,5 \pm 6,2$ года. По данным СМАД средний уровень САД составлял $137 \pm 4,5$ мм. рт. ст., ДАД- $80 \pm 2,5$, вариабельность САД ночью – $10,5 \pm 1,4$, вар. ДАД ночью- $9,1 \pm 1,3$ мм. рт.ст., что свидетельствовало о повышено-нормальном уровне АД. По шкале MMSE нарушения познавательных функций отсутствовали у 21,4%, легкие когнитивные расстройства регистрировались у 33,8%, умеренные - у 26%, деменция легкой степени – у 17,6%. Детальный анализ показал, что изменения высших корковых функций чаще проявлялись нарушением памяти (78,2%), письма (69,5%), внимания и счета (56,5%), реже – речи (34,5%), снижением ориентации в пространстве и времени (13%). Среди пациентов 2-ой группы жалобы церебрального и кардиального характера встречались чаще. Стаж АГ составлял $14,2 \pm 8,8$ года. По данным СМАД средний уровень САД был равен $115 \pm 2,5$ мм. рт. ст., ДАД- $77 \pm 3,5$, вариабельность САД ночью – $14,5 \pm 0,4$, вар. ДАД ночью- $10,6 \pm 1,8$ мм. рт.ст., что по сравнению с таковым у пациентов 1-ой группы характеризовался более выраженным нарушением вариабельности САД в дневные часы, а также САД и ДАД в ночное время суток. Шкала MMSE отражала увеличение частоты легких когнитивных нарушений. Нарушения познавательных функций отсутствовали у 12,4%, легкие когнитивные расстройства регистрировались у 46,8%, умеренные - у 19%, деменция легкой степени – у 19%. Причем изменения высших корковых функций проявлялись в основном нарушением речи (81,5%), памяти (68,2%), письма (50,5%), реже – снижением ориентации в пространстве и времени (19%). У обследованных 3-ой группы нарастают жалобы кардиально-церебрального характера: Стаж АГ составлял $10,5 \pm 6,2$ года. По данным СМАД средний уровень САД составлял $121 \pm 9,5$ мм. рт. ст., ДАД- $96 \pm 4,5$, вариабельность САД ночью – $12,5 \pm 2,4$, вар. ДАД ночью- $7,1 \pm 1,51$ мм. рт.ст., что отражало недостаточную степень снижения ночного снижения САД и ДАД. Шкала MMSE свидетельствовала о нарастании умеренных когнитивных нарушений и деменции легкой степени. Так, изменения познавательных функций отсутствовали у 23,8%, легкие когнитивные расстройства регистрировались у 23,8%, умеренные - у 28,6%, деменция легкой степени – у 23,6%. Изменения высших корковых функций проявлялись нарушением памяти (58%), письма (47,5%), внимания и счета (100%), снижением ориентации в пространстве и времени (23%).

Выводы. Нарастающая насыщенность когнитивных нарушений, сочетающихся с увеличением уровня холестерина в плазме крови, участвует в формировании кардиально-церебрального синдрома при АГ. Выраженность последнего надо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий и оценке прогноза.

Мирзоева Ш.Н.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРАСТЕНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

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

Научный руководитель — ассистент кафедры Асоев М.М.

Цель исследования. Изучить клиническую структуру и провоцирующие факторы неврастении у детей школьного возраста.

Материал и методы. В исследование включены 40 детей с клиническими признаками неврастении (основная группа) и 20 условно здоровых сверстников (контрольная группа). Обследование проводилось на базе Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2024–2026 гг.

Диагностическая оценка осуществлялась в соответствии с критериями World Health Organization (МКБ-10). Применялись клиничко-анамнестический анализ, неврологический осмотр, психометрические шкалы для оценки уровня астении и тревожности, электроэнцефалография для исключения органической патологии.

Результаты исследования. В клинической картине преобладали повышенная утомляемость (82%), раздражительность (70%), снижение концентрации внимания (65%), нарушения сна (60%) и эпизодические головные боли напряжения (48%). Уровень астении по психометрическим шкалам в основной группе был достоверно выше по сравнению с контрольной. Анализ анамнестических данных выявил статистически значимую связь развития неврастении с хронической учебной перегрузкой, недостаточной продолжительностью сна и эмоциональным напряжением в семье. По данным ЭЭГ органическая патология не выявлена; регистрировались функциональные изменения в виде умеренной дезорганизации корковой ритмики без признаков эпилептиформной активности. Комплексная терапия включала нормализацию режима труда и отдыха, психотерапевтическую поддержку, витаминотерапию и, при необходимости, мягкие анксиолитические средства. В динамике через 3 месяца отмечено достоверное снижение выраженности астенических проявлений.

Выводы. Неврастения у детей школьного возраста характеризуется преобладанием астенического и эмоционально-лабильного синдромов при отсутствии органического субстрата. Ведущую роль играют психосоциальные факторы и перегрузка адаптационных механизмов. Ранняя диагностика и комплексная коррекция позволяют предупредить хронизацию состояния и улучшить социальную адаптацию ребёнка.

Мишарофов М.М.

КОМОРБИДНОСТЬ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту, клинические особенности и диагностические трудности коморбидности РАС и СДВГ у детей центра «Инсайт». Наличие обоих расстройств усложняет реабилитацию и ухудшает прогноз, что делает данную проблему клинически значимой.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 71 ребёнка с РАС (F84.0), 3–14 лет (средний $6,8 \pm 2,9$; 58 мальчиков, 13 девочек), 2025–2026 гг. Оценка СДВГ: критерии DSM-5, Vanderbilt, Коннерс (CPRS-R). Анализ: клинические характеристики, возраст диагностики, маршрут, фармакотерапия, Vineland-3, школьная успеваемость.

Результаты исследования. Коморбидный СДВГ у 15 из 71 (21,1%). Невнимательный тип – 40% (6), комбинированный – 47% (7), гиперактивно-импульсивный – 13% (2). Возраст диагностики СДВГ при РАС: $7,2 \pm 1,8$ года – на 2,1 года позже изолированного СДВГ ($p < 0,05$). Vineland-3: $48,3 \pm 9,6$ (двойной диагноз) против $56,7 \pm 10,2$ (изолированный РАС; $p < 0,05$). Снижение успеваемости: 87% при коморбидности против 62% при изолированном РАС. Комбинированная фармакотерапия потребовалась в 73% (11 из 15). 42% семей обращались к 4+ специалистам до установления диагноза СДВГ.

Выводы. Коморбидность РАС и СДВГ у каждого пятого ребёнка с аутизмом, ассоциирована с более поздней диагностикой и выраженными нарушениями. Необходим систематический скрининг СДВГ у всех детей с РАС для оптимизации терапии.

Мишаров М.М.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Определить распространённость и структуру тревожных расстройств при РАС и оценить эффективность комбинированной терапии (СИОЗС + адаптированная КПТ). Коморбидная тревожность часто нераспознаётся из-за атипичных проявлений и «перекрытия» с основными симптомами аутизма.

Материал и методы. 71 ребёнок с РАС (F84.0), 4–14 лет (средний $7,4 \pm 2,7$). Скрининг: SCARED (≥ 25 – клинически значимая тревожность), CGI-S, модифицированный опросник для РАС. Дети с тревожностью ($n=19$): сертралин 25–50 мг/сут или флуоксетин 5–20 мг/сут + модифицированная КПТ (визуальные поддержки, социальные истории, десенсибилизация). Оценка через 8 недель: CGI-I, SCARED, оценка родителей.

Результаты исследования. Тревожные расстройства у 19 из 71 (26,8%): ГТР – 42,1% (8), сепарационная тревога – 31,6% (6), социальная тревожность – 15,8% (3), неуточнённое – 10,5% (2). Через 8 недель: CGI-I «значительно/намного лучше» у 68,4% (13 из 19). SCARED: с $34,7 \pm 8,2$ до $22,1 \pm 6,9$ ($p < 0,01$). Снижение сенсорных перегрузок у 58%, улучшение сна – 53%, толерантность к изменениям – 47%. Побочные эффекты у 15,8% (3): транзиторное возбуждение в первые 7–10 дней, купировалось коррекцией дозы.

Выводы. Тревожные расстройства – частая нераспознанная коморбидность при РАС (26,8%). Комбинация низкодозных СИОЗС с адаптированной КПТ демонстрирует хорошую эффективность и безопасность. Рекомендуется систематический скрининг тревожности у всех детей с РАС.

Мишаров М.М.

РАЗРАБОТКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА В ПСИХИАТРИИ

Кафедра эпидемиологии имени проф. Рофиева ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гулбекова З.А.

Цель исследования. Разработка и оценка эффективности интеллектуальной медицинской информационной системы MirMed для комплексной диагностики, мониторинга и поддержки принятия клинических решений в психиатрии в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы. Разработана многокомпонентная интеллектуальная система MirMed v5.1 (155 373 строки кода), включающая клиническую платформу и образовательный портал. Система интегрирует три международных классификации (МКБ-10, МКБ-11, DSM-5), 103 психометрических инструмента с автоматическим расчётом и интерпретацией, базу данных 116 психотропных препаратов с модулем контроля безопасности фармакотерапии, научно-исследовательский модуль с автоматической генерацией гипотез и образовательный портал (185+ часов СМЕ). Пилотное внедрение проведено на базе Центра психического здоровья «Инсайт» (г. Худжанд). Эффективность оценивалась по данным 86 пациентов, 140 визитов и 206 тестирований.

Результаты исследования. Внедрение системы обеспечило стандартизацию диагностического процесса в соответствии с международными рекомендациями (NICE, APA, CANMAT, WFSBP). AI-ассистент при анализе жалоб автоматически выделял ключевые симптомы и «красные флаги», формировал дифференциально-диагностический ряд. Модуль Measurement-Based Care обеспечил систематическое применение стандартизированных шкал с визуализацией динамики. Научно-исследовательский модуль автоматически сгенерировал 16 научных гипотез на основе обнаруженных клинических паттернов, в том числе по возрастному и гендерному распределению диагностических групп (F20, F32, F41, F84). Продемонстрировано сокращение времени документирования, повышение adherence к протоколам мониторинга безопасности фармакотерапии и автоматизация научной аналитики.

Выводы. Интеллектуальная система MirMed v5.1 представляет эффективное решение для стандартизации психиатрической помощи в условиях ограниченных ресурсов. Интеграция клинической практики, научных исследований и непрерывного образования в единой платформе позволяет повысить качество диагностики, обеспечить безопасность фармакотерапии и создать инфраструктуру для доказательной психиатрии в Республике Таджикистан.

Мубораков Х.М., Солиева М.И.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ЛИЦ С ПРЕДИАБЕТОМ И ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В Г. АНДИЖАНЕ И МАРХАМАТСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии Андижанского государственного медицинского института.
Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Юсупова Ш.К.

Цель исследования. Определить распространённость дефицита витамина D у лиц с предиабетом и впервые диагностированным сахарным диабетом 2 типа по результатам скринингового обследования в г. Андижане и Мархаматском районе Республики Узбекистан.

Материал и методы. Проведено этапное обследование репрезентативной выборки населения старше 40 лет ($n=3400$; Андижан — 1600, Мархаматский район — 1800). На первом этапе осуществлялся скрининг факторов риска неинфекционных заболеваний и предиабета (опросник FINDRISC), на втором — стратификация лиц группы высокого риска. Третий этап включал верификацию метаболического статуса (критерии ВОЗ, 2014) с оценкой ИМТ, АД, липидного профиля, гликемии, инсулина (HOMA-IR), HbA1c, уровней 25(OH)D, Zn и Ca. Из исследования исключались лица до 40 лет и пациенты с тяжелой патологией почек, печени и ЖКТ. Итоговую когорту с нарушениями углеводного обмена составили 364 пациента: НГН ($n=39$), НТГ ($n=60$), сочетанные формы ($n=103$), СД 2 типа ($n=102$) и группа контроля ($n=60$). Статус витамина D определялся по концентрации 25(OH)D: дефицит (<20 нг/мл), недостаточность (21–29 нг/мл), норма (20–50 нг/мл). Статистический анализ выполнен в программе Statistica 6.0 с использованием ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования. Сравнительный анализ выявил статистически значимое ($p<0,005$) снижение уровня 25(OH)D при нарушениях углеводного обмена (НУО) относительно контроля ($39,0\pm2,3$ нг/мл). В Мархаматском районе концентрация 25(OH)D составила: НГН — $12,8\pm1,0$; НТГ — $16,1\pm1,0$; НГН+НТГ — $14,5\pm0,75$; СД 2 типа — $11,8\pm0,87$; контроль — $28,7\pm0,9$ нг/мл. В г. Андижане аналогичные показатели: $13,2\pm0,77$; $14,7\pm1,0$; $12,5\pm0,5$; $13,3\pm0,79$ и $19,0\pm1,3$ нг/мл соответственно.

Структура гиповитаминоза D (20–30 нг/мл // 10–20 нг/мл // <10 нг/мл) по группам:

СД 2 типа: 17,3% ($n=9$) // 42,3% ($n=22$) // 40,3% ($n=21$); НГН+НТГ: 11,3% ($n=6$) // 69,8% ($n=37$) // 20,7% ($n=11$); НТГ: 23,3% ($n=7$) // 70,0% ($n=21$) // 10,0% ($n=3$); НГН: 5,2% ($n=1$) // 68,4% ($n=13$) // 26,3% ($n=5$). В контрольной группе уровень 20–30 нг/мл зафиксирован у 70,0% ($n=21$).

В Мархаматском районе тяжелый дефицит (<10 нг/мл) превалировал при СД 2 типа — 40,3% (21/52), преимущественно в возрастных группах 60–74 лет (40,7%, $n=75$), 45–69 лет (34,2%, $n=63$) и 18–44 лет (16,3%, $n=30$). В г. Андижане нормальный статус 25(OH)D отмечен лишь в 6,7% (2/30) случаев контроля. Распределение уровней (20–30 // 10–20 // <10 нг/мл) в городской выборке: контроль (96,6% // 46,6% // 0%); СД 2 типа (16,0% // 58,0% // 42,0%); НГН+НТГ (3,8% // 73,5% // 24,5%); НТГ (10,0% // 77,0% // 10,0%); НГН (5,0% // 85,0% // 10,0%).

Таким образом, как в Мархаматском районе, так и в г. Андижане наиболее выраженный дефицит витамина D наблюдался у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и предиабетическими состояниями.

Выводы. 1. В Мархаматском районе наиболее выраженный дефицит витамина D выявлен у пациентов с сахарным диабетом 2 типа — 21 (40,3%) из 52 обследованных. При этом среди 184 пациентов наибольшая доля приходилась на возрастную группу 60–74 лет — 75 (40,7%).

2. В г. Андижане максимальная частота дефицита витамина D также отмечена у пациентов с сахарным диабетом 2 типа — 50 (100%) из 50 наблюдений. В структуре возрастного распределения преобладала группа 45–69 лет — 103 (56,5%) из 182 пациентов, тогда как доля лиц 60–74 лет и 18–44 лет составила по 5 человек (2,7%).

Музафарова М.Э., Абдуллоев М.

РОЛЬ «ФЕНОМЕНА МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ» В РАЗВИТИИ КОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Анварова Ш.С.

Цель исследования. Изучить связь длительности декомпенсации СД2 и уровня гликемического контроля с показателями костного ремоделирования и МПКТ.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республиканском эндокринологическом отделении медицинского центра №1 имени Ахмедова Карима в Душанбе. В него были включены 160 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, из которых 110 составляли женщины и 50 — мужчины, в возрасте 45–65 лет, с длительностью заболевания более пяти лет. Анализировали анамнез заболевания, длительность периода декомпенсации, уровень HbA1c, а также определялась минеральная плотность костной ткани методом остеоденситометрии. Кроме того, оценивались показатели кальциево-фосфорного обмена, уровень витамина D, параметры углеводного и липидного профиля, а также маркеры костного ремоделирования. Диабетические осложнения выявлялись с помощью скрининга на полинейропатию, ретинопатию и нефропатию.

Критерии включения: женщины с СД2 в перименопаузальном или постменопаузальном периоде с различным уровнем контроля гликемии; возраст 45–65 лет; длительность заболевания более пяти лет. Мужчины включались при аналогичных возрастных характеристиках и продолжительности болезни.

Критерии исключения: возраст до 45 лет; СД1 типа; СД2 в сочетании с терминальными стадиями ретинопатии или нефропатии; сопутствующие ревматические заболевания, патология сердечно-сосудистой системы, другие эндокринные нарушения; а также приём глюкокортикоидов согласно анамнезу.

Результаты исследования. У пациентов с длительным периодом декомпенсации диабета отмечалось достоверное снижение МПКТ, независимо от текущих показателей HbA1c. Выявлено снижение уровня маркеров костеобразования и дисбаланс процессов ремоделирования кости. Наличие поздних осложнений (нейропатия, нефропатия) ассоциировалось с более выраженным снижением костной плотности.

Выводы. Таким образом, длительно сохраняющаяся гипергликемия оказывает стойкое негативное влияние на костную ткань, способствуя нарушению процессов ремоделирования и снижению минеральной плотности кости. Даже при последующей компенсации диабета последствия феномена «метаболической памяти» продолжают проявляться, что подчеркивает долговременное воздействие ранних периодов декомпенсации. Полученные данные указывают на то, что ранняя и активная оптимизация контроля гликемии может снизить риск формирования диабетической остеопатии и замедлить прогрессирование костных нарушений

Музафарова М.Э., Валиева Д. Ч., Муродзода С.Б.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D И НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Анварова Ш.С.

Цель исследования. Изучить обеспеченность витамином D, особенности фосфорно-кальциевого обмена и их ассоциацию с минеральной плотностью костной ткани у больных СД2.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского эндокринологического отделения медицинского центра №1 имени Ахмедова Карима г. Душанбе. В него были включены 160 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (110 женщин и 50 мужчин) в возрасте 45–65 лет при длительности заболевания более 5 лет.

Всем обследуемым выполнялась оценка минеральной плотности костной ткани методом остеоденситометрии. Определялись показатели кальциево-фосфорного обмена, уровень витамина D, параметры углеводного и липидного профиля, а также маркеры костного ремоделирования.

Критерии включения: женщины с СД2 в перименопаузальном и постменопаузальном периодах с различным уровнем гликемического контроля; возраст 45–65 лет; длительность СД более 5 лет. Для мужчин возрастные характеристики и продолжительность заболевания соответствовали аналогичным параметрам.

Критерии исключения: возраст младше 45 лет; наличие СД1 типа; СД2 в сочетании с терминальными стадиями ретинопатии и нефропатии; сопутствующие ревматические заболевания, патология сердечно-сосудистой системы, другие эндокринные заболевания; а также приём глюкокортикоидных препаратов по данным анамнеза.

Результаты. У большинства обследованных выявлен недостаток или дефицит витамина D. Снижение уровня 25(ОН)D сопровождалось усилением маркеров резорбции костной ткани. Выраженность дефицита витамина D коррелировала с длительностью СД2 и степенью декомпенсации углеводного обмена. У пациентов с выраженным дефицитом витамина D показатели МПКТ были достоверно ниже, особенно в трабекулярных отделах скелета.

Выводы. Таким образом, по результатам проведённого исследования установлено, что дефицит витамина D широко распространён среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа и является значимым фактором риска нарушений костного метаболизма. Выявленные изменения фосфорно-кальциевого обмена сопровождаются активацией процессов костной резорбции и способствуют снижению минеральной плотности костной ткани. Полученные данные обосновывают необходимость своевременной коррекции D-витаминного статуса как важного компонента комплексной профилактики и лечения диабетической остеопатии у больных СД2.

Мукимов Ф.С., Джобирзода А.Б., Абдукаримова Х.Т.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - старший преподаватель Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Изучить когнитивные нарушения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе кафедры неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2025 по 2026 годы. В исследование были включены 60 детей в возрасте 7–12 лет. Основную группу составили 40 пациентов с клинически установленным диагнозом: синдром дефицита внимания и гиперактивности, наблюдавшихся в детском неврологическом отделении. Контрольную группу составили 20 условно здоровых детей аналогичного возраста без неврологической патологии. Всем детям проводилось комплексное клиничко-неврологическое и нейропсихологическое обследование. Для оценки когнитивных функций применялись тесты на устойчивость и концентрацию внимания, объём кратковременной и рабочей памяти, скорость переработки информации, а также оценка исполнительных функций (планирование, контроль деятельности). Дополнительно анализировались данные школьной успеваемости и поведенческие характеристики на основании опроса родителей и педагогов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности наиболее часто отмечались нарушения внимания и исполнительных функций. Снижение устойчивости и концентрации внимания было выявлено у 82,5% обследованных детей основной группы. Нарушения рабочей памяти наблюдались у 67,5% пациентов, тогда как в контрольной группе подобные изменения регистрировались лишь у 15% детей. Снижение скорости обработки информации выявлено у 60% пациентов основной группы, а трудности планирования и контроля деятельности - у 55% детей. Повышенная отвлекаемость и импульсивность при выполнении когнитивных заданий отмечались у 75% обследованных. Анализ учебной деятельности показал, что 70% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности имели трудности в усвоении учебного материала, а 62,5% - демонстрировали снижение академической успеваемости по сравнению со сверстниками. Статистически значимая связь была выявлена между выраженностью дефицита внимания и уровнем школьной успеваемости ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространённости когнитивных нарушений у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, среди которых ведущим являются дефицит внимания, снижение рабочей памяти и нарушения исполнительных функций. Выраженность когнитивного дефицита напрямую влияет на учебную адаптацию детей. Это подчёркивает необходимость ранней диагностики и проведения комплексной нейропсихологической коррекции и реабилитационных мероприятий.

Мукимова Ф.Т., Шокаримова А.А., Исмоилзода С.И.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные характеристики декомпенсации сахарного диабета 1 типа у детей при поступлении в стационар.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни детей с сахарным диабетом 1 типа. Оценивались возраст пациентов, длительность заболевания, клинические проявления, уровень глюкозы крови, гликированного гемоглобина (HbA1c), а также основные биохимические показатели крови. Средний возраст пациентов составил $10,1 \pm 3,4$ года, средняя длительность заболевания — $2,2 \pm 1,8$ года. Статистическая обработка проводилась с использованием методов вариационной статистики и корреляционного анализа Пирсона.

Результаты исследования. При поступлении у большинства пациентов отмечались признаки выраженной декомпенсации углеводного обмена. Средний уровень глюкозы крови составил $17,0 \pm 4,8$ ммоль/л, средний уровень HbA1c — $13,1 \pm 2,6\%$, что свидетельствует о хронической гипергликемии. Наиболее частыми клиническими проявлениями были выраженная слабость, жажда, полиурия и снижение массы тела. Биохимические показатели отражали выраженные метаболические нарушения: средний уровень общего белка составил $66,4 \pm 7,2$ г/л, креатинина — $86,3 \pm 22,5$ мкмоль/л, мочевины — $6,8 \pm 2,1$ ммоль/л. Установлена достоверная положительная корреляция между длительностью заболевания и уровнем HbA1c ($r=0,42$; $p < 0,001$), а также между HbA1c и уровнем глюкозы крови ($r=0,51$; $p < 0,001$). Пациенты старшего возраста имели статистически значимо более высокий уровень HbA1c по сравнению с детьми младшей возрастной группы ($p=0,003$).

Выводы. Декомпенсация сахарного диабета 1 типа у детей характеризуется выраженной гипергликемией и высоким уровнем гликированного гемоглобина. Тяжесть метаболических нарушений статистически значимо ассоциирована с возрастом пациентов и длительностью заболевания. Полученные данные подчеркивают необходимость ранней интенсификации терапии и регулярного метаболического мониторинга у детей с сахарным диабетом.

Муминов Ф.С., Мехрубони Саидбек, Хочиев Х.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ: СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Определить стандартизированные значения распространенности основных причин развития симптоматической эпилепсии среди населения городов Худжанд и Исфара с учетом пола и возраста, а также выявить статистически значимые различия между мужской и женской популяцией.

Материал и методы исследования. Нами были исследованы 269 взрослых жителей городов Худжанд и Исфара старше 18 лет с клинически установленным диагнозом эпилепсии. При этом пациентов из города Худжанд с данной патологией было диагностировано 181 человек, среди которых было 96 мужчин и 85 женщин, а из города Исфара 88 пациентов, 47 мужчин и 41 женщин. При диагностике эпилепсии учитывались данные клинических исследований, ЭЭГ и нейрорадиологических исследований в соответствии с принятой в 1989 году в Нью-Дели (США) Международной классификации эпилепсии, эпилептических синдромов и схожих заболеваний. Для описания отмечающихся симптомокомплексов применялась классификация эпилептических приступов (принятая в 1981 году в г. Киото, Япония). Во всех случаях всем исследуемым пациентам проводилась клинические и неврологические исследования по традиционной схеме. Из числа нейрофизиологических и нейровизуализационных способов исследования наблюдаемым нами пациентам проводились ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторирование (по мере необходимости), МРТ либо КТ-исследование. При проведении ЭЭГ

применялась традиционная схема с включением ряда функциональных тестов. Также дополнительно пациентам (по мере необходимости) проводились: клинические и биохимические исследования крови и мочи.

Полученные результаты. В ходе проведенного исследования также были вычислены стандартизированные значения распространенности основных причин развития симптоматической эпилепсии с учетом пола и возраста. Распределение заболеваний представлено следующим образом: травматические повреждения мозга (ТЧМ) - 0,98 (95% доверительный интервал - 0,85-1,11) случаев на 1000 населения, цереброваскулярные патологии - 0,84 (95% доверительный интервал - 0,53-0,75) случаев на 1000, аномалии развития головного мозга - 0,29 (95% доверительный интервал - 0,24-0,39) случаев на 1000 населения, перинатальные заболевания центральной нервной системы - 0,28 (95% доверительный интервал - 0,23-0,38) случаев на 1000 населения, хронический алкоголизм - 0,27 (95% доверительный интервал - 0,18-0,32) случаев на 1000 населения, опухоли головного мозга - 0,23 (95% доверительный интервал - 0,14-0,27) случаев на 1000 населения, инфекционных заболеваний нервной системы - 0,04 (95% доверительный интервал - 0,06-0,21) случаев на 1000 населения. При сравнении показателей уровня распространенности наиболее вероятных причин в мужской и женской популяции не отмечалось статистически значимых различий ($p > 0,252$), за исключением травматических повреждений мозга (ТЧМ).

Выводы. Травматические повреждения мозга и цереброваскулярные заболевания являются ведущими факторами риска развития симптоматической эпилепсии, а гендерные различия проявляются преимущественно в связи с травматическими повреждениями.

Муминов Ф.С., Исоева М.Б., Рахимзода О.Ш.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ С УЧЕТОМ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,

Кафедра эпидемиологии имени профессора Х.К. Рофиева ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., доцент Абдуллозода С.М.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические особенности симптоматической эпилепсии в городах Худжанд и Исфара, определить стандартизированные показатели распространенности основных этиологических факторов и выявить их половозрастные различия.

Материал и методы. В исследование включены 269 взрослых пациентов старше 18 лет с клинически подтвержденным диагнозом эпилепсии: 181 человек из Худжанда (96 мужчин и 85 женщин) и 88 человек из Исфары (47 мужчин и 41 женщина). Диагностика проводилась на основании клинических данных, ЭЭГ и нейровизуализационных методов (МРТ, КТ), в соответствии с международной классификацией эпилепсии (Нью-Дели, 1989) и классификацией эпилептических приступов (Киото, 1981). Дополнительно выполнялись лабораторные исследования и видео-ЭЭГ-мониторинг при необходимости.

Результаты исследования. Стандартизированные показатели распространенности основных причин симптоматической эпилепсии составили: травматические повреждения мозга (ТЧМ) — 0,98 на 1000 населения (95% ДИ: 0,85–1,11), цереброваскулярные заболевания — 0,84 на 1000 населения (95% ДИ: 0,53–0,75), аномалии развития головного мозга — 0,29 на 1000 населения (95% ДИ: 0,24–0,39), перинатальные заболевания ЦНС — 0,28 на 1000 населения (95% ДИ: 0,23–0,38), хронический алкоголизм — 0,27 на 1000 населения (95% ДИ: 0,18–0,32), опухоли головного мозга — 0,23 на 1000 населения (95% ДИ: 0,14–0,27), инфекционные заболевания нервной системы — 0,04 на 1000 населения (95% ДИ: 0,06–0,21).

При сравнении показателей между мужчинами и женщинами статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,252$), за исключением травматических повреждений мозга, которые чаще встречались у мужчин.

Выводы. Наиболее значимыми факторами риска развития симптоматической эпилепсии являются травматические повреждения мозга и цереброваскулярные заболевания. Гендерные различия проявляются преимущественно в связи с травматическими повреждениями, что указывает на необходимость учета пола при разработке профилактических и лечебных мероприятий.

Муминов Ф.С.¹, Исоева М.Б.¹, Рахимзода О.Ш.¹

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ В ГОРОДАХ ТАДЖИКИСТАНА

¹Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²Кафедра эпидемиологии имени профессора Х.К. Рофиева ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., доцент Абдуллозода С.М.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ распространенности эпилепсии в урбанизированных популяциях Таджикистана, учитывая половозрастные характеристики и особенности впервые выявленных случаев заболевания.

Материал и методы. Нами были исследованы 269 взрослых жителей городов Худжанд и Исфара старше 18 лет с клинически установленным диагнозом эпилепсия. При этом пациентов из города Худжанд с данной патологией было диагностировано 181 человек, среди которых было 96 мужчин и 85 женщин, а из города Исфара 88 пациентов, 47 мужчин и 41 женщин.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что общий уровень распространенности эпилепсии в обеих исследуемых популяциях составил 2,71 случая на 1000 жителей (95% ДИ: 1,53–3,70). Среди мужчин этот показатель достигал 3,29 на 1000 (95% ДИ: 1,29–3,03), что статистически значимо превышало уровень у женщин — 1,05 на 1000 (95% ДИ: 1,21–2,90) ($p < 0,05$). В г. Худжанд распространенность эпилепсии

оказалась выше, чем в г. Исфара (2,31 на 1000 жителей, $p < 0,05$). Заболеваемость впервые выявленных случаев составила 1,8 на 100 тыс. населения в Худжанде и 0,8 на 100 тыс. населения в Исфаре.

Анализ возрастных характеристик показал, что среди лиц старше 30 лет преобладала мужская популяция, а в возрастной категории 70 лет и старше уровень распространенности у мужчин был в три раза выше, чем у женщин. У женщин динамика имела параболический характер с пиками в возрастных группах 18–29 и 60–69 лет. У мужчин рост показателя отмечался после 50 лет, достигая максимума после 70 лет (9,86 на 1000 жителей). Минимальные значения распространенности эпилепсии наблюдались в возрастной категории 40–49 лет у обоих полов, после чего отмечался постепенный рост в старших возрастных группах.

Выводы. Исследование выявило выраженные половые и возрастные различия в распространенности эпилепсии. У мужчин показатели выше, особенно в старших возрастных категориях, что подчёркивает необходимость дифференцированного подхода к профилактике и организации медицинской помощи с учётом пола и возраста пациентов.

Муминова С.Х.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

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

Научный руководитель – д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Оценить состояние клеточного звена иммунитета и определить его взаимосвязь с изменениями кишечной микробиоты у пациентов с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ) на различных этапах течения заболевания.

Материал и методы. Исследование проведено в 2024–2025 гг. на базе отделения взрослой гематологии ГУ НМИЦТ «Шифобахш» (г. Душанбе). В исследование включены 34 пациента с подтверждённым диагнозом ОМЛ, установленным на основании клинико-гематологических данных, миелограммы и цитохимического исследования бластных клеток согласно классификации ВОЗ (2022). Средний возраст пациентов составил 46 ± 12 лет; 20 (58,8%) — женщин, 14 (41,2%) — мужчин. Пациенты были распределены на группы в зависимости от фазы заболевания: дебют ($n=12$), ремиссия ($n=10$), рецидив ($n=12$). Иммунологическое исследование включало определение относительного и абсолютного количества $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD19^+$ и $CD16/56^+$ лимфоцитов методом проточной цитометрии с использованием моноклональных антител. Состав кишечной микробиоты оценивали методом количественной ПЦР-амплификации ДНК микроорганизмов в образцах кала. Определяли содержание *Bifidobacterium* spp., *Lactobacillus* spp., *Escherichia coli* (нормотип), *Clostridium* spp., *Candida* spp. Результаты выражались в lg КОЕ/г и сопоставлялись с референсными значениями.

Результаты исследования. Анализ иммунологических показателей показал выраженное угнетение клеточного звена иммунитета у пациентов в дебюте заболевания и при рецидиве. Содержание $CD3^+$ лимфоцитов снижалось до 46–48%, уровень $CD4^+$ клеток — до 25–27%, при этом иммунорегуляторный индекс $CD4/CD8$ уменьшался до 1,0–1,1. Количество НК-клеток ($CD16/56^+$) составляло в среднем 8–10%, что отражает ослабление противоопухолевого иммунного контроля.

Исследование кишечной микробиоты выявило снижение *Bifidobacterium* spp. до 6,9–7,2 lg КОЕ/г и *Lactobacillus* spp. до 5,6–5,9 lg КОЕ/г. Одновременно отмечено увеличение *Clostridium* spp. до 6,8–7,0 lg КОЕ/г и *Candida* spp. до 4,5–5,0 lg КОЕ/г.

Установлена прямая взаимосвязь между уровнем $CD4^+$ лимфоцитов и содержанием *Bifidobacterium* spp., что подтверждает участие кишечной микробиоты в формировании иммунного ответа при остром миелобластном лейкозе.

Вывод. ОМЛ сопровождается выраженными нарушениями клеточного иммунитета и дисбиотическими изменениями кишечника, наиболее значимыми в дебюте и при рецидиве. Полученные данные свидетельствуют о функциональной взаимосвязи иммунной системы и кишечной микробиоты и обосновывают необходимость их комплексного мониторинга.

Муминова С.Х.

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА КАК ФАКТОР ИММУННОЙ СУПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Научный руководитель – д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Изучить характер дисбиотических изменений кишечной микробиоты при ОМЛ и определить их влияние на показатели клеточного иммунитета.

Материал и методы. Обследованы 34 пациента с ОМЛ, находившихся на стационарном лечении. Критериями включения являлись возраст старше 18 лет и подтверждённый диагноз ОМЛ. Из исследования исключались пациенты с острыми инфекционными заболеваниями и хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. Микробиоту кишечника анализировали методом полимеразной цепной реакции с количественной оценкой облигатной и условно-патогенной флоры. Исследование проводилось на основании образцов кала, собранных в стерильные контейнеры с соблюдением стандартных условий хранения и транспортировки. Иммунологический профиль оценивали методом проточной цитометрии с определением субпопуляций Т-лимфоцитов и НК-клеток.

Результаты исследования. У пациентов с острым миелобластным лейкозом выявлены выраженные дисбиотические изменения кишечника. Содержание *Bifidobacterium* spp. снижалось в среднем на 1,8–2,0 lg по

сравнению с нормативными значениями, *Lactobacillus* spp. — на 1,5–2,0 lg. Одновременно уровень *Clostridium* spp. достигал 6,8–7,0 lg КОЕ/г, а *Candida* spp. увеличивался до 4,5–5,0 lg КОЕ/г.

Иммунологические изменения характеризовались снижением CD4⁺ лимфоцитов до 25–28%, уменьшением иммунорегуляторного индекса до 1,0–1,2 и снижением NK-клеток до 8–11%.

Отмечена взаимосвязь между степенью снижения облигатной микрофлоры и выраженностью дефицита Т-хелперных клеток, что указывает на патогенетическую роль дисбиоза в формировании иммунной недостаточности при данном заболевании.

Выводы. Дисбиоз кишечника при ОМЛ ассоциирован с угнетением клеточного звена иммунитета и может рассматриваться как дополнительный фактор иммунной недостаточности. Мониторинг микробиоты целесообразно включать в комплексное обследование пациентов с целью оптимизации терапии и профилактики осложнений.

Муродов А.Б., Сайфиева Н.М., Бодомова Н.С.

РЕДКИЕ ФОРМЫ АНЕМИЙ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Провести анализ особенностей диагностики редких форм анемий.

Материал и методы. Работа основана на анализе клинического наблюдения пациентки, проходившей обследование и лечение в гематологическом отделении.

Применялись клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования: сбор жалоб и анамнеза заболевания, физикальное обследование, общий анализ крови с определением эритроцитарных индексов, исследование уровня ретикулоцитов, биохимический анализ крови (определение общего билирубина, лактатдегидрогеназы), определение уровня витамина В12 в сыворотке крови, морфологическое исследование мазка периферической крови, а также ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты исследования. Пациентка 24 лет была госпитализирована с жалобами на выраженную общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, снижение толерантности к физической нагрузке, одышку при ходьбе, а также периодическое ощущение сердцебиения.

Из анамнеза заболевания установлено, что указанные симптомы постепенно прогрессировали в течение последних 3–4 месяцев. Ранее пациентка за медицинской помощью не обращалась.

При объективном обследовании отмечались выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек, умеренная тахикардия (до 96–100 ударов в минуту), субиктеричность склер. Пальпация органов брюшной полости была безболезненной, значимого увеличения печени и селезенки не выявлено.

В гемограмме выявили изменения со стороны красного ростка кроветворения. Уровень гемоглобина - 72 г/л, количество эритроцитов - $2,6 \times 10^{12}/л$. Цветовой показатель -1,2. Средний объем эритроцитов (MCV) - 110. Ретикулоциты снижены до 0,4 %. В биохимическом анализе крови - повышение уровня билирубина до 32 мкмоль/л, за счет непрямой фракции, повышение уровня ЛДГ. Витамин В12 в сыворотке крови составляло 95 пг/мл.

В гемограмме: макроцитоз, анизоцитоз, гиперсегментация нейтрофилов, что является характерным морфологическим признаком мегалобластного типа кроветворения.

Особенность данного клинического случая заключалась в сочетании выраженной макроцитарной анемии с признаками внутрикостномозгового гемолиза, что первоначально требовало проведения дифференциальной диагностики с гемолитическими анемиями и миелодиспластическим синдромом.

На основании совокупности клиничко-лабораторных данных пациентке был установлен диагноз: мегалобластная анемия, обусловленная выраженным дефицитом витамина В12.

Было назначена патогенетическая терапия — цианокобаламина по стандартной схеме, даны рекомендации по коррекции питания. Через четыре недели лечения отмечалось положительная динамика клинического состояния. Пациентка отмечала уменьшение слабости, улучшение общего самочувствия.

Повторные лабораторные исследования продемонстрировали восстановление показателей периферической крови. Уровень гемоглобина повысился до 118 г/л, количество эритроцитов увеличилось до $3,9 \times 10^{12}/л$. Цветовой показатель нормализовался и составил 1,0. MCV снизился до 92. Количество ретикулоцитов увеличилось до 1,2 %. Уровень витамина В12 в сыворотке крови повысился до 420. Уровень общего билирубина снизился до 18 мкмоль/л. Полученные результаты свидетельствует о высокой эффективности проведенной патогенетической терапии.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует важность комплексного анализа клинических и лабораторных данных при постановке диагноза. Своевременное назначение патогенетической терапии витамином В12 приводит к восстановлению эффективного эритропоэза и нормализации гематологических показателей.

Муродова М.А., Бедилзода Х.А., Вайисов А.Т.

ТЕЧЕНИЕ ГРИБКОВОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ

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

Научный руководитель - к.м.н. Кароматова Т.И.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения грибковой пневмонии у пациентов с гемобластозами.

Материал и методы. Изучены истории болезни и амбулаторные карты пациентов с гемобластозами, получавших лечение в гематологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» в 2020-2026 гг., у которых при проведении программной химиотерапии присоединилась грибковая пневмония: 54 больных с острыми лейкозами (ОЛ), из них 24 пациента - с острыми лимфобластными (ОЛЛ) и 30 - с острыми миелоидными (ОМЛ) лейкозами; 75 пациентов - с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ). В контрольную группу включены 30 пациентов с нозокомиальными пневмониями без гемобластозов, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш».

Результаты исследования. Грибковые пневмонии являются наиболее распространённым осложнением ОЛЛ и ОМЛ. Наиболее частыми осложнениями ОЛ при проведении программной химиотерапии являются фебрильная нейтропения (30%) и мукозит (30%), грибковая пневмония составляет 18% от всех инфекционных осложнений ОЛЛ и 21% - при ОМЛ. У больных с ОЛ отмечается преобладание аспергиллёзной пневмонии. *Aspergillus* (Аспергиллёз): Плесневые грибы. Инфицирование происходит при вдыхании спор. Характеризуется способностью прорасти в кровеносные сосуды, вызывая некроз тканей лёгкого. Большинство пневмоний у больных гемобластоzy развиваются в стадии индуцированного агранулоцитоза. Особенности грибковой пневмонии в данный период является их атипичное, тяжёлое и затяжное течение, часто осложнившееся агранулоцитозом. У таких больных часто отсутствует характерная аускультативная картина воспалительного процесса в лёгких, также при традиционном рентгенологическом исследовании выявить инфильтрацию не представляется возможным. У больных с агранулоцитозом при наличии лихорадки следует выполнять компьютерную томографию лёгких независимо от аускультативной картины и без предварительной рентгенографии. А также определение лабораторных маркеров через галактоманновый тест. Определение специфического компонента стенки гриба *Aspergillus* в сыворотке крови или в жидкости, полученной при промывании бронхов (БАЛ). Тест на (1→3)-β-D-глюкан: универсальный маркер для многих видов грибов. Тактика лечения начинается немедленно при малейшем подозрении (эмпирическая терапия), не дожидаясь окончательных результатов посевов.

Выводы. У больных с гемобластозами при своевременной диагностике воспалительного процесса в лёгких, соблюдении соответствующего санитарно-гигиенического режима, наличии современных антибактериальных и антимикотических лекарственных средств, препаратов гранулоцитарного и колониестимулирующего фактора и другой сопроводительной терапии, прогноз пневмоний в большинстве случаев благоприятный (при отсутствии неконтролируемого роста опухоли).

Муродова С.Ю., Гафуров А.З.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ В 2025 ГОДУ

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Исодухт Б.У.

Цель исследования. Оценить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Дангаринском районе в 2025 году, определить основные демографические и поведенческие характеристики вновь выявленных случаев, а также выявить ключевые факторы риска и пути передачи инфекции для разработки адресных профилактических мероприятий.

Материал и методы. В исследовании использованы обезличенные данные районного центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД за 2025 год. Учитывались число новых случаев, пол, возраст, социальный статус (в том числе с учётом миграционного анамнеза), предполагаемые пути инфицирования, данные об охвате антиретровирусной терапией (АРТ).

Результаты исследования. В 2025 году в Дангаринском районе зарегистрировано 18 новых случаев ВИЧ-инфекции. Среди выявленных лиц: мужчины - (> 61%), женщины - (38%). Основная доля новых случаев приходилась на лиц трудоспособного возраста - 31–51 год. Основным путём передачи инфекции оставался половой путь (> 88%). Существенную роль продолжал играть миграционный фактор, включая случаи инфицирования за пределами страны, преимущественно в Российской Федерации (55,5%).

Выводы. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Дангаринском районе в 2025 году характеризуется умеренным уровнем заболеваемости с преобладанием полового пути передачи и высокой значимостью трудовой миграции как фактора риска. Для повышения эффективности противоэпидемических мер необходимо расширение скрининговых программ среди трудовых мигрантов, а также усиление информационно-просветительской работы по безопасному сексуальному поведению среди молодёжи и взрослого населения.

Мустафакулова Ш.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

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

Науч. руководитель – доцент кафедры Алиева Е.Г.

Цель исследования. Целью исследования является сравнительная оценка эффективности монотерапии (лазерная терапия) и комбинированного лечения (лазерная терапия + электрофорез лекарственных препаратов) на продолжительность болевого синдрома, динамику рассасывания инфильтрации и восстановление функциональной активности у пациентов с хронической болью.

Материал и методы. В рамках исследования проведено наблюдение за группой из 40 пациентов с хронической болью в пояснице, которые были разделены на две группы случайным образом. Основная группа (20 человек) получала комбинированное лечение: низкоинтенсивную лазерную терапию в сочетании с электрофо-

резом лекарственных препаратов (новокаин или лидокаин). Группа сравнения (20 человек) получала монотерапию — только низкоинтенсивную лазерную терапию. Курс лечения в обеих группах составлял 10–15 процедур. Низкоинтенсивная лазерная терапия применялась в импульсном режиме, мощность подбиралась индивидуально с учетом глубины поражения тканей. Электрофорез с новокаином/лидокаином обеспечивал создание лекарственного депо в коже и подкожной клетчатке, пролонгированное анальгезирующее действие, локальное снижение нервной проводимости. Комбинированное воздействие направлено на уменьшение перифокального воспаления, улучшение микроциркуляции, снижение мышечного спазма, модуляцию болевых рецепторов.

Оценка эффективности проводилась на основе клинических показателей, таких как динамика болевого синдрома по шкале ВАШ и повышение функциональной активности по шкале Освестри, а также на основе опросов пациентов, которые включали оценку уменьшения болевого синдрома и скованности.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований отмечен положительный эффект обеих схем лечения. Однако, в основной группе (лазер + электрофорез) наблюдалось более значимое и быстрое улучшение. Полное купирование боли наступало в среднем на 3–4 дня быстрее. После 5 процедур наблюдалось снижение боли на 20–30%, уменьшение утренней скованности. После полного курса наблюдалось в основной группе — купирование боли на 50–70%, улучшение функциональной активности, сокращение сроков восстановления на 3–4 дня быстрее, чем при монотерапии, снижение потребности в анальгетиках.

В группе лазерной монотерапии динамика была положительной, но менее выраженной и более медленной.

Комбинированное воздействие влияет одновременно на нейрогенный и воспалительный компоненты боли. У пациентов основной группы было отмечено более выраженное улучшение показателей функциональной активности, что свидетельствует о более полном восстановлении двигательных функций. Это можно объяснить тем, что комбинированное воздействие лазерной терапии и электрофореза обеспечивает более комплексное и интенсивное влияние на патологический процесс.

Выводы. Комбинированная физиотерапия является более эффективной и патогенетически обоснованной стратегией лечения хронического болевого синдрома, обеспечивая комплексное воздействие на различные звенья патогенеза боли и воспаления. Это не только приводит к более выраженному и стойкому терапевтическому эффекту, но и способствует значительному снижению потребности пациентов в анальгетиках. Таким образом, сочетанное применение физических факторов может быть рекомендовано в качестве ключевого компонента комплексных программ реабилитации, направленных на повышение качества жизни пациентов.

Мухаббатова Ф.С., Мирзовалиева О. И., Раимова Н.С.

НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Уроков К. З.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов лечения наджелудочковой тахикардии у молодых людей.

Материал и методы. В исследование были включены 40 пациентов молодого возраста с верифицированной наджелудочковой тахикардией. Возраст обследованных, находившихся на стационарном лечении в отделении аритмии РКЦК г. Душанбе с сентября по декабрь 2025 года, составил от 20 до 45 лет, средний возраст 26–30 лет. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. Пароксизмальная форма наджелудочковой тахикардии выявлена у 34 пациентов (85%), хроническое или часто рецидивирующее течение — у 6 пациентов (15%). Внезапное начало и окончание приступов отмечалось у 36 пациентов (90%). Основными клиническими проявлениями НЖТ являлись: ощущение сердцебиения — у 40 пациентов (100%), головокружение — у 25 (62,5%), общая слабость — у 22 (55%), одышка — у 19 (47,5%), чувство тревоги и дискомфорта в грудной клетке — у 16 (40%).

Пресинкопальные состояния наблюдались у 6 пациентов (15%), синкопальные — у 2 пациентов (5%). Связь возникновения приступов с физической нагрузкой отмечена у 14 пациентов (35%), с психоэмоциональным стрессом — у 17 (42,5%), с употреблением кофеина и других стимуляторов — у 8 пациентов (20%). Частота приступов от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц наблюдалась у 28 пациентов (70%), еженедельные и более частые эпизоды — у 12 пациентов (30%). По данным эхокардиографии структурные изменения сердца отсутствовали у 35 пациентов (87,5%). В межприступный период клинически значимых нарушений гемодинамики не выявлено у 32 пациентов (80%). Проведено лечение. В качестве неотложной терапии у 75% пациентов эффективно применялись вагусные пробы (проба Вальсальвы, каротидный массаж). Медикаментозная терапия назначалась 32 пациентам (80%) и включала β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов и антиаритмические препараты I–III классов. Устойчивое снижение частоты приступов на фоне медикаментозного лечения отмечено у 60% больных, однако у 20% пациентов сохранялись рецидивы тахикардии, а у 12,5% наблюдались побочные эффекты терапии. Радиочастотная катетерная абляция (РЧА) была выполнена 12 пациентам (30%) с частыми и симптомными пароксизмами НЖТ. После проведения РЧА полное устранение аритмии достигнуто у 11 пациентов (91,7%), у одного пациента (8,3%) отмечено значительное уменьшение частоты приступов. Осложнений, требующих дополнительного вмешательства, зарегистрировано не было.

Выводы. Полученные результаты подтверждают высокую клиническую эффективность интервенционных методов лечения наджелудочковой тахикардии у молодых пациентов. Ограниченная эффективность ме-

дикаментозной терапии и наличие побочных эффектов обуславливают необходимость рассмотрения радиочастотной абляции как метода выбора при рецидивирующем течении заболевания.

Наджелудочковая тахикардия у молодых людей преимущественно имеет пароксизмальное течение и сопровождается выраженной клинической симптоматикой. Современные методы лечения, особенно радиочастотная катетерная абляция, демонстрируют высокую эффективность и безопасность, что позволяет рекомендовать их для широкого применения у пациентов с симптомными формами НЖТ.

Мухаббатова Ф.С., Мирзоваalieва О.И., Хаитов Ш.Р.

НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ С ОТЯГОЩЁННЫМ РАДИАЦИОННЫМ АНАМНЕЗОМ В СЕМЬЕ

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

Научный руководитель: к.м.н., дотсент Уроков К.З.

Цель исследования. Представить наджелудочковую тахикардию у молодой пациентки с отягощённым радиационным анамнезом в семье.

Материал и методы. Исследование проведено в частной клинике “Набз”. Наблюдалась больная М -25 лет с диагнозом наджелудочковая тахикардия. Страдает этим заболеванием в течение 4-ех лет. Приступы характеризуются внезапным началом, обычно один раз в месяц, с учащением сердцебиения, выраженной слабостью, головокружением, одышкой, болью в области сердца с иррадиацией в левое плечо, руку, лопатку, а также колебаниями артериального давления. Приступы могут носить длительный характер и сопровождаться экстрасистолией, что нередко вызывает тревожность и ограничивает повседневную активность. Пациенту проводили общеклинические методы исследования лабораторные и инструментальные, общие анализы крови, биохимический анализ крови, электролитов, ЭКГ, эхокардиографию, холтеровское мониторирование.

Результаты исследования. При обследовании у пациента во время приступа АД до 60/40 мм.рт .ст., ЧСС до 190 уд.мин длительность до 3 мин. По данным ЭКГ и суточного мониторирования выявлены пароксизмы наджелудочковой тахикардии и экстрасистолия. Лабораторные показатели и эхокардиография — без патологических изменений. Сонография щитовидной железы -слегка увеличенная щитовидная железа. Диффузный зоб 1 степени. В семейном анамнезе отмечено участие отца пациентки в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Выводы. В литературе обсуждается возможное влияние отдалённых последствий ионизирующего излучения на состояние вегетативной нервной системы и нейрогуморальную регуляцию, что может способствовать формированию функциональных нарушений сердечного ритма у потомков лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Несмотря на отсутствие прямой доказанной связи, данный фактор может рассматриваться как потенциальный элемент клинко-этиологического анализа. Методы лечения включают медикаментозную терапию, однако наиболее эффективным и радикальным способом у молодых пациентов является эндоваскулярное лечение — радиочастотная катетерная абляция. Данный метод позволяет устранить источник аритмии, предотвратить рецидивы заболевания и значительно улучшить качество жизни пациентов.

Мухторзода А.Н., Хакими Мохаммад Ага

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ГЕМОФИЛИЯ А, ОСЛОЖНЁННАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕМАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая пациента 23 лет, с тяжёлой формой гемофилии А, осложнённой рецидивирующим гемартрозом.

Материал и методы. Жалобы. Пациент предъявлял жалобы на боль и выраженную припухлость правого коленного сустава, ограничение движений, чувство напряжения в суставе, эпизоды повторных кровоизлияний в сустав.

Из анамнеза заболевания: с детского возраста установлен диагноз гемофилии А (дефицит фактора VIII). Неоднократно отмечались гемартрозы крупных суставов. Получал заместительную терапию препаратами фактора VIII по требованию. За последние 6 месяцев — учащение эпизодов кровоизлияния в коленный сустав после минимальной травмы. Анамнез жизни. Наблюдается у гематолога. Наследственный анамнез отягощён — у родственников по материнской линии отмечались кровотечения. Профилактическая терапия проводилась нерегулярно. Клинические проявления при поступлении: общее состояние средней тяжести. Правый коленный сустав увеличен в объёме, кожа над суставом без гиперемии, локальная гипертермия, болезненность при пальпации, ограничение сгибания и разгибания.

Результаты исследования. Активность фактора VIII - <1% (тяжёлая форма), АЧТВ – значительно удлинён. Общий анализ крови - без выраженной анемии. УЗИ сустава - наличие внутрисуставной жидкости с признаками геморрагического содержимого. МРТ - признаки хронической гемофилической артропатии (синовальная гипертрофия, изменения хряща).

Проведена заместительная терапия концентратом фактора VIII, иммобилизация, анальгезия. Отмечена положительная динамика – уменьшение боли и объёма сустава.

Выводы. Рецидивирующие гемартрозы без адекватной профилактики приводят к гемофилической артропатии и снижению качества жизни; регулярная заместительная терапия фактором VIII – основной метод профилактики суставных осложнений и требует диспансерного наблюдения.

Цель исследования. Изучить особенности течения Гемофилия А у детей и взрослых на основе сравнительного анализа клинических и лабораторных показателей, частоты кровотечений и развития артропатии.

Материал и методы. Обследованы 92 пациента с верифицированной гемофилией А средней и тяжёлой степени. В основную группу (n=52) группу вошли взрослые пациенты в возрасте 18–45 лет, в группу сравнения (n=40) - дети в возрасте 5–17 лет. Степень тяжести гемофилии А определялась по уровню активности фактора VIII: среднетяжёлая от 1–5%. Контрольную группу (n=25) составили практически здоровые лица сопоставимого возраста для определения референсных лабораторных показателей. Проводились: клинический осмотр, оценка частоты гемартрозов в год, коагулограмма, определение активности фактора VIII, УЗИ суставов, рентгенография при необходимости. Статистическая обработка выполнялась с использованием t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна–Уитни и χ^2 -критерий Пирсона ($p<0,05$).

Результаты исследования. Средняя активность фактора VIII у взрослых составила $2,8\pm 1,1\%$, у детей — $3,4\pm 1,3\%$ ($p>0,05$). Частота гемартрозов в год была достоверно выше у взрослых - $14,6\pm 3,2$ эпизода, по сравнению с детьми - $9,1\pm 2,7$ эпизода ($p<0,05$). Признаки гемофилической артропатии по данным УЗИ выявлены у 61,5% взрослых и у 10,5% детей ($p<0,01$). Рентгенологические изменения II–III стадии зарегистрированы у 38,4% взрослых пациентов, тогда как у детей — лишь у 10,0% ($p<0,01$). Контрактуры суставов отмечены у 34,6% взрослых и у 7,5% детей ($p<0,01$). У пациентов, получавших регулярную профилактическую терапию фактором VIII, частота гемартрозов была ниже в 1,8 раза по сравнению с пациентами, получавшими лечение «по требованию» ($p<0,01$).

Выводы. Течение гемофилии А у взрослых характеризуется более высокой частотой гемартрозов и значительной распространённостью хронической артропатии. У детей суставные изменения выявляются реже и преимущественно на ранних стадиях, что подчёркивает эффективность своевременной профилактической терапии. Регулярная заместительная терапия фактором VIII снижает частоту геморрагических осложнений и замедляет прогрессирование артропатии.

Мухаммад Юсуф Ёдгорӣ

**ХАРИТАИ РОҲНАМОӢ БАРОИ БАРТАРАФСОЗИИ САРИВАКТИИ МОНЕАҲОИ ТАДБИҚИ
БАРНОМАИ МУБОРИЗА БАР ЗИДДИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР АФҒОНИСТОН**

Кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино", Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ - доктори илмҳои тиббӣ, профессор Бобохоҷаев О.И.

Мақсади таҳқиқот. Мо раванди коҳиши сатҳи беморшавӣ ба бемории силро (БС) дар 5 соли охир таҳлил карда, дар асоси он пешгӯии ду намуд сенарияи раванди он дар давраи то соли 2030.

Мавод ва методҳо. Омори расмӣ ва нишондодҳои Созмони Ҷамҳурияи Тандурустӣ дар солҳои 2020-2025 мавриди баррасӣ ва таҳлил қарор дода шудаанд.

Натиҷаи таҳқиқот. Тибқи омори расмӣ дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон барои давраи солҳои 2020-2025 ва нишондодҳои эҳтимоли барои давраи солҳои 2026-2030 бо назардошти коҳиши инерсиалӣ - 0,5% дар раванди сатҳи беморшавии БС (ба ҳар 100,000 аҳоли) пешгӯии қарда шудааст. Тибқи маълумоти омори расмӣ дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дар соли 2024, сатҳи гирифтӣ ба БС ба 100,000 аҳоли 179 ҳодисаро ташкил додааст. Барномаи муқаррарии қорӣ, ки ба асоси тамоюли коҳиши гирифтӣ ба БС (-0,5% дар як сол) таҳия шудааст, то соли 2030 ба 173 ҳолат оварда мерасонад. Агар барномаи суръатбахш амалӣ қарда шавад, ки дар расми мазкур нишон дода шудааст, бар асоси коҳиши солҳои гирифтӣ (-5% дар як сол) таҳия шудааст, то соли 2030 нишондоди беморшавӣ ба БС ба 138 ҳолат ба 100,000 нафар аҳоли оварда хоҳад расонид. Ҷиҳати амалиномаи сенарияи дуҷуми суръатбахш, ки раванди коҳиши нишондоди беморшавиро ҳамасола ба 5% пастиравӣ мерасонад, зарурияти бартаараф намудани монеаҳои дарёфтгардида зарур аст. Аз ин лиҳоз, мо бо тақвияти таҷрибаи Тоҷикистон ба ҳар яки монеаҳои нишондодҳои SMART ва хариҳои роҳнамоиро таҳия қардем.

Бояд қайд кард, ки Хариҳои роҳнамоӣ барои бартаарафсозии саривактии монеаҳои тадбиқи барномаи муқаррарии бар зидди бемории сил дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон аз ду бахш иборат мебошад. Бахши якум ин нишон додани монеаҳо ва роҳҳои ҳалли онҳо, ки ба ҳоҷузории самаранокии онҳо дар асоси нишондодҳои SMART арзёбӣ қарда мешаванд. Инчунин дар бахши мазкур масулони мониторинг ва арзёбии нишондодҳои қайд қарда шудаанд. Бахши дуҷуми Хариҳои роҳнамоӣ аз таҳияи тавсияҳо барои сатҳи гуногуни масулони тадбиқи Барномаи муқаррарии бар зидди бемории сил иборат мебошад.

Хулоса. Амалиномаи Хариҳои роҳнамоӣ барои бартаарафсозии саривактии монеаҳои тадбиқи барномаи муқаррарии бар зидди бемории сил дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон барои бартаарафсозии саривактии монеаҳо тибқи нишондодҳои SMART мусоидат қарда, фарогирии ташхисро ҳадди аққал 30% афзоиш медиҳад, ҳамаи қисмҳои занҷири ташхиси лабораториро барқарор мекунад, таъхирҳои логистикиро 50% кам мекунад, фарогирии табobati пешгирикунандаро ду баробар зиёд мекунад, дастрасии занонро ба хизматрасониҳои тиббӣ бехтар мегардонад, талафоти беморонро 40% кам мекунад, дастгирии иҷтимоӣ ва маблағгузорию устуворро таъмин менамояд.

Назарзода С.А., Тагоев А.А., Гончарова М.С.

СОЦИАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ МОТИВАЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – ассистент Маликов Н.В.

Цель исследования. Изучить влияние социально-демографических и личностных факторов на формирование мотивов употребления алкоголя у жителей города Душанбе, страдающих алкогольной зависимостью.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 100 пациентов мужского пола с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» (F10 по МКБ-10), получившие стационарное лечение в алкогольном отделении в ГУ «Республиканском клиническом центре наркологии» в течение 2025 года. Использовались клиничко-психопатологический метод, диагностические критерии МКБ-10, тест AUDIT, Белорусский индекс тяжести аддикции (Б-ИТА, версия 2.3), а также опросник В.Ю. Завьялова «Мотивы потребления алкоголя».

Результаты исследования. У 28% пациентов наблюдалось устойчивое патологическое стремление к употреблению алкоголя, обусловленное преимущественно стремлением к успокоению, облегчению абстинентных проявлений, зависимым поведением и состоянием повышенной активности. У 37% отмечались признаки предрасположенности, способствующей формированию устойчивой патологической алкогольной мотивации. В 16% случаев компульсивное влечение к алкоголю было связано с гедонистической мотивацией и относительной финансовой стабильностью. У 19% пациентов выявлялась выраженная склонность к тревожным и агрессивным эмоциональным реакциям, что предопределяло формирование личностно-обусловленных и патологических мотивов употребления алкоголя как способа неадаптивной эмоциональной регуляции. У значительной части обследованных в анамнезе отмечался опыт трудовой миграции за пределами страны. Пребывание в иной социокультурной среде, характеризующейся более высокой социальной допустимостью употребления алкоголя, а также воздействие стрессовых факторов миграции способствовали формированию ситуационного, а в дальнейшем устойчивого употребления спиртных напитков. По возвращении на родину данные поведенческие модели сохранялись и в ряде случаев приводили к развитию алкогольной зависимости.

Выводы. Формирование алкогольной мотивации у жителей Душанбе определяется совокупным влиянием личностных особенностей, предрасположенности и социальных условий. Постоянное влечение к алкоголю связано преимущественно с патологическими мотивами, компульсивное - с гедонистическими и абстинентными, при отсутствии выраженного влечения преобладают социальные мотивы. Склонность к тревожным и агрессивным реакциям является значимым личностным фактором риска формирования алкогольной зависимости. Опыт трудовой миграции в страны с более высокой культурной толерантностью к употреблению алкоголя повышает риск формирования устойчивой алкогольной мотивации.

Назарзода С.А., Раджабов А.Б., Джурабеков А.М.

ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ ПО ВИЧ И В СТРУКТУРУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДУШАНБЕ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – ассистент Маликов Н.В.

Цель исследования. Оценить эффективность интеграции услуг по ВИЧ-инфекции в системе наркологической помощи.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование медицинской документации пациентов ГУ РКЦН за январь 2020 года и ноябрь 2025 года. Анализировались следующие показатели: охват тестированием на ВИЧ, назначение антиретровирусной терапии и уровень вирусной нагрузки (ВН).

Результаты исследования. В январе 2020 года на лечении в программе поддерживающей терапии агонистами опиоидов ГУ РКЦН находились 117 пациента, из которых 34 (20%) имели ВИЧ-инфекцию. Из числа ВИЧ-положительных пациентов 19 человек (55,9%) получали антиретровирусную терапию, при этом у 2 пациентов (10,5%) была достигнута вирусная супрессия. Среди 83 пациентов с отрицательным или неизвестным ВИЧ-статусом 62 человек (74,6%) прошли тестирование на ВИЧ.

По состоянию на 1 ноября 2025 года в интегрированную программу с участием пациента «равный-равному» были включены 111 пациентов. Все пациенты (100%) прошли тестирование на ВИЧ и были информированы о своём результате анализа. Пациенты с положительным результатом теста своевременно проходили лабораторное обследование (ИФА, CD4, ВН). ВИЧ-инфекция была выявлена у 34 пациентов (30,6%), из которых 32 (94,1%) начали антиретровирусную терапию. Вирусная супрессия была достигнута у 29 (90,1%) пациентов из числа получающих терапию. ВИЧ-отрицательный статус был подтверждён у 77 пациентов, все из которых были обследованы.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показывает, что интеграция услуг по ВИЧ-инфекции в программу поддерживающей терапии агонистами опиоидов для людей, употребляющих инъекционные наркотики с участием пациента «равный-равному», привела к значительному улучшению показателей каскада оказания ВИЧ-помощи, включая рост охвата тестированием, назначения антиретровирусной терапии и достижения вирусной супрессии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная модель способствует своевременной диагностике, началу лечения и эффективному контролю ВИЧ-инфекции.

Назармаматов Б.Б., Назармаматова Ф.Б.,
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТЕНОКАРДИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ
Кафедра терапевтических дисциплин №2, ГОУ ХГМУ, Таджикистан.
Научный руководитель - Омонов Э.О.

Цель исследования. Изучить уровень распространённости стенокардии среди населения Дангаринского района за 2024 год и определить гендерно-возрастные особенности заболевания.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ статистических данных ПМСП Дангаринского района за 2024 год. Общая численность прикрепленного населения составила 19 000 человек. В исследование включены пациенты с установленным диагнозом стенокардии, состоящие на диспансерном учёте. Анализ проводился с учётом половой и возрастной структуры пациентов. Расчёт показателей осуществлялся в абсолютных числах и в пересчёте на 100 000 населения.

Результаты исследования. По состоянию на 2024 год в Дангаринском районе зарегистрировано 223 пациента со стенокардией. Распространённость заболевания составила 1,17% от общей численности населения или 1173 случая на 100 000 населения, что указывает на значительную долю ишемической болезни сердца в структуре хронической неинфекционной патологии района.

Анализ половой структуры показал, что среди пациентов 117 мужчин (52,5%) и 106 женщин (47,5%). Незначительное преобладание мужчин может быть связано с более ранним развитием атеросклеротических изменений и более высокой распространённостью факторов риска среди мужского населения, таких как курение, артериальная гипертензия и дислипидемия. Возрастное распределение пациентов демонстрирует выраженную зависимость частоты заболевания от возраста. В молодом возрасте стенокардия встречается редко: в группе 20-24 лет зарегистрирован 1 пациент (0,4%), в возрасте 25-34 лет - 3 пациента (1,3%), в группе 35-44 лет - 3 пациента (1,3%). Начиная с 45 лет отмечается существенный рост числа случаев: в группе 45-54 лет выявлено 33 пациента (14,8%). Наиболее высокая распространённость отмечается среди лиц 55-64 лет - 103 пациента (46,2%). В возрастной категории старше 65 лет зарегистрировано 80 пациентов (35,9%). Таким образом, на долю лиц старше 55 лет приходится 183 пациента, что составляет 82,1% от общего числа больных. Данные показатели свидетельствуют о прогрессирующем характере ишемической болезни сердца и накоплении сердечно-сосудистых факторов риска с возрастом. Полученные результаты отражают возрастную структуру сердечно-сосудистой патологии и подчёркивают необходимость активного диспансерного наблюдения лиц старших возрастных групп, своевременной коррекции факторов риска и повышения уровня профилактической работы на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Выводы. Проведённый анализ показал, что распространённость стенокардии среди населения Дангаринского района в 2024 году составила 1,17% или 1173 случая на 100 000 населения, что свидетельствует о значимой доле ишемической болезни сердца в структуре хронической неинфекционной патологии. Заболевание несколько чаще встречается у мужчин, однако выраженных гендерных различий не выявлено. Основная масса пациентов относится к возрастной группе старше 55 лет, на которую приходится более 80% всех зарегистрированных случаев, что подтверждает выраженную возрастную зависимость развития стенокардии. Полученные данные подчёркивают необходимость усиления профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление, контроль факторов риска и диспансерное наблюдение лиц старших возрастных групп.

Назармаматова Ф.Б., Назармаматов Б.Б.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ДАУНА
Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.
Научный руководитель - Омонов Э.О.

Цель исследования. Оценить динамику заболеваемости и структуру распространенности синдрома Дауна среди населения Дангаринского района в 2024-2025 годах.

Материал и методы. Проведен анализ статистических данных первичной медицинской документации. Рассчитывались распределение по полу и интенсивные показатели (распространенность на 10 тыс. населения). Общая численность населения района принята за 19 000 человек (статистические данные на 2024 г.).

Результаты исследования. В 2024 году зарегистрировано 13 случаев синдрома Дауна, что составило 6,8 на 10 тыс. населения. В гендерной структуре преобладали лица мужского пола: 7 мужчин (53,8%) и 6 женщин (46,2%). В 2025 году отмечен значительный рост числа выявленных случаев - 24 человека, что соответствует показателю распространенности 12,6 на 10 тыс. населения. Соотношение полов изменилось: выявлено 10 мужчин (41,7%) и 14 женщин (58,3%). Таким образом, прирост заболеваемости за год составил 84,6%, преимущественно за счет увеличения числа случаев среди женского населения (рост в 2,3 раза по сравнению с 2024 годом).

Выводы. За исследуемый период в Дангаринском районе наблюдается выраженный рост регистрации синдрома Дауна, особенно среди девочек. Выявленные показатели распространенности (6,8 и 12,6 на 10 тыс. населения) требуют уточнения причин роста (улучшение диагностики, демографические факторы или истинный подъем частоты хромосомной патологии). Полученные данные обосновывают необходимость расширения программ перинатального скрининга и медико-генетического консультирования в районе, а также создания специализированной поддержки для семей с детьми с данной патологией.

Назармаматова Ф.Б., Назармаматов Б.Б.
ЧАСТОТА И СТРУКТУРА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Цель исследования. Изучить распространенность синдрома диабетической стопы (СДС) среди пациентов с сахарным диабетом (СД), состоящих на диспансерном учете в Дангаринском районе, для оценки эффективности профилактики поздних осложнений.

Материал и методы. Проведен анализ данных регистра больных сахарным диабетом Дангаринского района за 2025 год. Общая численность населения района - 19 000 человек. Изучены: общее количество пациентов с СД (n=1185), распределение по типу диабета (инсулинозависимый - 1041 чел., инсулиннезависимый - 144 чел.), возрастная структура (взрослые старше 18 лет - 1155 чел., подростки 15–19 лет - 18 чел., дети до 14 лет - 12 чел.), а также число зарегистрированных случаев синдрома диабетической стопы (n=46). Рассчитывались показатель распространенности СДС среди больных диабетом (в %) и частота на 1000 пациентов.

Результаты исследования. Распространенность синдрома диабетической стопы среди диспансерной группы больных сахарным диабетом в Дангаринском районе составила 4,6% (46 случаев на 1185 пациентов), что соответствует 38,8 случая на 1000 больных СД. Абсолютное большинство пациентов с СДС (100%) выявлено среди взрослого населения (старше 18 лет). При анализе распределения по типу диабета установлено, что 42 случая (91,3%) приходятся на инсулинозависимый диабет (СД 1 типа и инсулинпотребный СД 2 типа) и лишь 4 случая (8,7%) - на инсулиннезависимый диабет. Случаев диабетической стопы среди детей и подростков не зарегистрировано. Общая пораженность населения района данным осложнением составляет 2,4 случая на 1000 жителей.

Выводы. Синдром диабетической стопы в Дангаринском районе является актуальным осложнением, поражающим преимущественно взрослое население с длительным анамнезом инсулинозависимого диабета. Выявленный показатель в 4,6% свидетельствует о необходимости усиления профилактических мер (обучение в школах диабета, регулярные осмотры ног, подбор ортопедической обуви) и организации междисциплинарного подхода (эндокринолог + хирург) для своевременного выявления и лечения данной патологии с целью снижения риска ампутаций.

Назаров Т.Ш.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить влияние невралгии тройничного нерва на качество жизни пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 5 пациентов с диагнозом невралгия тройничного нерва, проходивших лечение в неврологическом отделении. Возраст пациентов составил от 45 до 72 лет, средний возраст 58,6 года. Среди обследованных было 3 женщины и 2 мужчины. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 12 лет. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, данных анамнеза и результатов неврологического обследования. У всех пациентов отмечались типичные пароксизмы интенсивной лицевой боли, локализованные в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36, а также визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ). Дополнительно учитывались жалобы пациентов, частота болевых приступов, влияние заболевания на повседневную активность, сон и эмоциональное состояние.

Результаты исследования. У всех пациентов выявлено существенное снижение показателей качества жизни. Наиболее выраженные нарушения отмечались по шкалам: физическое функционирование, ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием, общее состояние здоровья, эмоциональное благополучие. Средний уровень боли по ВАШ составил 7,8 балла, что соответствует выраженному болевому синдрому. Пациенты отмечали страх возникновения очередного приступа, ограничение социальной активности и снижение трудоспособности. У 4 из 5 больных наблюдались признаки тревожности, у 3 депрессивные реакции. Продолжительность заболевания прямо коррелировала с более низкими показателями качества жизни, особенно в эмоциональной и социальной сферах.

Выводы. Невралгия тройничного нерва оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациентов, даже при небольшой выборке. Хроническая интенсивная боль приводит не только к физическим ограничениям, но и к выраженным психоэмоциональным нарушениям. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексного подхода к лечению, включающего не только купирование болевого синдрома, но и психологическую поддержку пациентов.

Назаров Т.Ш., Джобирзода А.Б., Саидов П.А.

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА И УРОВНЯ СТРЕССА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Оценить влияние качества сна и уровня стресса на интенсивность болевого синдрома у пациентов, страдающих хроническими болевыми расстройствами.

Материал и методы. В исследование включены 3 пациента с хроническим болевым синдромом неврологического характера. Возраст обследованных составил от 50 до 68 лет, средний возраст 59,3 года. Среди пациентов было 2 женщины и 1 мужчина. Длительность болевого синдрома варьировала от 2 до 8 лет. Оценка интенсивности боли проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ). Качество сна оценивалось на основании субъективных жалоб пациентов и шкалы оценки сна (например, PSQI), а уровень

стресса с помощью опросника воспринимаемого стресса и клинического интервью. Анализировалась взаимосвязь между показателями качества сна, уровнем стресса и выраженностью болевого синдрома.

Результаты исследования. У всех трёх пациентов выявлены нарушения сна различной степени выраженности, включая трудности засыпания, частые ночные пробуждения и ощущения неполноценного отдыха. Средний показатель боли по ВАШ составил 7,2 балла. У пациентов с наиболее выраженными нарушениями сна и высоким уровнем стресса интенсивность болевого синдрома была выше (до 8-9 баллов по ВАШ). Отмечалась тенденция к усилению болевых ощущений после периодов эмоционального напряжения и недостаточного сна. У пациента с относительно удовлетворительным качеством сна и умеренным уровнем стресса интенсивность боли была ниже (5-6 баллов по ВАШ), а болевые приступы носили менее продолжительный характер.

Выводы. Результаты исследования показывают, что снижение качества сна и высокий уровень стресса ассоциированы с усилением болевого синдрома. Даже при ограниченном количестве наблюдений прослеживается взаимосвязь между психоэмоциональными факторами, нарушениями сна и интенсивностью боли, что подчёркивает важность их коррекции в комплексной терапии пациентов с хронической болью.

Назаров Т.Ш., Курбонова М.Н., Ёкубова М.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Изучить клинические проявления невралгии тройничного нерва и оценить их влияние на качество жизни пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 2 пациента с диагнозом невралгия тройничного нерва. Возраст пациентов составил 52 и 61 год, средний возраст 56,5 года. Среди обследованных были 1 мужчина и 1 женщина. Длительность заболевания варьировала от 2 до 6 лет. Диагноз устанавливался на основании клинической картины: типичных пароксизмальных болей в зоне иннервации тройничного нерва, данных анамнеза и неврологического осмотра. Для оценки интенсивности боли использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ), а качество жизни и психоэмоциональное состояние оценивались с помощью опросника SF-36 и краткого клинического интервью. Анализировалось влияние боли на повседневную активность, сон и эмоциональный фон пациентов.

Результаты исследования. Оба пациента жаловались на пароксизмальные, интенсивные боли в области тройничного нерва, преимущественно справа у одного и слева у другого. Средний уровень боли по ВАШ составил 8 баллов, что соответствует выраженному болевому синдрому. У обоих пациентов отмечалось снижение повседневной активности: трудности с приемом пищи, уходом за собой и выполнением рабочих обязанностей в периоды болевых пароксизмов. Психоэмоциональное состояние пациентов было нарушено: наблюдалась повышенная тревожность, раздражительность и эмоциональная утомляемость. Сон пациентов был фрагментирован и неполноценен из-за ночных болевых приступов. Сравнение данных между пациентами показало, что длительность заболевания напрямую коррелировала с выраженностью психоэмоциональных нарушений и ограничением социальной активности: пациент с более длительным течением заболевания (6 лет) испытывал более сильные тревожно-депрессивные реакции и большую ограниченность повседневной активности.

Выводы. Невралгия тройничного нерва вызывает выраженную боль, снижает повседневную активность и нарушает психоэмоциональное состояние пациентов, при этом длительное течение усиливает эти последствия.

Назарова Г.О., Гадоева Ф.Ч., Бобоев Ф.Д.

СОСТОЯНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

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

Научный руководитель – к.м.н. доцент Воронцовская К.Р.

Цель исследования. Изучить состояния электролитного баланса у пациентов с гипертонической болезнью на фоне базисной антигипертензивной терапии.

Материал и методы. Работа проведена на базе Городского медицинского центра №1 им К. Ахмедова г. Душанбе. Данное клиничко-лабораторное исследование включало 45 пациентов с установленным диагнозом ГБ в возрасте от 45 до 65 лет. Из них 25 женщин 20 мужчин. Продолжительность заболевания 5,6±1,3 года. Все пациенты получали базисную антигипертензивную терапию, включающую ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики и β-адреноблокаторы по показаниям. Для оценки состояния электролитного баланса проводилось биохимическое исследование сыворотки крови с определением концентрации натрия (Na⁺) и калия (K⁺) проводили стандартными лабораторными методами.

Результаты исследования. В ходе проведённого исследования были выявлены определённые изменения электролитного состава крови у пациентов с гипертонической болезнью. Из 45 обследованных пациентов: у 11 пациентов (24,4%) выявлена гипокалиемия (K 2,6±0,6 ммоль); у 6 пациентов (13,3%) отмечалась гипонатриемия (127±3,4 ммоль/л); у 4 пациентов (8,9%) зарегистрировано повышение уровня калия (5,8±0,5 ммоль/л; у 24 пациентов (53,4%) показатели электролитов находились в пределах физиологической нормы. 11 (24,4%) пациентов получающих тиазидные диуретическую терапию наблюдалось снижение уровня калия (гипокалиемия). У пациентов, принимающих ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента в отдельных случаях отмечалось умеренное повышение уровня калия (гиперкалиемия).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о значимой связи между проводимой антигипертензивной терапией и состоянием электролитного баланса организма.

Примущественно изменения концентрация натрия и калия в сыворотки крови.

Назарова Г.О., Боймуродов П.А., Рухионаи К.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Умарова С.А.

Цель исследования. Изучить параметры вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ).

Материал и методы. Обследовано 60 больных с ИСАГ: 32 мужчин (51,9%) и 28 женщин (48,1%), средний возраст- $69,1 \pm 5,2$. Контрольная группа - 30 пожилых лиц с нормальным уровнем АД: 13 женщины (43,3%) и 17 мужчин (56,7%), средний возраст- $68,2 \pm 4,2$ года. Учитывали следующие показатели ВРС: общая мощность спектра (TP,мс); мощность в диапазоне очень низких частот (VLF,мс); мощность в диапазоне низких частот (LF,мс²) и мощность высокочастотной составляющей спектра (HF,мс²); соотношение симпатопарасимпатического баланса LF/HF.

Результаты исследования. Общая мощность спектра в целом у большинства обследованных оказалась сниженной по сравнению со средними данными, приводимыми для лиц средней возрастной группы. Однако при более детальном анализе выявлено, что в спектре нейрогуморальной регуляции у больных с ИСАГ несколько более высокую долю составляли HF. Соотношение LF/HF, отражающее симпатопарасимпатический баланс, оказалось в среднем в группе смещено в сторону относительного преобладания LF $1,21 (0,94-1,38)$ против $1,44 (1,18-1,98)$ контрольной группы. Определение частоты встречаемости типов вегетативной регуляции показало, что у 35 (57,0%) больных имела место относительная симпатикотония, у 12 (20,0%) больных уравновешенный тип и у 13 (23%) тенденция к ваготоническому типу. В группе больных ИСАГ, как и в контрольной группе, значимого различия фоновой активности нейрогуморальной регуляции у мужчин и женщин не выявлено. Выяснение указанных обстоятельств способствует более глубокой интерпретации патогенетических звеньев данной проблемы, оптимизации лечения, что, на наш взгляд, имеет важное теоретическое и не меньшее практическое значение.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о выраженной неоднородности вегетативной регуляции сердечного ритма у больных пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией, что может отражать различные механизмы адаптации сердечно-сосудистой системы при данной патологии.

Назарова Г.О., Шарифбоев А.Х., Сайфуллаева Л.Ф.

НИШОНДИҲАНДАҲОИ КЛИНИКӢ ВА ЛАБОРАТОРӢ ДАР СИНДРОМИ КОРОНАРИИ ШАДИД ПАС АЗ COVID-19 ВА ИСТИФОДАИ МЕЛАТОНИН

Кафедраи бемориҳои дарунии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Соҳибов Р.Ғ.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши нишондиҳандаҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ дар беморони гирифтори синдроми коронарии шадид (СКШ) тибқи маълумоти мушоҳидаи дарозмуддат бо дарназардошти сирояти гузаронидашудаи COVID-19 ва истифодаи профилактикии мелатонин.

Мавод ва усулҳо. Дар тадқиқот 84 бемор, ки дар Маркази тиббии шаҳрии №1 ба номи К. Аҳмедов (ш. Душанбе) бо таъхиси СКШ таъбаоти статсионарӣ мегирифтанд, дохил карда шуданд. Синни беморон аз 35 то 68 сол буда, синни миёна 57 ± 8 солро ташкил дод. Аз шумораи умумии беморон 49 нафар мард ва 35 нафар зан буданд. Давомнокии сирояти гузаронидашудаи COVID-19 дар аксари беморон 2–4 моҳро ташкил медод. Ба ҳамаи беморон таъбаоти стандартӣ мувофиқи протоколҳои амалкунандаи таъбаоти СКШ гузаронида шуда, инчунин мелатонин бо воияи 3–5 мг дар як шабонарӯз ба таъбири профилактикӣ таъин карда шуд. Арзёбии ҳолати клиникӣ, нишондиҳандаҳои липидӣ, индекси массаи бадан, инчунин натиҷаҳои ЭКГ ва эхокардиография дар рафти мушоҳида анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлил нишон дод, ки дар байни беморони гирифтори СКШ, ки COVID-19-ро гузаронида буданд, вазни зиёдтарӣ ва фарбеҳӣ бештар ба назар мерасид (тақрибан 79%), дар ҳоле ки танҳо дар 21% беморон индекси массаи бадан дар ҳудуди меъёр қарор дошт. Шакли бештар дучоршавандаи синдроми коронарии шадид СКШ бе болоравии сегменти ST буд, ки дар 71% беморон мушоҳида гардид. Дар аксари беморон бемориҳои ҳамроҳ, аз ҷумла гипертонияи артериалӣ, бемории ишемикии дил бо нишонаҳои норасоии музмини дил ва ихтилоли гардиши хун дар майна муайян карда шуданд. Ҳангоми таҳлили спектри липидӣ баландшавии сатҳи холестерини умумӣ ва триглицеридҳо, инчунин зиёд шудани коэффитсиенти атерогенӣ ва паст шудани сатҳи липопротеинҳои зичии баланд муайян гардид ($p < 0,05$). Нишондиҳандаҳои инструменталӣ (ЭКГ ва эхокардиография) дар қисми беморон аломатҳои ишемияи миокард ва камшавии мӯътадили фраксияи партоби меъдачаи чапро нишон доданд.

Хулоса. Дар беморони гирифтори синдроми коронарии шадид пас аз COVID-19 вазни зиёдтарӣ, тағйироти атерогении профили липидӣ ва паҳншавии баланди бемориҳои ҳамроҳи дилу рағ бештар мушоҳида мегардад. Омӯзиши таъсири профилактикии мелатонин дар ин гурӯҳи беморон аҳамияти илмӣ дорад.

Назарова М.С., Умарова Ф.З., Курбонов А.Д.

ВКЛАД МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПМСП В ПРОФИЛАКТИКУ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра Семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - ассистент кафедры - Обидова Ш.В.

Цель исследования. Изучить основные факторы риска ухудшения зрения у детей и подростков в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы. В исследовании использованы отчетные данные ГУ ГЦЗ №3, по офтальмологического обследования, проведенного в детских дошкольных учреждениях и в школах. Всего было осмотрено 2616 из них 870 (33.3%) подростков и 1746 (66,7%) детей.

Результаты исследования. Выявлено, что среди обследованных детей и подростков около 35-45% имеют различные нарушения зрения. Наиболее часто выявлялись близорукость (25-30%), дальнозоркость (5-7%) и астигматизм (6-8%). Регулярные профилактические осмотры и консультации позволили выявить нарушение зрения на ранней стадии у 60-70% детей и подростков с проблемами зрения и факторы, влияющие на состояние зрения у детей и подростков. Нарушение зрения среди детей и подростков становятся всё более распространёнными, основными причинами которого являются наследственная предрасположенность и повышенная зрительная нагрузка из-за длительного использования мобильных телефонов, компьютеров и учебных материалов. Нарушение зрения у детей и подростков может негативно сказываться на учебной успеваемости, социальной адаптации и общем качестве жизни.

Выводы. Основные причины нарушения зрения у подростков связаны с образом жизни и наследственностью. Профилактика и раннее выявление позволяют существенно снизить риск ухудшения зрения. Медицинские работники на уровне ПМСП имеют уникальную возможность проводить раннее выявление факторов риска, профилактические осмотры и образовательную работу с детьми и их родителями, что делает их роль критически важной для сохранения зрения и здоровья подрастающего поколения.

Назарова М.С., Рахмонов Р.Р., Курбонова М.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ.

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н. доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Анализ современных патогенетически обоснованных методов лечения мигрени.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе НМЦ «Шифобахш» в первом неврологическом отделении. Всего было включены 9 пациентов (6 женщины и 3 мужчины) возрастом от 25 до 40 лет с диагнозом мигрени. Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от применяемой терапии. Первая группа (3 пациента) получали терапию гепантам (препарат Уброгепант), вторая группа (3 пациента) получали лечение моноклональными антителами к CGRP (препарат Эренумаб), третья группа (3 пациента) у которых была хроническая мигрень проходили ботулинотерапию (препарат ботулотоксин типа А - Ксеомин 50 ЕД). Оценка эффективности лечения проводилась с использованием клинических показателей, включая частоту приступов мигрени, интенсивность болевого синдрома по визуальной – аналоговой шкале (VAS) и показатели качества жизни пациентов.

Результаты исследования. Современные методы патогенетически обоснованной терапии мигрени показали положительные клинические результаты у пациентов всех исследуемых групп. У пациентов получивших гепанты (Уброгепант) отмечалось быстрое купирование приступов мигрени и снижение интенсивности болевого синдрома. Примененные моноклональные антитела к CGRP (Эренумаб) сопровождалось значительным снижением частоты приступов (более чем на 50%) и улучшением качества жизни пациентов, У пациентов с хронической мигренью после ботулинотерапии (Ксеомин 50 ЕД) наблюдалось уменьшение количество дней с головной болью и снижение интенсивности боли по визуальной – аналоговой шкале.

Выводы. Современные методы лечения мигрени, включая гепанты, моноклональные антитела к CGRP и ботулинотерапия, демонстрируют высокую эффективность и хорошую переносимость. Их применение позволяет перейти от симптоматической терапии к патогенетически обоснованному лечению и способствует снижению частоты и интенсивности приступов и улучшению качества жизни пациентов

Назиробобоева Д.Д.

АКНЕ У ПОДРОСТКОВ. ОШИБКИ САМОЛЕЧЕНИЯ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель - ассистент Али-Заде Н.А.

Цель исследования. Оценить распространённость самолечения акне среди подростков и определить его влияние на клиническое течение заболевания.

Материал и методы. Проведено одномоментное анкетирование 60 подростков в возрасте 12-18 лет. Среди обследованных 73% (n=44) составили лица женского пола и 27% (n=16) - мужского. Наибольшую долю респондентов составили подростки 15-16 лет - 53% (n=32) и 17-18 лет - 40% (n=24). Анкета включала вопросы о длительности заболевания, локализации высыпаний, обращаемости к специалисту, применяемых средствах и возможных осложнениях. Обработка данных проводилась с использованием относительных показателей (%).

Результаты исследования. Длительность заболевания более одного года отметили 53% подростков (n=32). Поражение кожи ограничивалось лицевой областью у 80% респондентов (n=48), в то время как соче-

танное вовлечение лица и спины наблюдалось у 20% (n=12). За специализированной медицинской помощью не обращались 67% опрошенных (n=40). Основными источниками информации о лечении являлись интернет-ресурсы - 47% (n=28) и советы сверстников - 33% (n=20). Наиболее часто применялись салициловая кислота - 47% (n=28), спиртосодержащие растворы - 27% (n=16) и антибактериальные мази - 25% (n=15).

Механическое выдавливание элементов практиковали 53% подростков (n=32). Одновременное использование нескольких препаратов отмечено у 87% респондентов (n=52), преждевременное прекращение терапии - у 67% (n=40). Ухудшение состояния кожи после самолечения зарегистрировано у 40% подростков (n=24), побочные реакции (сухость, раздражение) - у 40% (n=24). Формирование постакне (рубцы, гиперпигментация) выявлено у 60% респондентов (n=36).

Выводы. Самолечение акне широко распространено среди подростков и преимущественно осуществляется без консультации дерматолога. Нерациональное применение препаратов и механическая травматизация элементов сопровождаются развитием побочных реакций и формированием постакне, что подтверждает необходимость повышения медицинской информированности подростков и раннего обращения за специализированной помощью.

Назришоева М.М., Носирова С.А.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – Таджидинов Т.Б.

Цель исследования. Выявление особенностей метаболического синдрома (МС) у женщин, перенёсших ишемический инсульт.

Материал и методы. Исследование включало два основных этапа, каждый из которых имел свою методологическую направленность. На первом этапе было проведено ретроспективное изучение, включавшее анализ данных историй болезней и амбулаторных карт пациентов, проходивших стационарное лечение в неврологических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Исследование охватило жителей Гиссарского района, госпитализированных с подтвержденным диагнозом ОНМК в период с 1 января 2022 года по 31 декабря 2023 года.

Для проведения исследования был применен метод сплошной выборки, в рамках которого были проанализированы данные всех 856 пациентов, госпитализированных с диагнозом ОНМК в острейшем периоде заболевания. Данные позволили получить обширную информацию о состоянии пациентов, находившихся на лечении в указанный период.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что метаболический синдром (МС) значительно чаще встречается у женщин, перенёсших ишемический инсульт (ИИ), чем у мужчин (69,8% против 36,7%). Это подтверждает высокую коморбидность МС у пациенток и его значительное влияние на клиническое течение заболевания. У всех обследованных пациентов выявлен центральный (абдоминальный) тип ожирения, являющийся ключевым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Средняя окружность талии у женщин составила 112,3 см, что достоверно превышает аналогичный показатель у мужчин (102,7 см). Средний ИМТ у женщин достигал 32,3 кг/м², что соответствует ожирению. Артериальная гипертензия (АГ) была зафиксирована у 62,2% женщин, при этом средние значения САД (151,5 мм рт. ст.) и ДАД (98,3 мм рт. ст.) указывали на неконтролируемую гипертензию, существенно повышающую риск инсульта и его неблагоприятных исходов. Дислипидемия выявлена у 34,3% пациенток, характеризовалась повышением уровня триглицеридов, снижением ХС ЛПВП и ростом ХС ЛПНП, что усиливает риск атеросклероза и сосудистых осложнений. Нарушения углеводного обмена также были распространены: нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) — у 19,3% женщин, нарушенная гликемия натощак (НГН) — у 10,2%, комбинированные нарушения — у 7,5%. Средний уровень глюкозы после нагрузки составил 9,1 ммоль/л, а натощак — 6,8 ммоль/л, что свидетельствует о предиабетических состояниях и высоком риске развития сахарного диабета 2 типа. Наиболее частыми вариантами МС у женщин с ИИ были сочетания абдоминального ожирения с АГ, дислипидемией и нарушениями углеводного обмена. В ряде случаев выявлялись агрессивные формы МС, включающие одновременно ожирение, гипертриглицеридемию, снижение ХС ЛПВП, повышение ХС ЛПНП и комбинированные нарушения углеводного обмена.

Выводы. У женщин с ИИ МС является частым и клинически значимым состоянием, существенно влияющим на прогноз и исход заболевания. Выявленные особенности подтверждают необходимость ранней диагностики и комплексного контроля факторов риска — ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии и нарушений углеводного обмена. Своевременное вмешательство и коррекция данных факторов способны снизить вероятность рецидива инсульта, улучшить качество жизни и повысить эффективность лечения у данной категории пациентов.

РОЛЬ ПМСП В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ (2024–2025 гг.)

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., старший преподаватель кафедры фтизиопульмонологии Укуматшоева Л.Ш.

Цель исследования. Изучить роль врачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в своевременной диагностике больных туберкулёзом.

Материалы и методы. Нами был проведён ретроспективный анализ данных регистрационного журнала лаборатории Городского центра защиты населения от туберкулёза (ГЦЗНТ) г. Душанбе. Оценивались результаты основных методов диагностики, применяемых для выявления туберкулёза: микроскопия мазка мокроты и молекулярно-генетический метод GeneXpert, а также роль врачей ПМСП в раннем выявлении заболевания.

Результаты исследования. В 2024 году обследовано врачами ПМСП всего 6690 человек с подозрением на туберкулёз. Методом микроскопии мазка мокроты выявлено 124 положительных случая (1,9%), методом GeneXpert было выявлено: чувствительный туберкулёз - 221 случай (3,3%), устойчивые формы - 57 случаев (0,9%), неопределённый результат - 42 случая (0,7%). Всего подтверждено 320 случаев туберкулёза (4,8%). В 2025 году обследовано врачами ПМСП - 6130 человек. Микроскопией выявлено 104 положительных случая (1,6%). Методом GeneXpert выявлено: чувствительный туберкулёз - 221 случай (3,8%), устойчивые формы - 42 случая (0,7%), неопределённый результат - 62 случая (1,2%). Всего выявлено за 2025 год 325 случаев туберкулёза (5,3%).

Выводы. Анализ данных за 2024–2025 гг. показывает, что ПМСП играет ведущую роль в раннем выявлении больных туберкулёзом в г. Душанбе. Именно на уровне ПМСП осуществляется первичное выявление больных туберкулёзом, направление пациентов на лабораторную диагностику и применение современных методов, таких как GeneXpert, позволяющих своевременно диагностировать как чувствительные, так и лекарственно-устойчивые формы туберкулёза. Повышение настороженности врачей ПМСП, активный скрининг групп риска и соблюдение диагностических алгоритмов способствуют увеличению выявляемости и снижению распространения туберкулёза.

Наимова Ф.М., Рабоева Ш.Р.

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ТАШҲИСИИ САКТАИ КАМХУНӢ ДАР КӢДАКОН

Кафедраи асабшиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Ғанизода М.Т.

Мақсади таҳқиқ. Муайян кардани омилҳои асосии ҳавфи сактаи камхунӣ ва хусусиятҳои клиникӣ он дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Таҳқиқоти 9 нафар беморони гирифтори сактаи камхунӣ аз синни 1 – солаву 6 – моха то 13 – сола, ки дар шӯъбаи асаби кӯдаконаи МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бистарӣ буданд, дар бар мегирад.

Муоинаи клиникӣ ҳамаи беморон ҳамчун овардани анамнези беморӣ, муоинаи клиникӣ ва неврологиро дар бар мегирифт. Барои нейровизуализатсияи сактаи камхунӣ дар давраи шадид ба ҳамаи беморон томографияи магнитии резонансии мағзи сар бо ангиографияи рағҳои хунгарди мағзи сар, ташҳиси хун ба амал бароварда шуд. Инчунин дар беморон сатҳи холестерин, креатинин ва қанди хун муайян карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқ. Ба омилҳои этиологӣ бемориҳои дил (3 нафар), осеби тавлидии мағзу косахонаи сар (1 нафар), аномалияи инкишофи рағҳои хунгарди мағзи сар (2 нафар) ва бемориҳои хун (3 нафар) дохил карда шуд.

Дар беморон зимни давраи шадиди сактаи камхунӣ ҳолатҳои зерин ба қайд гирифта шуд: гемипарез – дар ҳамаи беморон, нимфалачи мушакҳои рӯй ба намуди марказӣ дар 6 ҳолат, афазияи моторӣ дар 4 нафар бемор, вайроншавии ҳуш дар 1 нафар, ҳуруҷҳо дар 2 нафар бемор.

Дар давраи барқароршавӣ пурра аз байн рафтани норасоии асабӣ танҳо дар 1 нафар бемор дида шуд. Дар беморони боқимонда ин ё он аломати норасоии асабӣ, аз ҷумла гемипарез дар 6 нафар, нимфалачи марказии мушакҳои рӯй дар 2 нафар бемор муайян карда шуд.

Аз рӯйи маълумотҳои нейровизуализатсия дар ҳамаи беморони гирифтори сактаи камхунӣ вайроншавии хунгардиш дар ҳавзаи шараёни миёнаи мағзи сар – дар 4 нафар бемор, ҳиссаи чап дар 5 нафар бемор муайян карда мешавад.

Хулоса. Дар бештари кӯдакони гирифтор ба сактаи камхунӣ аломатҳои неврологӣ боқӣ мемонанд. Дар кӯдакон сактаҳои камхунӣ ҳақман наҷандон калон ташҳис карда шуд, ки сабаби он иллати шоҳаҳои хурди шараёни миёнаи мағзи сар мебошад.

Нарзуллоев М.Дж.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ У ЛИЦ С ПОЛНОЙ И ЧАСТИЧНОЙ СЛЕПОТОЙ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – и.о. заведующей кафедры Кадырова З.Д.

Цель исследования. Изучение особенностей эмоционально-когнитивных нарушений у лиц с полной и частичной слепотой.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 20 пациентов с полной (n=10) и частичной слепотой (n=10) в возрасте 18–55 лет. Эмоциональное состояние оценивалось с использованием шкалы депрессии Бека и шкалы тревожности Спилбергера-Ханина. Когнитивные функции анализировались посредством теста Струпа и метода вербальных ассоциаций. Психокоррекционная программа включала элементы когнитивно-поведенческой терапии, тренинги эмоциональной регуляции и психообразовательные беседы. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики.

Результаты исследования. У первой группы пациентов с полной слепотой выявлены выраженные эмоциональные нарушения депрессивного и тревожного спектра, а также снижение показателей внимания и когнитивной гибкости. После проведения психокоррекционных мероприятий отмечено уменьшение выраженности аффективной симптоматики и улучшение адаптационных возможностей.

У второй группы пациентов с частичной слепотой эмоциональные нарушения носили умеренный характер, при этом преобладали трудности социальной адаптации и эмоциональной саморегуляции. Проведённая психокоррекционная работа способствовала снижению уровня тревожности и улучшению когнитивных показателей.

Выводы. Эмоционально-когнитивные дисфункции у лиц с полной и частичной слепотой имеют различную степень выраженности и требуют дифференцированного психокоррекционного подхода. Комплексные психологические вмешательства повышают уровень психосоциальной адаптации и способствуют стабилизации эмоционального состояния.

Нарзуллоев М.Дж.

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИЛОЦИБИН-АССИСТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гуломова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – Хакимов В.Б.

Цель исследования. Изучение нейробиологических предикторов эффективности псилоцибин-ассистированной психотерапии при лечении зависимостей от психоактивных веществ.

Материал и методы. Проведён обзор публикаций последних лет, посвящённых клиническому применению псилоцибина в терапии аддиктивных расстройств. Проанализированы результаты рандомизированных исследований и нейровизуализационных работ, оценивающих изменения серотонинергической нейротрансмиссии, активности 5-HT_{2A}-рецепторов, функциональной организации мозга и показателей нейропластичности.

Результаты исследования. Анализ литературы показывает, что терапевтический эффект псилоцибина связан с модуляцией серотонинергической системы и временной перестройкой функциональных нейрональных сетей, включая default mode network. Отмечается повышение межсетевой связности и когнитивной гибкости, что способствует снижению патологической фиксации на аддиктивных моделях поведения. Выраженность субъективного психотерапевтического опыта рассматривается как возможный прогностический фактор устойчивой ремиссии.

Выводы. Современные данные свидетельствуют о перспективности псилоцибин-ассистированной психотерапии в лечении зависимостей. Потенциальными нейробиологическими предикторами эффективности являются особенности серотонинергической регуляции и функциональной организации мозга. Необходимы дальнейшие клинические исследования для уточнения механизмов действия и критериев отбора пациентов.

Насриддинов А.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У ЛИЦ ОТ 16 ДО 60 ЛЕТ

Кафедра Терапевтических предметов Университета Зармед Узбекистан.
Научный руководитель - ассистент Гайбуллаева Ф.И.

Цель исследования. Провести анализ современных данных об этиопатогенезе, диагностике и лечении язвенной болезни желудка (ЯБЖ) у пациентов трудоспособного возраста (16–60 лет) для определения возраст-ассоциированных особенностей клинического течения и оптимизации терапевтических подходов.

Материал и методы. Выполнен обзор и систематизация данных научной литературы за 2024–2025 гг., включая клинические рекомендации EASL, консенсус Маастрихт VI, а также публикации в отечественных и зарубежных рецензируемых журналах. Проведен сравнительный анализ фармакокинетических параметров основных ингибиторов протонной помпы (ИПП) и оценка влияния модифицируемых факторов риска (стресс, питание, гиподинамия) на течение заболевания в различных возрастных группах.

Результаты исследования. Установлена гетерогенность этиологической структуры ЯБЖ в зависимости от возраста пациентов. В группе 16–35 лет доминирует инфекционный фактор (**Helicobacter pylori** – до 80% случаев) в сочетании с наследственной предрасположенностью и психосоматическими нарушениями. У лиц 45–60 лет ведущую роль играют лекарственные поражения (НПВП-гастропатии) на фоне коморбидной патологии. Выявлено, что у пациентов 18–45 лет (студенты, офисные работники) ключевыми патогенетическими звеньями выступают «цифровой стресс» с нарушением оси «мозг-кишечник», гиподинамия (вызывающая висцеральный застой) и дефицит сна (менее 6 часов), приводящий к снижению синтеза мелатонина и ослаблению цитопротекции слизистой оболочки желудка. Сравнительный анализ ИПП показал преимущества рабепразола (наиболее быстрое и продолжительное подавление кислотности, независимость от полиморфизма CYP2C19) и эзомепразола (стабильная антисекреторная активность) для достижения заживления язвенных дефектов.

Выводы. Стратегия ведения пациентов с ЯБЖ в возрасте 16–60 лет требует дифференцированного подхода. У молодых пациентов приоритетными являются эрадикация **H. pylori** и коррекция образа жизни (нормализация режима питания, сна, физической активности). У лиц старшей возрастной группы необходим строгий контроль приема НПВП и профилактика язвенных кровотечений. Интеграция современных протоколов диагностики (неинвазивные тесты на **H. pylori**) и фармакотерапии (селективные ИПП) с учетом возрастных и поведенческих факторов позволяет повысить эффективность лечения до 95%.

Нематов А.Р., Рахимов Р., Ойахмадов М.И.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДОКСОРУБИЦИНА СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – старший преподаватель Шарифов М.М.

Цель исследования. Оценить частоту и характер кардиотоксического действия доксорубина у пациентов с гемобластомами на фоне химиотерапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились **25 пациентов, поступившие в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»** в период с января 2025 года по январь 2026 года. Среди них **15 (60%) больных женского и 10 (40%) мужского пола** с различными формами гемобластозов (острые лимфобластные и миелобластные лейкозы), получавших химиотерапию с включением доксорубина. Возраст пациентов составлял от 18 до 60 лет. Среди этих пациентов 12 (48%) с острым лимфобластным лейкозом и 13 (52%) с острым миелобластным лейкозом. Оценка кардиотоксичности проводилась на основании клинических данных, электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), а также анализа жалоб пациентов до начала лечения и после завершения курсов химиотерапии. Кумулятивная доза доксорубина учитывалась у каждого пациента. Наблюдавшие больные с ОМЛ применяли схему (7+3) – первые 7 дней принимали Цитарабин 200 мг/м²+500мл физиологического раствора, а следующие 3 дня принимали уже Даунорубин 60 мг/м²+100мл физиологического раствора. А наблюдавшие больные с ОЛЛ принимали Преднизолон 60 мг/м² (дни 1-7), пункция костного мозга (день 8), Даунорубин 45 мг/м² (дни 8, 15, 22).

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования кардиотоксические изменения, связанные с применением доксорубина, были выявлены у 5 (20%) больных. Из них у 2-х (40%) больных с диагнозом ОЛЛ, у 3-х (60%) больных с диагнозом ОМЛ отмечались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У остальных 20 пациентов (80%) клинически значимых признаков поражения сердечно-сосудистой системы на момент завершения курсов химиотерапии не зарегистрировано, только отмечались изменения со стороны основной патологии. По данным эхокардиографического исследования у 2 -х пациентов с выявленной кардиотоксичностью отмечалось достоверное снижение фракции выброса левого желудочка по сравнению с исходными значениями. Среднее снижение ФВ ЛЖ составило $9.8 \pm 2.1\%$. Электрокардиографические изменения были зарегистрированы у 3 (60%) пациентов и проявлялись синусовой тахикардией, удлинением интервала QT, а также неспецифическими изменениями сегмента ST и зубца T. Клинические проявления кардиотоксичности наблюдались у 2-х (40%) больных и включали жалобы на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость и ощущение сердцебиения. Указанные симптомы соответствовали I–II функциональному классу хронической сердечной недостаточности по классификации NYHA. Таким образом, анализ выраженности кардиотоксических изменений от кумулятивной дозы

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что кардиотоксическое действие доксорубина носит дозозависимый характер и может развиваться как в виде субклинических изменений, так и в форме клинически значимых нарушений функции миокарда. Доксорубин показал, что у пациентов, получивших суммарную дозу более 60 мг/м², нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы встречались достоверно чаще. Риск поражения миокарда возрастает с увеличением кумулятивной дозы препарата. Регулярный кардиологический мониторинг (ЭКГ и эхокардиография) является обязательным на всех этапах терапии доксорубином для раннего выявления и профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Непомнящий И. С., Чербилю К. К., Никулин Е. А.

РЕЗЕРВНЫЕ ПРОСТРАНСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК НЕЙРОТОМОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ. Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вознюк Игорь Алексеевич

Цель исследования. Оценить связь объемных характеристик резервных пространств головного мозга с выраженностью когнитивных расстройств у пациентов в острый период ишемического инсульта.

Материал и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное исследование 173 пациентов с ишемическим инсультом. На 20–21 сутки выполняли оценку когнитивных функций по шкале МоСА с разделением пациентов на группы: норма, лёгкие, умеренные и тяжёлые когнитивные расстройства. В первые часы госпитализации проводили КТ головного мозга с автоматизированной сегментацией вещества мозга и ликворных пространств. Ликворные пространства были разделены на 10 анатомических областей, получивших название резервные пространства (РП1–РП10). Для каждого пространства рассчитывались абсолютный и относительный объёмы. Последний был получен в результате нормирования на индивидуальный внутричерепной объём. Статистический анализ включал коэффициент корреляции Спирмена (ρ) с поправкой на множественные корреляции (q).

Результаты исследования. У пациентов с нарастанием тяжести когнитивных нарушений отмечалась тенденция к увеличению доли резервных пространств, прежде всего желудочковой системы. Наиболее значимые изменения выявлены для III и боковых желудочков. Так, относительный объём III желудочка (ЛП1/ICV) возрастал от $0,10 \pm 0,04\%$ в группе без когнитивных расстройств до $0,19 \pm 0,10\%$ в группе тяжёлых нарушений. Для левого бокового желудочка (ЛП8/ICV) значения увеличивались от $0,80 \pm 0,50\%$ до $1,40 \pm 0,80\%$, для правого бокового желудочка (ЛП9/ICV) — от $0,80 \pm 0,50\%$ до $1,30 \pm 0,90\%$. Корреляционный анализ подтвердил статистически значимую связь между выраженностью когнитивного дефицита и относительным объёмом III желудочка ($\rho=0,246$; $q=0,003$), левого бокового желудочка ($\rho=0,249$; $q=0,003$) и правого бокового желудочка ($\rho=0,232$; $q=0,005$). Полученные данные указывают, что расширение резервных пространств, отражающие уменьшение объёма вещества мозга и нарастание церебральной атрофии, ассоциированы с более тяжёлыми постинсультными когнитивными нарушениями.

Выводы. Морфометрические характеристики резервных пространств головного мозга, особенно III и боковых желудочков, связаны с выраженностью когнитивных расстройств у пациентов в острый период ишемического инсульта. Нормированные на внутричерепной объём показатели резервных пространств могут рассматриваться как перспективные маркеры для выявления повышенного риска развития когнитивных расстройств среди пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Неъматов С.С., Джобирзода А.Б., Амонов А.Р.

НЕЙРОЛЕЙКОЗ КАК ПРИЧИНА ВТОРИЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра неврологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - старший преподаватель Давлатмирова Г. Ш.

Цель исследования. Изучить клинико-неврологические и нейровизуализационные особенности нейролейкоза.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе кафедры неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Представлен клинический случай пациента с гематологически подтверждённым лейкозом, осложнённым поражением центральной нервной системы. В диагностический алгоритм были включены клинико-неврологическое и общеклиническое обследования, лабораторный анализ крови, цитологическое исследование спинномозговой жидкости и костного мозга. Проведена нейровизуализация с использованием магнитно-резонансной томографии головного и спинного мозга с контрастным усилением. Кроме того, осуществлены консультации специалистов смежного профиля и проведён динамический мониторинг неврологического статуса пациента.

Результаты исследования. У пациента отмечалась выраженная очаговая и менингеальная неврологическая симптоматика, проявлявшаяся интенсивным цефалгическим синдромом, тошнотой и рвотой, диплопией, поражением черепных нервов, развитием центральных парезов, гиперрефлексией, наличием патологических пирамидных рефлексов, а также нарушениями чувствительности. По результатам магнитно-резонансной томографии головного и спинного мозга с контрастным усилением, выявлены признаки инфильтративного поражения оболочек и паренхимы мозга. Цитологический анализ спинномозговой жидкости обнаружил бластные клетки, что послужило морфологическим подтверждением лейкемической инфильтрации центральной нервной системы.

Выводы. Нейролейкоз рассматривается как одна из ведущих причин вторичного поражения центральной нервной системы и отличается клиническим полиморфизмом, что существенно осложняет его раннюю диагностику. Своевременная верификация данного осложнения возможна исключительно при проведении комплексного диагностического обследования, включающего методы нейровизуализации, а также обязательное цитологическое исследование костного мозга и спинномозговой жидкости. Применение интегративного диагностического подхода имеет ключевое значение для определения оптимальной лечебной тактики и оценки прогноза заболевания.

Низомова Ш.А.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель: к.м.н., доцент Махмудзода Х.Р.

Цель исследования. Оценить влияние метаболического синдрома на активность заболевания, выраженность болевого синдрома, функциональный статус и качество жизни пациентов с ревматоидным артритом.

Материал и методы. Проведено наблюдательное исследование с участием 125 пациентов с достоверным диагнозом ревматоидного артрита, установленным в соответствии с критериями ACR/EULAR (2010). Средний возраст пациентов составил $52,4 \pm 11,3$ года, средняя длительность заболевания — $6,8 \pm 4,1$ года.

Метаболический синдром диагностировался по критериям Международной федерации диабета (IDF, 2005). В зависимости от наличия МС пациенты были разделены на две группы: первая группа — пациенты с РА и МС ($n=54$; 43,2%), вторая группа — пациенты с РА без МС ($n=71$; 56,8%). Всем пациентам проводилась комплексная оценка, включающая: определение активности заболевания по индексу DAS28-ESR, измерение уровней С-реактивного белка (СРБ) и скорости оседания эритроцитов (СОЭ), оценку интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (VAS), функционального статуса по индексу HAQ-DI, а также качества жизни с использованием опросника EQ-5D.

Статистическая обработка данных проводилась с применением параметрических и непараметрических методов (t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна–Уитни). Различия считались статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что наличие метаболического синдрома ассоциировано с более тяжелым течением ревматоидного артрита. У пациентов с МС отмечалась достоверно более высокая активность заболевания: среднее значение DAS28 составило $5,4\pm1,2$ по сравнению с $4,6\pm1,1$ у пациентов без МС ($p=0,003$). Уровень системного воспаления также был выше в группе с МС: концентрация СРБ составила $18,7\pm9,5$ мг/л против $11,2\pm7,8$ мг/л ($p=0,01$), что свидетельствует о более выраженной воспалительной активности. Интенсивность болевого синдрома по шкале VAS была значительно выше у пациентов с МС (62 ± 14 мм против 49 ± 16 мм; $p=0,02$), что отражает не только воспалительный компонент боли, но и возможное влияние центральной сенситизации и метаболических факторов. Функциональный статус пациентов с МС был хуже: показатель HAQ-DI составил $1,6\pm0,5$ против $1,2\pm0,4$ в группе без МС ($p=0,01$), что указывает на более выраженные ограничения повседневной активности.

Показатели качества жизни по шкале EQ-5D также были достоверно ниже у пациентов с МС ($0,48\pm0,17$ против $0,62\pm0,15$; $p=0,01$).

Анализ эффективности терапии показал, что достижение низкой активности заболевания или ремиссии ($\text{DAS28}<3,2$) наблюдалось у 22,2% пациентов с МС, тогда как в группе без МС — у 39,4% ($p=0,04$), что свидетельствует о снижении ответа на проводимую терапию при наличии метаболических нарушений.

Кроме того, в группе РА с МС достоверно чаще выявлялись артериальная гипертензия (74% против 38%) и дислипидемия (68% против 29%), что подтверждает высокий кардиоваскулярный риск у данной категории пациентов.

Выводы. Метаболический синдром выявлен у 43,2% пациентов с ревматоидным артритом и ассоциирован с более высокой активностью заболевания, выраженным болевым синдромом, снижением функционального статуса и качества жизни, а также меньшей вероятностью достижения ремиссии.

Ниязова М.М., Толибова Л.Н., Асилова Н.Г.

НАРУШЕНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЗАПАХОВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель к.м.н., доцент Ганизода М.Т

Цель исследования. Оценить особенности обонятельной функции и частоту нарушений идентификации запахов у пациентов с болезнью Паркинсона.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе кафедры неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В исследование включены 63 пациента с клинически подтвержденным диагнозом болезни Паркинсона, установленным согласно диагностическим критериям MDS. Возраст обследованных составил от 50 до 70 лет; среди них было 40 мужчин и 23 женщины. Длительность заболевания варьировала от 3 до 7 лет. Стадия заболевания оценивалась по шкале Хен–Яра; в исследование включены пациенты со стадиями I–III. Оценка обонятельной функции проводилась с использованием набора распространенных запахов (лимон, мандарин, роза, мята, валериана). Пациентам предлагалось определить наличие запаха и идентифицировать его источник либо отнести его к определенной категории (фрукт или растение).

Результаты исследования. При тестировании все пациенты отмечали наличие запаха, что свидетельствует о сохранности базового обонятельного восприятия. Однако у большинства обследованных наблюдались выраженные трудности при распознавании запахов. Нарушение идентификации запахов выявлено у 84,1% пациентов (53 из 63). Пациенты отмечали, что ощущают запах, однако не могли определить его источник или назвать соответствующий объект. У 15,9% пациентов (10 человек) отмечались признаки выраженной гипосмии или аносмии. Полученные данные свидетельствуют о преобладании нарушения распознавания запахов при относительной сохранности их восприятия, что соответствует феномену обонятельной агнозии.

Выводы. Нарушение идентификации запахов является одним из наиболее частых немоторных проявлений болезни Паркинсона. Обнаруженное сочетание сохранного восприятия запаха с невозможностью его распознавания может отражать вовлечение центральных отделов обонятельной системы, включая обонятельную луковицу и орбитофронтальную кору. Выявление обонятельной агнозии может рассматриваться как важный клинический маркер ранних стадий болезни Паркинсона и иметь диагностическое значение при выявлении продромальных форм заболевания.

Нодирова З.С.

ИНДУКТОТЕРМИЯ ХАНГОМИ ГОНАРТРОЗ

Кафедраи бемориҳои дарунӣ № 1, МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ - муаллими калон Фаттоева Н.В.

Максади таҳқиқот. Арзёбии таъсири индуктотермия ба бехтаршавии микросиркулятсия дар бофтаҳои периатикулярӣ (атрофии пайванд) ва коҳиши синдроми дард дар беморони гирифтори остеоартрози деформатсиякунандаи пайванди зону (гонартроз) -и марҳилаи I–II.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Гурӯҳи иборат аз 35 бемори гирифтори гонартрози марҳилаи I-II, ки индуктотермия ба минтақаи пайванди зону мегирифтанд, мавриди таҳқиқи қарор гирифтанд. Курси индуктотермия аз 10 сеанс дар як рӯз иборат буд.

Шиддат барои ба даст овардани эҳсоси гармии мӯътадил ва норухат танзим карда шуд.

Механизми амал:

- гармшавии амиқи бофтаҳо аз ҳисоби майдони электромагнитии басомади баланд,
- васеъшавии микрорағҳо,
- бехтар шудани ғизодиҳии пайвандак,
- коҳиш додани фишори дохилибугумӣ.

Зарурати табобатҳои такроршаванда бо хусусияти марҳилавии раванди дегенеративӣ асоснок карда мешавад.

Маълумоти объективӣ арзёбии гардиши маҳаллии хун бо усули флоуметрияи лазерии доплерӣ (ФЛД) ва маълумоти субъективӣ – арзёбии дард аз рӯи ЧВА (Ҷадвали визуалии аналогӣ) ва индекси WOMAC-ро дар бар мегирифт.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар 85% беморон коҳиши назарраси синдроми дард (ба ҳисоби миёна 40% аз рӯи ЧВА) ба қайд гирифта шуд. Пас аз 5 расмӣ: коҳиши дард ҳангоми роҳгардӣ, бехтаршавии ҳаракат. Пас аз курс: коҳиши дард то 40% аз рӯи ЧВА, афзоиши микросиркулятсия ба ҳисоби миёна 25%, баланд шудани фаъолияти функционалии пайванд.

Индуктотермия таъсири чуқури гармӣ дода, гардиши маҳаллиро фаъол мекунад, ки ин ба пастшавии синдроми дард ва бехтаршавии фаъолияти пайвандоварда мерасонад.

Маълумоти ФЛД афзоиши нишондиҳандаи микросиркулятсияро дар минтақаи пайванд ба ҳисобимиёна 25% пас аз курси табобат нишон дод. Ин тасдиқ мекунад, ки индуктотермия, ба туфайли таъсири гармии намоён ва васеъкунирағҳо, трофикаи (ғизогирӣ) бофтаҳои бехтар мекунад, ки ин боиси кам шудани дард ва қарақат мегардад.

Хулосаҳо. Индуктотермия усули самараноки терапияи маҷмӯии гонартроз буда, ба бехтар шудани микросиркулятсия ва коҳиши назарраси синдроми дард мусоидат мекунад, ки ин фаъолияти функционалии пайвандро баланд мебардорад.

Нодирова З.С.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЕ (ПЛАНТАРНЫЙ ФАСЦИИТ)

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В.Фаттоева

Цель исследования. Цель работы — определить оптимальные режимы и дозировки ультразвуковой терапии для достижения максимального противовоспалительного и обезболивающего эффекта у пациентов с пяточной шпорой (плантарным фасциитом).

Материал и методы исследования. Обследована группа из 50 пациентов с хроническим плантарным фасциитом, разделенная на подгруппы с различными параметрами УЗ-воздействия (импульсный vs непрерывный режим, разная интенсивность).

Курс лечения — 10 процедур ежедневно или через день. Импульсный режим 0,8–1,0 Вт/см² признан оптимальным для:

- обеспечения микромассажного эффекта,
- стимуляции регенерации тканей,
- минимизации риска перегрева надкостницы.

Импульсный режим позволяет дозированно воздействовать на воспалённую фасцию без усиления болевого синдрома.

Субъективные данные — оценка интенсивности боли при нагрузке и в покое по ВАШ, объективные — УЗИ-динамика толщины плантарной фасции и отека.

Результаты исследования и обсуждение. Наиболее выраженный и стойкий обезболивающий и противовоспалительный эффект достигнут при использовании импульсного режима с интенсивностью 0.8-1.0 (Вт/см)². Изменения сравнивались до лечения, после 5 процедур и после завершения полного курса.

До лечения: боль 7–8 баллов по ВАШ при опоре на пятку, утренняя стартовая боль, утолщение фасции по данным УЗИ.

После 5 процедур: снижение боли при ходьбе, уменьшение утренней скованности.

После полного курса: снижение боли на 50%, уменьшение толщины фасции по УЗИ,

• улучшение переносимости осевой нагрузки. При непрерывном режиме чаще отмечался дискомфорт, эффект менее устойчив.

Оптимально подобранный режим обеспечивает выраженный противовоспалительный и обезболивающий эффект без риска термического повреждения тканей. Импульсный режим обеспечивает адекватный микромассаж и тепловой эффект без перегрева и раздражения периоста.

Выводы. Применение УЗ-терапии в импульсном режиме с подобранной интенсивностью является оптимальным методом лечения пяточной шпоры, эффективно купируя боль и уменьшая воспаление.

Носирова М.К.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У СТУДЕНТОВ 4-ГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Изучить особенности когнитивных функций у студентов 4-го курса медицинского факультета.

Материал и методы. В данной работе представлены результаты обследования студентов 4-го курса медицинского факультета ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Нами обследовано 158 студентов (от 20 до 22 лет), из них 92 парня и 66 девушек. Для изучения когнитивных функций были использованы следующие методики: проба Мюнстенберга, тест «Несуществующее животное», краткая шкала нейропсихологического статуса (MMSE), тест рисования часов.

Результаты исследования. Результаты исследования пробы Мюнстенберга, определяющей степень когнитивного дефицита, особенно память и концентрацию внимания, показали умеренные нарушения памяти у 40% студентов. Также низкие баллы пробы Мюнстенберга были связаны с незнанием русского языка у ряда студентов. Тест «Несуществующее животное» показал выраженность агрессивных и личностных изменений, преимущественно у юношей (48%). Девушкам характерны были изменчивость и яркие рисунки. По шкале MMSE у 29 студентов выявлены умеренные когнитивные нарушения, с характерным изменением концентрации внимания и нарушения кратковременной памяти. У одного студента общая сумма баллов составила 18, что соответствует деменции. У остальных 38% студентов выявлены лёгкие нарушения когнитивных функций. Тест рисования часов показал относительную сохранность ориентации во времени, пространстве и конструктивного праксиса у студентов 4-го курса.

Выводы. Проведённые тесты у студентов в ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино показывают относительно сохранную когнитивную функцию у молодёжи, но лёгкие когнитивные нарушения с нарушением кратковременной памяти и концентрации внимания у студентов могут восстановиться при своевременной диагностике и восстановлении правильного режима дня.

Носирова П.К.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ- СТУДЕНТОК ГОУ ТГМУ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Лечебно-диагностический центр. Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Изучение частоты структуры патологий репродуктивной системы у студенток, выявленных при медицинском осмотре за период 2023-2024 годов.

Материал и методы. Проведенный анализ результатов медицинского осмотра врачом акушер-гинекологом ЛДЦ студенток первого курса в течение года показал, что возрастная структура исследуемого контингента и соматические анамнезы имели разную характеристику. Алгоритм обследования студенток включал опрос, сбор анамнеза, осмотр молочных желез и по показаниям было проведено УЗИ органов гениталий.

Результаты исследования. Возрастной состав обследованных студенток был следующим: от 18 до 22 лет – 417 (70,7%) студенток, от 23 до 26 лет - 164 (27,8%) и в возрасте от 27 до 32 лет – 8 (1,5%) студенток. Из анамнеза исследуемых пациенток выяснилось, что своевременное наступление менархе было у 452 (76,7 %) студенток. Средний возраст менархе составлял 14 лет. У остальных 34 (5,7 %) студенток было позднее наступление менархе, то есть с 16 по 20 лет. Из акушерского анамнеза было установлено, что около 56 – 9,5% студенток были замужними, из них у 33 (5,6%) женщин имелись дети.

Среди обследованных студенток за период 2021-2022 годов частота патологии репродуктивной системы составляла 51 (8,6%) случай, из них воспалительные заболевания органов гениталия (эндометриты, аднекситы) составляли 32 (5,4%) случая из пройденных медицинский осмотр студенток. Нарушение менструального цикла (НМЦ) по типу альгодисменореи отмечалось у 87 (14,7%) студенток, НМЦ по типу гиперполименореи было установлено у 19 (3,2%) студенток и гипоместруальный синдром отмечался у 8 (1,3%).

В 2021-2022 годах всего 589 студенток прошли медосмотр, из них частота патологии репродуктивной системы составляла 61 (10,3%) случай. Воспалительные заболевания органов гениталия: нарушение менструального цикла (НМЦ) по типу альгодисменореи отмечалось у 40 (6,7%) студенток, НМЦ по типу дисменореи было установлено у 11 (1,8%) студенток, которые превалировали по сравнению с 2020 годом. Метроэндометрит отмечался у 10 (1,6%) студенток. При осмотре и пальпации молочных желёз у 4 (0,6) студенток были выявлены различные формы мастопатии, которая за период 2020 года при медосмотре не наблюдалась.

Выводы. Полученные результаты медосмотра учащихся - студенток первого года свидетельствуют о том, что все данный контингент нуждается в дополнительном обследовании, консультациях эндокринолога и других специалистов с последующим их оздоровлением.

Носирова П.К.

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПАТОЛОГИЙ У СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА ГОУ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Выявление заболеваний, часто встречающихся у студентов 1-го курса всех факультетов ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Материал и методы. В данной работе представлены результаты исследования студентов 1-го курса всех факультетов ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино на основании медицинского осмотра 2023-2024 учебного года. Было осмотрено 1912 студентов от 19 до 32 лет. Студенты были осмотрены специалистами: терапевты, эндокринологи, стоматологи, травматологи, хирурги, урологи, окулисты, гинекологи, невропатологи, ЛОР врачи, дерматологи, онкологи, психиатры. Были проведены следующие методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимия крови, УЗИ внутренних органов и щитовидной железы, ЭКГ, ФКГ, рентгенография суставов и позвоночника, аудиограмма, определение остроты зрения и цветоощущения.

Результаты исследования. По данным медицинского осмотра, среди студентов было выявлено, что первое место по заболеваемости занимает стоматологическая патология 325 (58,0%) студентов, второе место - травматологическая патология-285 (56,5%) студентов, третье место – эндокринологические заболевания: 252 (54,3%) студента. А также отмечалось большое количество студентов с заболеваниями кожи 206 (50,1%), заболеваниями глаз 194 (48,0%), заболеваниями внутренних органов 90 (41,1%) и т.д. Все студенты с данными патологиями были подвергнуты дополнительным методам исследования, проведены консультации специалистов с их рекомендациями для дальнейшего ведения больных врачами ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Выводы. По данным медицинских осмотров на протяжении последних лет проведен анализ, который показал, что среди студентов 1-го курса резко увеличилось количество больных с травматологической патологией (нарушение осанки, искривление позвоночника, рахитические деформации грудной клетки и ног), что связано с малоподвижным образом жизни, не желанием заниматься спортом и физкультурой, и неполноценным питанием и дефицитом йода в детском возрасте. Ни все студенты соблюдают гигиену и своевременную санацию полости рта.

Студентам с вышеперечисленными патологиями были взяты на диспансерный учет специалистами ЛДЦ для дальнейшего ведения и лечения. А также планируется проводить санитарно-просветительную работу и пропаганду здорового образа жизни среди студентов ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Нуров М.Г., Зохилов Т.М., Зухурова Ш.С.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Цель исследования. Проанализировать современные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике хронической обструктивной болезни лёгких в соответствии с международными стандартами (GOLD 2025) и отечественными протоколами.

Материал и методы. Проведён обзор отечественных и зарубежных источников (2018–2025 гг.), включая рекомендации GOLD, Минздрава РФ, Европейского респираторного общества (ERS), базы данных PubMed. Использован аналитико-обзорный метод с целью систематизации подходов к диагностике, стратификации тяжести и терапии ХОБЛ.

Результаты исследования. ХОБЛ – хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока. Основные причины: длительное воздействие табачного дыма, загрязнение воздуха, профессиональные вредности. Современные рекомендации включают: раннюю диагностику на основании спирометрии ($FEV_1/FVC < 0,7$); классификацию по степени тяжести и шкале mMRC, CAT; использование комбинированной терапии: бронходилататоры длительного действия (LAMA, LABA), при необходимости—ингаляционные кортикостероиды (ICS); использование ингибиторов фосфодиэстеразы-4 (ФДЭ4) – Рофлумиласт; использование Монтелукаста (антагонисты лейкотриеновых рецепторов), если у пациента бронхиальная астма и ХОБЛ одновременно; немедикаментозные меры: отказ от курения, лёгочная реабилитация, вакцинация против гриппа и пневмококка, физическая активность. Отмечено, что индивидуальный подбор терапии на основании симптомов, частоты обострений и фенотипа пациента улучшает прогноз и снижает риск госпитализаций. Особое внимание уделяется нефармакологическим методам: реабилитации, отказу от курения, вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции, а также обучению пациентов правильному использованию ингаляторов.

Выводы. Современные клинические рекомендации по ХОБЛ направлены на раннее выявление, комплексное лечение и повышение качества жизни пациентов. Применение персонализированного подхода с учётом тяжести заболевания, коморбидных состояний и приверженности терапии способствует снижению смертности и улучшению контроля заболевания. Внедрение обновлённых протоколов GOLD в практику врача-терапевта и пульмонолога является ключевым направлением современной пульмонологии.

¹Нуров С.Х., ¹Туйчиев Ш.Ш., ²Шарифбоев А.Х.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1. Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ ИПО в СЗ РТ
 2. Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
- Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахунова Н.Т.

Цель исследования. Оценить базисное действие хондропротекторов и их переносимость в комплексной терапии остеоартроза (ОА).

Материал и методы исследования. В исследование включены 40 стационарных и 30 амбулаторных больных (средний возраст $48 \pm 8,2$ года) с ОА 1–3 стадии по Келлгрену и болевым синдромом более 40 мм по ВАШ. Проводилась клиничко-лабораторная и рентгенологическая оценка суставного синдрома (индекс Ричи, количество болезненных и воспалённых суставов, характер боли). Больные были разделены на 2 группы. В **1 группе** применяли препарат «Рефлекс» (глюкозамина сульфат 400 мг, хондроитина сульфат 250 мг, МСМ 200 мг, витамин D₃ 400 МЕ) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Во **2 группе** назначали «Мобиарт» (глюкозамина сульфат 500 мг, МСМ 300 мг, хондроитина сульфат 200 мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Всем пациентам дополнительно проводилась комплексная терапия: НПВП (теносикам 20 мг/сут), миорелаксанты (мидокалм 450 мг/сут), препараты кальция, алендроновой кислоты, метаболические средства, физиотерапия; при синовите выполнялись внутрисуставные инъекции дипроспана и препаратов гиалуроновой кислоты.

Результаты исследования. В **1 группе** у 60% больных отмечалась выраженная боль и у 40% – умеренная боль в коленных суставах с ограничением движений; на рентгенограммах выявлялась 2–3 стадия ОА. Уже на 10-й день лечения отмечалось уменьшение боли по ВАШ (менее 40 мм), снижение припухлости и увеличение объёма движений. Побочные эффекты наблюдались редко и проявлялись диспепсией, запором и метеоризмом (около 4%). Во **2 группе** у 53% больных отмечалась выраженная боль и у 46% – умеренная боль, преимущественно при 1–2 стадии ОА. На 16-й день наблюдения отмечалось уменьшение боли по ВАШ, снижение припухлости, уменьшение тугоподвижности и восстановление безболезненных движений в суставах. Побочные реакции были редкими и проявлялись гастралгией примерно в 4% случаев.

Выводы. Рано начатая комплексная терапия остеоартроза с использованием хондропротекторов, НПВП и миорелаксантов способствует уменьшению болевого и воспалительного суставного синдрома, улучшению подвижности суставов и хорошо переносится пациентами, при этом заболевание чаще поражает коленные суставы и всё чаще выявляется у лиц среднего возраста с метаболическим синдромом.

Нуруллозода З.Х., Сайдуллоева М.И., Безматова А.М.

ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЕМ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить острую респираторную инфекцию у часто и длительно болеющих детей с проявлением цитомегаловирусной инфекции.

Материал и методы. На базе ГУ Городского центра здоровья № 12 (ГУ ГЦЗ №12) проведено обследование 35 больных детей в возрасте от 1 года до 5 лет, инфицированных цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ), находящихся на диспансерном наблюдении и получающих амбулаторное лечение. Анкетно-опросным методом выявлялись анамнестические данные у матерей инфицированных детей ЦМВИ, а также проверен ретроспективный анализ амбулаторных карт детей ф.№24. Проведены клинико – лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала на я/г). По показаниям - Р-графия грудной клетки. В крови серологическим методом иммуноферментного анализа (ИФА) выявляли антитела ЦМВ IgM и IgG.

Результаты обследования. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт у 35 детей в возрасте от 1 до 5 лет с диагнозом острое респираторное заболевание у часто болеющих детей. Из анамнеза было установлено, что острое респираторное заболевание чаще переносили матери детей во второй половине беременности с установленной ЦМВИ. На основании анамнестических данных были выявлены были прямые связи между этиологией заболевания и цифрами лихорадки при эпизодах ОРИ, субфебрильные цифры температурной реакции регистрировались у 7 (20,0%) детей, также другие симптомы ОРИ, такие как затруднение носового дыхания, Рино рea, кашель, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, отёчность зева, быстрая утомляемость у 18 (51,4%). Очень высока опасность развития отита 7 (20,0%), гайморита 2 (5,7%), бронхита 14 (40,0%), эти заболевания, в свою очередь, обуславливали формирование контингента часто и длительно болеющих детей. Раннее начало частых ОРИ выявлено нами с ЦМВИ у 9 (25,7%) детей. Частота ОРИ в год у данных детей составила в среднем 5-6 раз. Острые респираторные инфекции поражали преимущественно слизистые оболочки верхних дыхательных путей, точнее наиболее уязвимыми в этом плане становились нос и придаточные пазухи, гортань. Соответственно воспаление глотки влечёт за собой фарингит, а гортани – ларингит. Выявлены явления бронхита в анамнезе у 15 (42,8%) детей, а у 5 (14,2%) - рецидивирующего обструктивного бронхита, у 3 (8,5%) детей оно осложнилось пневмонией. Частота других нозологических форм ОРИ, таких как отит, аденоид, ларинготрахеит, стеноз гортани наблюдались в единичных случаях. Установлено было, что заднешейные лимфоузлы чаще пальпировались у большинства детей 15 (75,6%). Таким образом в анализах крови у большинства детей обнаружены лейкоциты более $15 \times 10^9/\text{л}$ в сочетании с нейтрофилёзом $10 \times 10^9/\text{л}$, уровень С-реактивного белка выше 15 мл/л. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) ЦМВИ выявлены у всех наблюдаемых больных детей специфические антитела IgG. Были назначены ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день

в среднем в течение 4 недель, Нео Цитотек 1,0 мл/кг массы тела (100 МЕ/ кг) через день (в зависимости от тяжести патологического процесса) и симптоматическое лечение всем детям.

Вывод. Для часто болеющих детей с активной ЦМВ инфекцией характерны отягощённый акушерско-гинекологический анамнез матерей и раннее начало повторных респираторных заболеваний. У детей с цитомегаловирусной инфекцией частые эпизоды респираторных заболеваний протекали преимущественно на фоне субфебрильной температуры и клинических проявлений, осложнённых ринитом, фарингитом. Специфические антитела ЦМВИ выявлены у всех обследованных детей.

Нуруллозода З.Х., Курбонов А.Д., Умарова Ф.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.

Цель исследования. Изучить эффективность диспансерного наблюдения детей с эпилепсией в условиях первичной медико-санитарной помощи и (ПМСП).

Материал и методы. Проведён анализ детей в возрасте от 5 до 16 лет медицинской документации 17 детей с диагнозом: «эпилепсия», состоящих на диспансерном учёте в клинических базах кафедры учреждения ПМСП за период 2024–2025 гг. Оценивались: частота эпилептических приступов, регулярность приёма противосудорожных препаратов, кратность посещений семейного врача, случаи госпитализации. С целью определения уровня информированности родителей проведено анкетирование.

Результаты исследования. Исследование показало, что в 2024 году средняя частота эпилептических приступов составляла 3,1(100%) случая в месяц на одного пациента, в 2025 году данный показатель снизился до 1,8 (58,1%) случая в месяц на фоне регулярного диспансерного наблюдения. Регулярный приём противосудорожных препаратов соблюдали 12 детей (70,6%): 9(75%) пациентов получали монотерапию, 3 (25%)- комбинированную терапию. У 5 детей (29,4%) отмечались эпизоды нерегулярного приёма препаратов, что сопровождалось большей частотой приступов. Средняя кратность плановых посещений семейного врача составляла 4–6 раз в год, при необходимости проводились внеплановые консультации. За анализируемый период зарегистрировано 4 случая госпитализации, преимущественно вследствие учащения приступов и нарушения режима терапии. При анкетировании родителей выявлено, что достаточный уровень информированности о заболевании, принципах терапии и мерах первой помощи при приступе у 11 семей (64,7%), удовлетворительный - у 4 (23,5%), низкий - у 2 (11,8%). Более высокий уровень информированности ассоциировался с регулярным приёмом препаратов, меньшей частотой приступов, улучшением качества жизни и госпитализации.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что качественное диспансерное наблюдение детей с эпилепсией на уровне ПМСП способствует снижению частоты приступов и уменьшению числа госпитализаций. Активная позиция семейного врача, контроль приверженности терапии и систематическая образовательная работа с родителями являются ключевыми факторами эффективного амбулаторного ведения пациентов.

Одинаев А.С., Муродов А.Б., Гиёева Т.А.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Изучить особенности терапии фолиеводефицитной анемии и оценить эффективность лечения препаратами фолиевой кислоты.

Материал и методы. Проведено наблюдательное клинико-лабораторное исследование 54 пациентов с диагностированной фолиеводефицитной анемией, проходивших лечение в терапевтическом отделении. Среди обследованных было 32 женщины (59,3%) и 22 мужчины (40,7%). По возрасту пациенты были распределены следующим образом: 18-35 лет - 17 человек (31,5%), 36 - 55 лет - 21 человек (38,9%), старше 55 лет - 16 человек (29,6%).

Диагноз устанавливался на основании клинических данных и лабораторных показателей: уровня гемоглобина, эритроцитов, среднего объема эритроцитов (MCV) и уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови. Всем пациентам проводилась стандартная терапия препаратами фолиевой кислоты в дозе 1–5 мг в сутки в течение 4–6 недель. Оценка эффективности лечения проводилась путем сравнения лабораторных показателей до начала терапии и после курса лечения.

Результаты исследования. До начала терапии средний уровень гемоглобина у пациентов составил $88,4 \pm 6,2$ г/л, количество эритроцитов - $3,1 \pm 0,4 \times 10^{12}$ /л, средний объем эритроцитов (MCV) - $106,3 \pm 4,5$ фл, уровень фолиевой кислоты - $2,4 \pm 0,6$ нг/мл.

После проведенного курса терапии отмечено достоверное улучшение лабораторных показателей. Средний уровень гемоглобина повысился до $118,7 \pm 7,1$ г/л, количество эритроцитов - до $4,1 \pm 0,3 \times 10^{12}$ /л, показатель MCV снизился до $94,8 \pm 3,7$ фл, уровень фолиевой кислоты увеличился до $7,9 \pm 1,2$ нг/мл.

Клинически у большинства пациентов наблюдалось уменьшение симптомов анемии: слабости, головокружения, быстрой утомляемости и бледности кожных покровов. Положительная динамика лабораторных показателей отмечена у 48 пациентов (88,9%), у 6 пациентов (11,1%) улучшение было менее выраженным, что было связано с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта и нарушением всасывания.

Выводы. Фолиеводефицитная анемия чаще выявлялась у женщин и пациентов среднего возраста.

Применение препаратов фолиевой кислоты в стандартных терапевтических дозах приводит к значительному улучшению клинико-лабораторных показателей уже через 4–6 недель лечения. Наиболее выраженная положительная динамика наблюдается при ранней диагностике и своевременном начале терапии. Контроль лабораторных показателей крови является важным критерием оценки эффективности лечения и позволяет корректировать терапию при необходимости.

Одинаева Ш.О., Рахмонов Р.Р., Назаров Т.Ш.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ. БОТУЛИНОТЕРАПИЯ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Оценка эффективности современных методов лечения головной боли напряжения (ГБН).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе НМЦ «Шифобахш» в первом неврологическом отделении. Количество пациентов 3 женщины. Возраст 30-40 лет. Диагноз: головная боль напряжения согласно по критериям International Headache Society (Международное общество по головной боли). Диагностические методы: сбор анамнеза, неврологический осмотр, МРТ головного мозга и оценка мышечного напряжения перикраниальных мышц. Препарат: ботулотоксин типа А (Ксеомин 50 ЕД). Метод введения: внутримышечно. Точки: лобная, височная, затылочная, трапециевидная мышцы.

Результаты исследования. После проведения инъекции наблюдается лёгкое покалывание или жжение на месте укола, небольшая болезненность или синячки на коже и иногда бывает кратковременное ослабление мышц, через несколько дней боль появляется реже и наблюдается ощущение расслабления мышц. Через неделю уже даёт максимальный эффект: боль становится намного слабее или почти исчезает и снижается потребность в анальгетиках. Продолжительность клинического эффекта составляет в среднем 3–6 месяцев.

Выводы. Ботулинотерапия представляет собой современный и перспективный метод лечения, позволяющий достоверно снизить частоту и интенсивность болевых эпизодов, улучшить функциональное состояние и качество жизни пациентов. Комплексный и персонализированный подход повышает эффективность терапии и снижает риск прогрессирования болевого синдрома.

Одинашозода И.С., Джобирзода А.Б., Нуралиев Н.М.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШУМОМ В УШАХ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Изучить клинико-нейрофизиологические особенности тиннитуса.

Материал и методы. Проведены сбор анамнеза, неврологический, отоларингологический осмотры, психоакустическая шумометрия (tinnitus handicap inventory), тимпанометрия, аудиологическое и нейрофизиологическое (тригеминальные вызванные потенциалы [ТВП]) обследования 112 пациентов с жалобами на шум в ушах или в голове. Группу контроля составили 20 добровольцев. Пациенты в зависимости от данных ТВП разделены на следующие подгруппы: 1-я подгруппа - с высокой рефлекторной возбудимостью (ВРВ) - 30 пациентов, 2-я подгруппа - с низкой рефлекторной возбудимостью (НРВ) - 44 пациента, 3-я подгруппа - с умеренной рефлекторной возбудимостью (УРВ) - 38 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных ТВП выявил у пациентов в подгруппе 1 укорочение, в подгруппе 2 - удлинение с обеих ветвей латентных периодов (ЛП) пиков, а в подгруппе 3 - укорочение ЛП пиков P22, N 30 с III ветви тройничного нерва по сравнению с группой контроля. При мануальной диагностике обнаружено: выраженность болезненных ощущений (ВБО), тонус мышц в подгруппе обследуемых с ВРВ выше, чем в других подгруппах. Выявлены корреляты между ВБО и длительностью ЛП пиков, ТВП и интенсивностью ушного шума. Модуляции отмечены у 59,8 % обследуемых основной группы. Также у пациентов с модуляцией значения ВБО и опросника ТНН выше. Для пациентов с патологией носа и носоглотки характерны малая подвижность барабанной перепонки, гиповозбудимость нервной системы; выявлены корреляты между показателями тимпанометрии и мышечными расстройствами.

Вывод. Полученные данные позволяют утверждать об изменении рефлекторной возбудимости структур, участвующих в патогенезе тиннитуса. Это определяет необходимость расширения диагностических, лечебно-профилактических мероприятий с привлечением к работе с пациентом неврологов, отоларингологов, врачей других специальностей.

Олимов Ж.Н.

ИММУНООРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра неврологии «Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино». Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., Ходжаева Н.А.

Цель исследования. Изучить эффективность иммунокорректора азоксимера бромида в сочетании с винпоцетином и корвотином, с целью коррекции иммунновоспалительных и неврологических нарушений при хронической ишемии головного мозга.

Материал и методы. Исследовано 58 больных ХИГМ с сопутствующей ГБ, находившихся на лечении в неврологическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП. Больные разделены на 2 группы в зависимости

от схем использования нейротропной и иммуноориентированной терапии. Все больные получали базовую терапию: антигипертензивную, гиполипидемическую и дезагрегантную терапию. В первой группе (n=28) дополнительно использовались нейротропные и антиоксидантные препараты Винпоцетин+Корвитин, второй группе (n=28) наряду с нейротропной, антиоксидантной терапией Винпоцетин+Корвитин использовали иммуноориентированную терапию азоксимером бромид. Изучение иммунометаболических показателей проводили в сыворотке крови. Уровень TNF- α , IL-1 β , IL-8, IL-17, IL-10, проводили при помощи наборов реагентов ЗАО «Вектор-Бэст», НПО «Цитокин», ООО «Протеиновый контур» г. Санкт-Петербург, методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. На фоне совместного применения кавинтона+корвитина и азоксимера бромида, достигнута более положительная неврологическая динамика, наблюдалась более выраженная коррекция в сторону показателей группы здоровых суммы баллов субъективных нарушений, неврологических симптомов и когнитивных нарушений по шкале GDR (соответственно до $0,86 \pm 0,3$; $1,18 \pm 0,3$ и $1,38 \pm 0,8$). Когнитивные нарушения по Монреальской шкале достигли показателя - $24,35 \pm 1,3$ баллов, что статистически выше в отличие от показателей группы использования винпоцетина+корвитина ($22,53 \pm 0,81$) и значимо приближены к показателям баллов группы здоровых доноров ($27,1 \pm 0,8$). В группе больных, использовавших дополнительно в сочетании винпоцетина и корвитина, также и азоксимера бромид, еще в большей мере повышалось содержание противовоспалительного цитокина IL-10 ($8,4 \pm 0,4$ пг/мл), улучшая противовоспалительный эффект иммунного механизма и уменьшались в сторону нормальных показателей группы здоровых, уровни концентрации провоспалительных цитокинов TNF α , IL-1 β , IL-8, IL-17 ($5,5 \pm 0,3$ пг/мл, $5,4 \pm 0,3$ пг/мл, $2,5 \pm 0,3$ пг/мл, $8,3 \pm 0,7$ пг/мл), которые ведут к значительному снижению активности иммунновоспалительных процессов. В результате проведенного нами исследования, получены убедительные данные указывающие, что при ХИГМ у больных ГБ имеются неврологические и иммунологические сдвиги, которые улучшаются после использования сочетания винпоцетина и корвитина, но в динамике, недостаточно нормализуются все исследованные показатели, тогда как, более заметная коррекция в результате терапии, достигнута при включении в качестве иммунокорригирующей терапии иммуномодулятора - азоксимера бромида.

Выводы. Положительные результаты использования азоксимера бромида, главным образом находятся в механизмах его значимого иммуномодулирующего влияния на иммунокомпетентные клетки, модулируя их активность в зависимости от показателей до начала лечения. Таким же образом, азоксимер бромид обладает выраженным противовоспалительным, антиоксидантным, мембраностабилизирующим и регенеративным действием

Олимова Ш.Ш, Сулаймонова Г.Т.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ И БИОИННОВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ

Кафедра гематологии и клинической лабораторной диагностики, БГМИ имени Абу али Ибн Сина, Узбекистан.

Научный руководитель: PhD, доцент Сулаймонова Г.Т.

Цель исследования. Оценить влияние микроэлементозов на развитие и прогрессирование нефропатии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также определить роль инновационных биологических методов в диагностике этих нарушений.

Материал и методы. В исследовании использованы клинические и лабораторные методы. Лабораторные исследования включали клинический анализ крови, а также биохимические методы: определение уровней креатинина, мочевины, показателей липидного спектра и микроэлементов (Mg, Zn, Se, Cu, K, Na).

Результаты исследования. По данным клинико-лабораторного обследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и признаками нефропатии выявлены нарушения микроэлементного статуса. Дефицит магния (Mg) обнаружен у 48% обследованных, цинка (Zn) - у 41%, селена (Se) - у 37% пациентов. Нарушения обмена калия (K) отмечены у 29%, натрия (Na) - у 22%, меди (Cu) - у 18% больных. У пациентов с микроэлементозами зарегистрировано статистически значимое повышение уровней креатинина и мочевины, а также снижение скорости клубочковой фильтрации по сравнению с пациентами с нормальным микроэлементным статусом ($p < 0,05$). Дисбаланс микроэлементов сопровождался изменениями липидного спектра, характеризующимися повышением общего холестерина и липопротеинов низкой плотности, что указывает на усугубление метаболических нарушений и прогрессирование нефропатии.

Выводы.

1. Микроэлементозы широко распространены у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и нефропатией, при этом наиболее часто выявляется дефицит Mg, Zn и Se.
2. Нарушения микроэлементного баланса ассоциированы с ухудшением показателей функции почек и неблагоприятными изменениями липидного обмена.
3. Инновационным аспектом исследования является комплексное применение современных биохимических методов определения микроэлементов в сочетании с оценкой кардиоренальных показателей, что позволяет выявлять ранние метаболические нарушения.
4. Использование лабораторной диагностики микроэлементного обмена как биологической инновации способствует формированию персонализированного подхода к ранней диагностике, а коррекция микроэлементного дисбаланса у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями может улучшить прогноз заболевания, снизить риск развития нефропатии и повысить качество жизни больных.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

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

Цель исследования. Изучить клинико-демографические особенности пациентов, подвергшихся оперативному лечению по поводу заболеваний щитовидной железы.

Материал и методы. Материалом для анализа послужили 309 историй болезни госпитализированных больных в хирургическое отделение ГМЦ №1 им. Карима Ахмедова за 2025г. В историях болезни учитывали возраст, пол, длительность заболевания, объем щитовидной железы, лабораторные показатели, вид операции и результаты цитологического исследования.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов SPSS/Statistica/Python. Количественные данные представлены в виде **среднего значения и стандартного отклонения (Mean ± SD)**. Для сравнения групп применялся **t-критерий Стьюдента**. Связь между количественными показателями оценивалась с использованием **коэффициента корреляции Пирсона (r)**. Для определения факторов, ассоциированных с выполнением тиреоидэктомии, была построена **логистическая регрессионная модель**, включающая возраст, длительность заболевания, уровень ТТГ и объем щитовидной железы (>40 см³). Результаты представлены в виде **отношения шансов (Odds Ratio, OR)** с указанием **95% доверительного интервала**. Статистически значимыми считались различия при **p < 0,05**.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе 309 историй болезни средний возраст пациентов составил 41,0±11,3 года (17-76 лет). Частота тиреоидной патологии была выявлена больше у женщин, и составила 95,8%, у мужчин - 4,2%. Соотношение женщины/мужчины - 23:1, что отражает выраженную гормонально-зависимую природу тиреоидной патологии.

Средняя длительность заболевания - 5,28±5,15 лет. Средние гормональные показатели составили: ТТГ - 2,46±5,18 мМЕ/л, FT4 - 22,44±30,17 пмоль/л, FT3 - 4,92±4,74 пмоль/л, АТ-ТПО - 69,95±162,41 МЕ/мл, кальций - 2,09±1,35 ммоль/л.

При сравнительном анализе мужчин и женщин статистически значимых различий по возрасту, объему щитовидной железы и уровню ТТГ выявлено не было (p>0,05). Средний объем щитовидной железы составил 36,1±35,8 см³, максимальные значения достигали 273,6 см³, что соответствует тяжелым/гигантским формам зоба. Женщины имели тенденцию к большему объему железы (36,6±36,5 см³ против 23,8±13,5 см³), однако различия не достигали статистической значимости.

Корреляционный анализ между длительностью заболевания и объемом щитовидной железы выявил очень слабую связь (r=0,02; p=0,739), что указывает на отсутствие линейной зависимости между длительностью заболевания и увеличением объема железы. Повышенные уровни антител к тиреопероксидазе свидетельствуют о значительном аутоиммунном компоненте заболевания.

При анализе видов хирургических вмешательств установлено, что в большинстве случаев выполнялась тиреоидэктомия (82,2%), субтотальная резекция – 12,6%, другие вмешательства – 5,2%.

По данным цитологии преобладали доброкачественные изменения: Bethesda I – 35,3%, Bethesda II – 12,3%, коллоидные формы зоба – 32,0%.

Выводы. Хирургическая патология щитовидной железы преимущественно выявляется у женщин трудоспособного возраста и характеризуется длительным течением и значительным увеличением объема железы.

Олмосов Р.Ш.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ (ЭТИОТРОПНОЙ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ) В УЛУЧШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ВИРУСНОЙ МИЕЛОПАТИИ

Ташкентский Международный Университет Кимё, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Адамбаев З.И.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и влияние комплексного лечения, включающего этиотропную, патогенетическую и нейрореабилитационную составляющие, на восстановление функции тазовых органов и качество жизни пациентов с последствиями вирусной миелопатии.

Материал и методы. В открытое сравнительное проспективное исследование было включено 78 пациентов (42 мужчины, 36 женщин, средний возраст 38,5±4,2 года) с диагностированной вирусной миелопатией (в т.ч. вызванной вирусом простого герпеса, варицелла-зостер, энтеровирусами) и стойкими расстройствами мочеиспускания (нейрогенный мочевой пузырь (НМП)). Критерием включения являлось наличие клинически выраженной тазовой дисфункции (гиперактивный (ГМП) или аретический мочевой пузырь (АМП) на фоне проводимой стандартной терапии. Все пациенты получали курс комбинированной терапии: этиотропную (противовирусные препараты/иммуномодуляторы с учетом длительности болезни), патогенетическую (нейрометаболические, сосудистые средства, препараты альфа-липоевой кислоты) и комплексную нейрореабилитацию (электростимуляция крестцовых нервов, биологическая обратная связь, кинезитерапия мышц тазового дна). Оценка эффективности проводилась с использованием уродинамического исследования мышц тазового дна. Оценка тазовых дисфункций (IPSS, ICIQ-SF) и качества жизни (SF-36) исходно, через 3 месяца и через 1 год наблюдения.

Результаты исследования. Детальный анализ показал, что применение комбинированного терапевтического алгоритма способствовало значительному восстановлению функции удержания и эвакуации мочи. Пол-

ная клиническая ремиссия тазовых расстройств (нормализация уродинамических показателей и отсутствие недержания) была достигнута у 45 пациентов (57,7%), существенное улучшение (снижение баллов по шкалам более чем на 50%) - у 22 пациентов (28,2%). У 11 пациентов (14,1%) положительная динамика была минимальной, что ассоциировалось с выраженным рубцово-спаечным процессом в конском хвосте. В частности, у пациентов с ГМП на фоне терапии объем мочеиспускания увеличился в среднем с 120 мл до 240 мл. В группе с задержкой мочеиспускания применение нейрореабилитации в сочетании с метаболической терапией позволило снизить объем остаточной мочи с 250 мл до критических значений (<50 мл) у 65% больных, избежав необходимости постоянной катетеризации. Выявлена прямая корреляционная связь между ранним началом нейрореабилитационных мероприятий (в первые 30 дней от дебюта симптомов) и степенью восстановления тазовой функции ($r=0,72$). Наиболее выраженный эффект отмечался при синдроме частичной проводимости по спинному мозгу, когда сохранялись проводящие пути, позволяющие реализовать эффект биологической обратной связи и электростимуляции. В этой подгруппе риск формирования инвалидизирующей тазовой дисфункции снизился в 4 раза ($OR=0,25$; 95% ДИ 0,12–0,48) по сравнению с КГ, получавшим только медикаментозное лечение.

Выводы. Включение в схему лечения пациентов с вирусной миелопатией комплекса нейрореабилитационных мероприятий (электростимуляция, БОС-терапия) на фоне этиотропной и патогенетической терапии позволяет достоверно улучшить функциональные исходы тазовой дисфункции. Своевременная коррекция нейрогенных расстройств способствует восстановлению рефлекторной дуги мочеиспускания, снижает уровень остаточной мочи и значительно повышает качество жизни пациентов, предотвращая вторичные осложнения со стороны мочевыделительной системы.

Олмосов Р.Ш.

РОЛЬ РАННЕЙ МРТ-ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ТАЗОВЫХ НАРУШЕНИЯХ

Ташкентский Международный Университет Кимё, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Адамбаев З.И.

Цель исследования. Определить диагностическую и прогностическую значимость магнитно-резонансных признаков скрытого воспаления в структурах конуса и эпиконуса спинного мозга у пациентов с хроническими тазовыми нарушениями нейрогенного генеза до манифестации клинически выраженного миелопатического синдрома.

Материал и методы. В проспективное исследование было включено 85 пациентов с тяжелыми тазовыми нарушениями (нейрогенный мочевой пузырь, хроническая тазовая боль) без очаговой неврологической симптоматики в нижних конечностях на момент включения. Все пациенты прошли высокопольную МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника с акцентом на визуализацию конуса медулляриса, используя протоколы T2-взвешенных изображений, STIR и T1-последовательностей после внутривенного контрастирования. Оценивались наличие гиперинтенсивных сигналов (отек, глиоз), накопление контрастного препарата (нарушение гематоспинального барьера) и объем конуса. Пациенты наблюдались в динамике в течение 2 лет с ежеквартальной оценкой неврологического статуса и уродинамических показателей.

Результаты исследования. Детальный анализ МРТ-картины показал, что у пациентов с рефрактерными к стандартной терапии тазовыми расстройствами часто выявляются доклинические признаки воспалительной миелопатии. В частности, наличие T2-гиперинтенсивных очагов в тканях конуса спинного мозга, указывающих на отек и глиозные изменения, было зарегистрировано у 58% пациентов основной группы, тогда как в контрольной группе (с легкими тазовыми дисфункциями) данный показатель составлял лишь 12% ($p<0,01$). Эти изменения коррелировали с длительностью заболевания и степенью детрузорной гиперактивности.

Выявлено, что накопление контрастного препарата в стенках спинного мозга (феномен прерывистого или линейного усиления), свидетельствующее о нарушении целостности гематоспинального барьера и активном воспалении, имело высокую прогностическую ценность. У пациентов с положительным эффектом накопления контраста риск развития клинически выраженного синдрома конского хвоста или прогрессирования нижнего парапареза в течение 24 месяцев возрастал в 4,2 раза ($OR=4,2$; 95% ДИ 2,1–8,3). Корреляционный анализ продемонстрировал сильную прямую связь между интенсивностью МРТ-сигнала в STIR-режиме и внутрипузырным давлением при микции ($r=0,69$), что подтверждает патогенетическую связь между воспалением сакральных сегментов и тяжестью тазовых дисфункций.

Наиболее неблагоприятным в прогностическом плане являлось сочетание признаков атрофии конуса (уменьшение его поперечного размера) и очагов накопления контраста, что указывало на переход воспаления в стадию склероза и гибели нейронов. У данной подгруппы пациентов консервативная терапия оказалась наименее эффективной, а скорость прогрессирования неврологического дефицита была максимальной.

Выводы. Ранняя МРТ-диагностика с оценкой сигнальных характеристик конуса спинного мозга и проницаемости гематоспинального барьера позволяет выявить доклинические воспалительные изменения у пациентов с тазовыми нарушениями. Выявление гиперинтенсивности и контрастирования в структурах конуса является высокоинформативным маркером риска прогрессирования миелопатии, что обосновывает необходимость назначения ранней патогенетической терапии для предотвращения необратимого неврологического дефицита.

Отаева М.О., Рахимова Ф.Р., Хафизова А.А.
**ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ИНДУЦИРОВАННОЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЁМ-
МОМ НПВП ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.**

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

Цель исследования. Оценить частоту поражения ЖКТ у пациентов с ревматоидным артритом на фоне длительного приёма НПВП.

Материал и методы. В исследование включено 60 пациентов с ревматоидным артритом, получающих НПВП не менее 6 месяцев. Пациенты разделены на две группы: основная (30 человек, НПВП + омепразол 20 мг/сут) и группа сравнения (30 человек, только НПВП). Проводились клинический осмотр, ЭГДС, лабораторные исследования (гемоглобин, ферритин, альбумин), анализ кала на скрытую кровь. Статистическая обработка – t-критерий Стьюдента, различия достоверны при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Жалобы на дискомфорт в эпигастрии в группе ИПП – 5 человек (16,7%), в группе сравнения – 12 человек (40%) ($p < 0,05$). Жалобы на вздутие и диарею в группе ИПП – 10 человек (33,3%), в группе сравнения – 8 человек (26,7%) ($p > 0,05$). Эрозивные изменения по данным ЭГДС выявлены у 3 человек (10%) в группе ИПП и у 9 человек (30%) в группе сравнения ($p < 0,05$). Анемия зарегистрирована у 9 человек (30%) в группе ИПП и у 8 человек (26,7%) в группе сравнения. Положительный тест на скрытую кровь – у 7 человек (23,3%) и 6 человек (20%) соответственно. Снижение ферритина – у 10 человек (33,3%) и 9 человек (30%). ИПП эффективно снижают риск эрозивной гастропатии (с 30% до 10%). Однако лабораторные маркеры скрытой кровопотери сопоставимы в обеих группах, что указывает на поражение дистальных отделов ЖКТ, недоступных при ЭГДС. Отсутствие желудочных симптомов на фоне ИПП маскирует прогрессирование скрытой кровопотери.

Выводы. Длительный приём НПВП при ревматоидном артрите вызывает поражение ЖКТ. ИПП снижают риск эрозивной гастропатии, но не влияют на частоту скрытой кровопотери и анемии. Пациентам необходим регулярный контроль гемоглобина, ферритина и анализа кала на скрытую кровь независимо от приёма ИПП и наличия жалоб.

Тамуродова С.Т.
**АНАЛИЗ ПРИЧИН РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЮМБОИШИАЛГИЕЙ: КЛИНИКО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

Кафедра медицинской психологии, неврологии и психиатрии, ТашГосМУ ТФ, Узбекистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Искандарова Д.Э.

Цель исследования. Провести комплексный клинико-эпидемиологический анализ основных показателей заболеваемости люмбоишиалгией, определить этиопатогенетические факторы и обосновать группы риска.

Материал и методы. Исследование выполнено на основе ретроспективного описательного и аналитического подхода на базе Сурхандарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В период с сентября по декабрь 2025 года изучено клинико-anamnestические и инструментальные данные 50 пациентов, проходивших лечение в отделении экстренной неврологии с диагнозом люмбоишиалгия. Оценивались возраст, пол, длительность заболевания, интенсивность болевого синдрома (по визуально-аналоговой шкале — VAS), зона иррадиации боли, неврологический статус (гипестезия, парестезия, снижение мышечной силы, изменения сухожильных рефлексов, симптом Ласега). Проанализированы данные рентгенографии позвоночника, магнитно-резонансной томографии (МРТ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Также определялся индекс массы тела (ИМТ) с последующим статистическим анализом полученных результатов.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов 56% ($n=28$) составили мужчины и 44% ($n=22$) — женщины; 75% приходилось на лиц трудоспособного возраста 30–45 лет. В качестве основного этиологического фактора выявлены дегенеративно-дистрофические процессы поясничного отдела позвоночника (поясничный остеохондроз, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков) — 70% ($n=35$). Гиподинамия и длительные статические нагрузки (у офисных работников и водителей) отмечены в 53% ($n=27$) случаев, тяжёлые физические нагрузки и неправильная техника подъёма тяжестей — в 40% ($n=20$). Избыточная масса тела (ИМТ > 25) выявлена у 36% ($n=18$) пациентов, что способствовало увеличению биомеханической нагрузки на позвоночник. Травматический фактор отмечен в 30% ($n=15$) случаев. Клинически у всех пациентов наблюдался болевой синдром в паравертебральных точках на уровнях L3–L4–L5 и S1–S2, иррадиирующая в нижнюю конечность радикулярная боль и положительные симптомы натяжения.

Выводы. Люмбоишиалгия в настоящее время широко распространена среди лиц трудоспособного возраста. В её развитии ключевую роль играют дегенеративно-дистрофические процессы позвоночника, гиподинамия, избыточная масса тела и профессиональные факторы, которые выступают значимыми факторами риска и усиливают патогенетические механизмы заболевания. Соблюдение принципов здорового образа жизни и коррекция модифицируемых факторов риска способствуют достоверному снижению уровня заболеваемости.

Охунова Ф.О., Рахимова Ш.А.

СОЧЕТАНИЕ СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА И ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить эффективность комбинации тВНС и дефектологических занятий при умственной отсталости по сравнению с изолированной дефектологией. тВНС может усиливать нейропластичность и когнитивные процессы, создавая благоприятный фон для обучения.

Материал и методы. 20 детей, 5–11 лет (средний $7,4 \pm 2,0$) с F70 (n=12) и F71 (n=8). Основная группа (n=10): тВНС (15 сеансов, 25 минут/день) + дефектология (3 раза/неделю по 40 минут). Контроль (n=10): только дефектология. Группы сопоставимы. Курс 8 недель. Оценка: Vineland-3, WISC-V («кодирование», «повторение цифр», «кубики Кооса»), тест Бурдона, опросник родителей, ВСП.

Результаты исследования. Vineland-3: основная +17,3% (с $49,8 \pm 8,7$ до $58,4 \pm 9,4$; $p < 0,05$), контроль +9,8% ($p > 0,05$). Межгрупповые различия $p < 0,05$. «Кодирование» WISC: +21,3% (основная) vs +11,4% (контроль; $p < 0,05$). Бурдон (концентрация): +24,8% vs +13,2%. Рабочая память: +16,7% vs +8,3%. Родители: улучшение концентрации/обучаемости у 80% (8/10) основной и 50% (5/10) контрольной. Самообслуживание: 70% vs 40%. ВСП (основная): RMSSD +22,4% ($p < 0,05$), подтверждение вагусной активации.

Выводы. Комбинация тВНС и дефектологии обеспечивает значимо более выраженное улучшение когнитивных функций и адаптивного поведения. тВНС создаёт оптимальный нейрофизиологический фон, усиливая эффективность коррекционных мероприятий.

Охунова Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВА-ПОДХОДА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТУАЛЕТНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

НИИ «Центр психического здоровья «Инсайт». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценка эффективности применения прикладного анализа поведения (АВА) при формировании туалетных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Материал и методы. Исследование проведено на базе НИИ «Центр психического здоровья «Инсайт» (г. Худжанд). Теоретико-методологической основой являлся прикладной анализ поведения (Applied Behavior Analysis), в рамках которого формирование навыков рассматривается как процесс, поддающийся операционализации, наблюдению и количественной оценке в формате индивидуального экспериментального анализа (single-case design). В качестве инструмента регистрации использовалась протокольная временная сетка в режиме непрерывной поведенческой регистрации в течение всего периода бодрствования ребёнка. Регистрация осуществлялась по фиксированным временным интервалам (30 минут) с фиксацией успешных эпизодов использования горшка, эпизодов вне горшка, а также интервалов отсутствия физиологических выделений. Принятие коррекционных решений осуществлялось на основе принципов data-based decision-making.

Результаты исследования. Первичное накопление протокольных данных позволило выявить индивидуальные временные закономерности физиологических реакций, на основании которых формировалось расписание высаживания. Каждое успешное выполнение целевой реакции сопровождалось немедленным положительным подкреплением, что способствовало формированию устойчивой функциональной связи между поведением и его последствиями. Результаты протокольной регистрации продемонстрировали устойчивую положительную динамику: увеличение количества успешных эпизодов использования горшка, снижение частоты эпизодов мочеиспускания и дефекации вне горшка, а также рост уровня самостоятельности ребёнка с постепенным переходом от поведения, инициируемого взрослым, к самостоятельной инициации целевого поведения.

Выводы. Применение протокольной временной сетки в системе АВА-подхода позволяет рассматривать формирование туалетных навыков у детей с РАС как структурированный, измеримый и управляемый процесс. Систематическая регистрация поведения обеспечивает объективную оценку динамики навыка и повышает научную обоснованность коррекционной работы.

Паиков М. В.

КЛИНИКО-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЕРОЯТНОСТИ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой им. акад. Г.Ф. Ланга ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова». Россия

Научные руководители – д. м. н., профессор Баранова Е. И., д. м. н., профессор Ионин В. А.

Цель исследования. Изучить частоту хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у пациентов кардиологического отделения, определить вероятность наличия этого варианта заболевания и наиболее часто встречающиеся критерии у больных с не диагностированной сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Ретроспективный анализ историй болезней 245 пациентов кардиологического отделения №1 ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова за период с сентября 2024 года – по январь 2025 года (включительно). Вероятность ХСНсФВ левого желудочка оценена с помощью шкалы H₂FPEF.

Результаты исследования. Из 245 пациентов кардиологического отделения ХСН диагностирована у 146 пациентов (59,6%): из них ХСНсФВ – у 115 пациентов (78,8%), ХСНунФВ – у 16 больных (11,0%) и ХСНнФВ – у 11 (7,5%) пациентов и у 4 (2,7%) пациентов ФВ ЛЖ не была определена. Средний возраст пациентов с ФВ ЛЖ ≥ 50 % составил $67,9 \pm 12,0$ лет. Проведен анализ вероятности ХСНсФВ ЛЖ с помощью шкалы H₂FPEF у 99 госпитализированных пациентов с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, которым не был поставлен диагноз ХСН. Из 99 пациентов 36 (36,4%) больных имели низкий риск вероятности ХСН (0–1 баллов по шкале H₂FPEF), 55 (55,5%) больных имели промежуточную вероятность ХСН (2–5 баллов по шкале H₂FPEF) и 8 пациентов (8,1%) – высокую вероятность ХСН (6–9 баллов по шкале H₂FPEF). Следовательно, среди пациентов с ФВ ЛЖ ≥ 50 % и не диагностированной ХСН число больных с вероятным диагнозом ХСНсФВ составляет 63 (63,6%). Среди пациентов с высоким или промежуточным риском ХСНсФВ, которым не был поставлен диагноз этого осложнения, в соответствии со шкалой H₂FPEF наиболее часто встречались следующие признаки: приём двух и более антигипертензивных препаратов – 49 (77,8%) пациентов, возраст старше 60 лет у 47 (74,6%) пациентов, ожирение (ИМТ >30 кг/м²) – у 28 (44,4 %) пациентов, давление наполнения по данным Эхо-КГ ($E/e' > 9$) у 20 (31,7%) пациентов, фибрилляция предсердий у 11 (17,5%) пациентов и высокое расчётное систолическое давление в легочной артерии (рСДЛА > 35 мм.рт.ст.) – у 10 пациентов (15,9%).

Выводы. Хроническая сердечная недостаточность с сохранённой фракцией выброса левого желудочка – наиболее частый вариант ХСН у госпитализированных больных. Использование шкалы оценки вероятности наличия H₂FPEF позволяет выделить когорту пациентов с высокой и промежуточной вероятностью ХСН. Наиболее часто встречающиеся параметры шкалы H₂FPEF: пожилой возраст, антигипертензивная терапия двумя и более препаратами, ожирение и давление наполнения ЛЖ ($E/e' > 9$).

Прокониц Д.А.

АДИПОКИНЫ И ЦИТОКИНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ИНДЕКСА ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Томск, Российская Федерация
Научный руководитель – д.м.н., доцент Саприна Т.В.

Цель исследования. Определить и сравнить цитокиновый и адипокиновый профили у пациентов с ХОБЛ в зависимости от индекса жировой массы тела.

Материал и методы. В исследование включено 150 человек, из них 110 человек — пациенты с ХОБЛ, 40 человек — группа контроля. У всех обследуемых лиц определены рост, вес, окружность талии и бедер. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитан по формуле Кетле. Выполнен забор крови из локтевой вены для определения уровней лептина, резистина, адипонектина, висфатина, ФНО- α , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 и MCP-1. Также всем пациентам выполнены спирометрия и биоимпедансометрия.

Результаты исследования. При сравнении адипокинового и цитокинового профилей между пациентами с ХОБЛ и лицами группы контроля обращали на себя внимание более высокие уровни висфатина, резистина, ФНО- α , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, MCP-1 у больных ХОБЛ (для всех $p < 0,050$), что подтверждает данные мировой литературы о наличии системного воспаления у этой категории пациентов. Также у больных ХОБЛ определены более высокие уровни лептина и адипонектина, но различия оказались статистически незначимыми ($p = 0,780$ и $p = 0,690$ соответственно). При сравнении концентраций адипоцитокинов внутри когорты пациентов с ХОБЛ, разделенной на группы по ИМТ согласно ВОЗ, статистически значимо был повышен уровень лептина у пациентов с ХОБЛ и ожирением по сравнению с пациентами с ХОБЛ и нормальной массой тела ($p < 0,020$). Концентрации IL-10 были выше у пациентов с нормальной ($p < 0,040$) и избыточной массой тела ($p < 0,020$) по сравнению с пациентами с ожирением.

Поскольку ИМТ не отражает точного количества жировой ткани, нами был рассчитан индекс жировой массы тела: ИЖМТ = жировая масса тела (кг)/рост (м²), согласно которому больные ХОБЛ поделены на подгруппы: подгруппа 1 ($n = 34$) — с низким индексом жировой массы тела (2,55—4,68 кг/м²), подгруппа 2 ($n = 46$) — со средним (4,69—10,33 кг/м²) и подгруппа 3 ($n = 30$) — с высоким (10,34—17,53 кг/м²) значением индекса. Отмечен более высокий уровень лептина и более низкий уровень адипонектина у пациентов наиболее высокими значениями ИЖМТ, чего не было при сравнении пациентов с ХОБЛ в зависимости от ИМТ. У пациентов группы с наименьшим количеством жировой ткани наблюдались наиболее высокие уровни воспалительных цитокинов ФНО- α и MCP-1 и в то же время самые высокие значения противовоспалительного IL-10 и адипонектина. Содержание IL-4 было ниже у пациентов группы с избытком жировой массы. Статистически значимых различий по уровням резистина, висфатина, IL-6, IL-8 между группами не было.

Выводы. ИМТ не отражает количество и распределение жировой ткани. У пациентов в группе с наименьшим количеством жировой массы наблюдались наиболее высокие уровни воспалительных цитокинов, а также противовоспалительного интерлейкина 10 и адипонектина, что может свидетельствовать о защитной роли жировой ткани у данной категории больных. Биоимпедансометрия у пациентов с ХОБЛ может представлять собой ценный диагностический инструмент для разработки персонализированных рекомендаций по коррекции нутритивного статуса.

Пулатова С. Дж.

СОСТОЯНИЕ ГОТОВНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ СЛУЖБЫ И ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ РЕАГИРОВАНИЯ В ПЕРИОД РЕСПИРАТОРНЫХ ПАНДЕМИЙ

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

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

Цель исследования. Изучить готовность стационарных учреждений противотуберкулезной службы (УПТС) и стационарных учреждений общего профиля (УОП) для реагирования в период респираторных пандемий.

Материал и методы. В данной работе изучен опыт и извлечённые уроки после пандемии COVID-19 в ряде УПТС и УОП и их готовность к функционированию в период вспышек респираторных инфекций. Разработан и анализирован чек-лист для опроса медицинских работников и пациентов, который содержит целенаправленные вопросы для оценки готовности к функционированию стационарных УПТС и УОП в период вспышек респираторных инфекций.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что комплекс мер по поддержанию санитарно-противоэпидемического режима в разных учреждениях системы здравоохранения различается. В стационарных УПТС строго соблюдаются правила инфекционного контроля, социальной дистанции, исключения скопления людей в общественных местах, ограничения излишней миграции и проведения различных массовых мероприятий, обеспечения и строгого использования средств индивидуальной защиты и пр. В стационарных УОП соблюдается, в основном, рутинный подход к дезинфекции лечебно-профилактических учреждений.

Выводы. УПТС могут быть координирующим звеном и примером для подготовки системы здравоохранения к различным вероятным вспышкам респираторных инфекций. Для повышения эффективности превентивных мер против трансмиссии респираторных инфекций необходимо провести как функциональную, так и структурную интеграцию УПТС с другими задействованными учреждениями системы здравоохранения.

Рабоева Ш.Р., Камарова М.А., Асилова Н.Г.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Изучение клиники и ЭЭГ-характеристики эпилептических приступов у детей с ДЦП и коррекция противосудорожной терапии при комплексной реабилитации больных.

Материалы и методы. Было проведено обследование 94 детей с ДЦП с эпилептическими приступами, в детском неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ “Шифобахш” на базе кафедры неврологии и основы медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Возраст больных варьировал от 2 года до 14 лет. Всем детям с детским церебральным параличом проводили неврологический осмотр, электроэнцефалографическое исследование, МРТ и КТ головного мозга, осмотр логопеда.

Результаты исследования. Дети распределились по формам ДЦП на следующие виды: двойная гемиплегическая форма (ДГФ) - 16 (17%) детей, 26 (27,7%) детей со спастической диплегией (СД), 18 (19,1%) детей с гемипаретической формой (ГПФ), 8 (8,5%) больных атонико-астатической формой (ААФ), 9 (9,6%) с гиперкинетической формой (ГКФ) и 17 (18,1%) детей со смешанной формой (СФ).

Частота эпилептических приступов варьировала от 1 до 24 в месяц, в том числе 2-3 приступа в месяц - 46 (48,9%) детей, 1 раз в неделю – у 21 (22,3%), более 1-2 раз в день – у 15 (16%). При обследовании у больных наблюдались различные типы эпилептических приступов, из них большие генерализованные тонико-клонические приступы у 29 (31%) больных, большие генерализованные атонические приступы у 9 (9,6%) больных, парциальные Джексонские приступы у 18 (19,1%), миоклонические приступы у 11 (12%), абсансы у 9 (9,6%) и у 6-ти (6,4%) больных отмечались смешанные эпилептические приступы. У 12 (12,8%) больных в анамнезе наблюдались судорожные приступы.

По данным нейровизуализации (МРТ и КТ головного мозга) было выявлено наличие органических изменений головного мозга. Среди них необходимо отметить перивентрикулярную лейкомаляцию, корково-подкорковые атрофии, рубцово-глиозные изменения в веществе головного мозга, мультикистозные энцефаломалии, вентрикуломегалия и поражение подкорковых ядер.

При изучении данных ЭЭГ наблюдалась взаимосвязь между клиникой и ЭЭГ картиной. У 53,3% отмечались локальные изменения в виде преобладания медленных волн, спайк или острых волн в одной из областей головного мозга. Разряды «пик-волны» с частотой 3-3,5 в 1 сек. обнаружены у 10% с абсансами, у 13,3% детей дисфункция стволовых структур головного мозга со снижением порога судорожной готовности. У 16,7% детей обнаружены диффузно распространенные разряды острых волн и замедление фоновой активности с задержкой электрогенеза.

Выводы. Больным, у которых в анамнезе наблюдались эпилептические припадки, во время реабилитации были назначены противосудорожные препараты короткими курсами. Использование комплексных методов реабилитации больных ДЦП позволяет компенсировать имеющийся у них неврологический дефицит и улучшить качество их жизни и социальную адаптацию.

Рабоева Ш.Р., Н.А. Зарифи, М.А. Камарова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Выделить основные факторы риска и описать течение клинической синдромологии ишемического инсульта в детском возрасте.

Материалы и методы. Было проведено обследование 15 больных (10 мальчиков и 5 девочек), перенесших ИИ в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Все пациенты вошли в исследование по окончании острого периода заболевания. Клиническое обследование у всех больных включало сбор анамнеза, общеклинический и неврологический осмотр. Для нейровизуализационного обследования инсульта в остром периоде 11 пациентам была выполнена МРТ головного мозга, 4 пациентам – КТ ангиографическом режиме.

Результаты исследования. Клиническая симптоматика у больных в остром периоде артериального ишемического инсульта регистрировались: гемипарез – у всех пациентов, парез мимической мускулатуры по центральному типу – в 12 случаях, моторная афазия – 6, сильная локальная головная боль – 5, нарушение сознания – 5, судороги – 5, рвота – 4, мерцающие скотомы – 3 случая. Таким образом, острый период артериального ИИ характеризовался преобладанием очаговой симптоматики, соответствующей пораженному сосудистому бассейну. В восстановительном периоде ИИ полное исчезновение неврологического дефицита отмечено только у 4 больных. Реже определялись: центральный парез лицевой мускулатуры – в 3 случаях, поведенческие нарушения – 3, симптоматическая эпилепсия – 2, грубая задержка психомоторного развития и задержка речевого развития – по 1 случаю.

Выводы. По нашим результатам более 70% детей, перенесших ИИ, имеют стойкие неврологические симптомы. У данной категории больных возможны прогнозирование и профилактика инсульта. Многие дети, у которых развивается инсульт в этом возрасте, уже имеют какое-либо “фоновое” заболевание, влияющее на их психомоторное или физическое развитие. Сюда следует отнести больных врожденными пороками сердца, метаболическими заболеваниями, серповидноклеточной анемией.

Рабоева Ш.Р., Зарифи Н.А., Рахмонов Р.Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АТОМОКСЕТИНА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Атомоксетина у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Материалы и методы. С целью оценки терапевтического действия препарата Атомоксетина в режиме монотерапии при длительном назначении препарата нами были исследованы 52 больных с СДВГ, в возрасте от 6 до 12 лет. Обследование и лечение детей проводились в амбулаторных условиях. Для сравнения эффективности Атомоксетина пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 32 ребенка с СДВГ (37 мальчиков и 15 девочек), которым одновременно с психолого-педагогической программой проводился курс лечения Атомоксетином в течение 3-х мес. Вторую группу (группа сравнения) составили 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек), которые не принимали препарат Атомоксетин. Оценивалось действие Атомоксетина не только на основные клинические проявления СДВГ, но и на нарушения адаптации и социально-психологическое функционирование. Атомоксетин назначался в виде таблеток, по 1 таблетке 1 раза в день, за 25-30 минут до приема пищи в течение 3-х месяцев. Оценка эффективности лечения осуществлялась с интервалами в 1 мес. С этой целью проводилось тестирование родителей. Использовалась шкала оценки основных симптомов СДВГ СДВГ-DSM-IV версии для родителей.

Результаты исследования. В ходе исследования были выявлены факторы формирования СДВГ у обследованных детей. У 65,4% детей с СДВГ изучение анамнеза показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще резидуального характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации, травмы, несовместимость крови матери и плода по различным факторам, недоношенность, асфиксия в родах, возраст матери старше 40 лет, болезни, перенесенные в первый год жизни). У 15,4% больных в анамнезе наблюдалась генетическая предрасположенность. У 5,8% детей СДВГ встречался среди матерей и 9,6% среди отцов детей с СДВГ. Социальный предиктор формирования СДВГ был выявлен у 19,2% детей. С первого дня обращения после проведенных дополнительных методов исследования детям первой группы был назначен препарат Атомоксетин наряду с педагого-психологической реабилитацией. Детям с СДВГ второй группы были назначены педагого-психологические занятия без применения Атомоксетина.

Эффективность препарата Атомоксетин у детей с СДВГ проявлялась в разные сроки, и несмотря на то, что у большинства детей улучшение наступало уже в начале лечения, достаточно большая группа, не давшая положительный ответ в первые месяцы, все же достигла его при продолжении терапии. Через 3 мес средние баллы симптомов нарушений внимания и гиперактивности-импульсивности составили, соответственно, 13,0 и 12,6 ($p < 0,001$). Следует отметить, что во второй группе подобная динамика изменений показателей наблюдалась спустя год после проведенной педагого-психологической коррекции.

Выводы. Таким образом, включение Атомоксетин в комплексную медико-психологическую коррекционную программу способствует улучшению психоэмоционального состояния детей, уменьшает гиперактивность-импульсивность, достоверно улучшает когнитивные и речевые функции детей.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости риска перерождения узловых форм щитовидной железы по TI-RADS с дальнейшим подтверждением по данным ТАБ в оптимизации тактики ведения пациентов с узловым зобом.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Городского Медицинского Центра № 1 имени К.Ахмедова. Всего было обследовано 115 пациентов с узловым зобом, проходивших амбулаторное обследование и наблюдение в плановом порядке. Среди обследованных пациентов все участники исследования были женского пола, что связано с тем, что в период проведения исследования на консультативный приём по поводу узловых образований (Щ.Ж.). Средний возраст пациенток составил $36,14 \pm 13,9$ лет (диапазон от 15 до 80 лет). Больные в основном обращались с города Душанбе (83 больных 72,1%), меньше из Хатлонской области (11 больных 9,56%) и с РРП (22 больных 19,1%). Исследование носило проспективный характер и основывалось на анализе амбулаторных карт и результатов лабораторно-инструментальных методов обследования пациенток с узловым зобом. Были проанализированы клинические данные, показатели гормонального профиля с определением уровня (ТТГ), (Т4св), а также (АТ к ТПО). Всем пациенткам проведено ультразвуковое исследование Щ.Ж. с оценкой общего объёма, размеров, количества, локализации эхоструктуры узловых образований, их контуров, наличия микрокальцинатов, гипоехогенности и других признаков, подозрительных на злокачественность. Стратификация риска злокачественности узлов осуществлялась согласно системе TI-RADS. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0 Excel 2022.

Результаты исследования. В исследование было включено 115 пациенток с узловыми образованиями ЩЖ. По результатам лабораторного исследования гормонального профиля ЩЖ установлен, что средний уровень тиреотропного гормона (ТТГ) составил $1,06 \pm 0,21$ мМЕд/л, свободного тироксина (Тсв4) составил $15,2 \pm 3,12$ пмоль/л. Средний уровень антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) составил $130,06 \pm 194$ МЕ/мл. По данным ультразвукового исследования ЩЖ средний объём органа составил $16,25 \pm 6,68$ см³. В результате исследования установлено, что наиболее часто встречались категория TI-RADS 2, которая была выявлена у 35 (37,2%) пациенток. Категория TI-RADS 3 диагностирована у 42 (44,68%) пациенток, TI-RADS 4 24 (25,5%) пациенток, тогда как TI-RADS 1 была отмечена у 13 (13,8%) пациенток. Так проводился анализ эхографических признаков узловых образований. В частности, наличие микрокальцинатов которые могут рассматриваться как один из ультразвуковых признаков повышенного риска злокачественности, было выявлено у 19 пациенток. У 66 пациенток с узловыми образованиями и TI-RADS 3-4 ст. было рекомендовано провести ТАБ с последующей цитологической интерпретацией по системе Bethesda. По результатам цитологического исследования распределение было следующим: Bethesda 1 – 1 (2,08) случаев, Bethesda 2- 43 (89,5%) случаев, Bethesda 3- 4 (8,33%) случаев. 20 пациентов отказались от проведения ТАБ. Частота встречаемости 3-4-степени составила 57,4%, который свидетельствовал о необходимости проведения ТАБ, однако при ее проведении ни у одного пациента не подтверждено онкообразование, в связи с чем рекомендован данный алгоритм для предотвращения необоснованных оперативных вмешательств.

Выводы. 1. Частота встречаемости 3-4 степени TI-RADS составила 57,4%, что свидетельствовало о необходимости проведения ТАБ.

2. Проведённое исследование показало, что применение ультразвуковой системы TI-RADS является эффективным инструментом стратификации риска злокачественных узловых образований щитовидной железы и ведения пациентов с узловым зобом.

Раджабова М.Б.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Республика Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Асоев М.М.

Цель исследования. Исследование частоты встречаемости синдрома апноэ/гипопноэ сна у детей, страдающих эпилепсией и эпилептическими синдромами.

Материал и методы. Проанализировано 259 амбулаторных карт пациентов с эпилепсией, обращавшихся в детскую консультативную поликлинику национального медицинского центра Республики Таджикистан «г.Шифобахш» в период с 2021 по 2025 гг. Критерии включения: возраст – от 1 года до 18 лет, мужской и женский пол, верифицированный диагноз эпилепсии, наличие консультации невролога-эпилептолога, сомнолога. Критерии исключения: возраст старше 18 лет, предположительный (неуточнённый) диагноз эпилепсии. Согласно критериям включения и исключения нами рандомизировано 39/259 (15%) клинических случаев. Объём диагностики: ночной видео-ЭЭГ-мониторинг (3 часа), МРТ головного мозга 1,5 Тесла по протоколу «Эпилепсия», ночной респираторный мониторинг с пульсоксиметрией, ночной кардиореспираторный мониторинг, полисомнография, консультация невролога-эпилептолога, сомнолога, оториноларинголога.

Результаты исследования. Общая выборка пациентов составила 39 человек в возрасте от 1 до 18 лет, медиана возраста – 8 [5;12] лет, в том числе: 32 ($82 \pm 6,1\%$) пациента мужского пола и 7 ($18 \pm 6,2\%$) – женского пола. Распределение пациентов в зависимости от нозологической формы эпилепсии было следующим: 20/39

(51,3±8%) чел. с симптоматическими формами эпилепсии, включая 7/39 (18±6,1%) – симптоматическая лобная эпилепсия, 3/39 (7,7±4,3%) – симптоматическая височная эпилепсия; 10/39 (25,6±7%) – симптоматическая фокальная эпилепсия иной локализации; 9/39 (23±6,7%) с идиопатическими формами эпилепсии, включая 6/39 (15,4±5,8%) чел. с идиопатической фокальной эпилепсией (роландическая эпилепсия), 1/39 (2,6±2,5%) чел. – с юношеской абсансной эпилепсией, 2/39 (5,1±3,5%) чел. с юношеской миоклонической эпилепсией; 5/39 (12,8±5,3%) чел. с криптогенными формами эпилепсии; 5/39 (12,8±5,3%) чел. с эпилептическими энцефалопатиями, включая 1/39 (2,6±2,5%) чел. с синдромом Веста, 2/39 (5,1±3,5%) чел. с синдромом Леннокса-Гасто, 2 (5,1±3,5%) чел. с синдромом Ландау-Клеффера. Суточный профиль эпилептических приступов был следующим: у 21/39 (53,9±8%) чел. зарегистрированы дневные приступы, у 12/39 (30,8±7,4%) чел. – ночные или преимущественно ночные приступы; у 6/39 (15,4±8%) чел. приступы не зарегистрированы (фармакоиндуцированная клиническая ремиссия и синдром Ландау-Клеффера). Ронхопатию (храп во время сна) имели 16/24 (66,7±9,6%) детей. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) верифицирован у 26/39 (66,7±7,5%) чел., из них: легкой степени тяжести – у 23/26 (88,5±6,3%) чел. и средней степени тяжести – у 5/26 (19,2±7,7%) чел. Осложненное течение СОАГС с умеренной ночной гипоксемией во время респираторных событий имели 5/26 (19,2±7,7%) чел., включая 4/5 (80±17,9%) чел. с нарушениями сердечного ритма во время ночного сна, 1/5 (20±17,9%) чел. – с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) в общей выборке варьировал от 0 до 15 в час (медиана – 1,4 [0,5; 3,8]). Индекс десатурации варьировал от 0 до 6,8 (медиана – 1 [0,1; 1,4]). Минимальная сатурация составила 71%, максимальная сатурация – 96% (медиана – 90 [86; 93]%). Хроническую патологию ЛОР-органов (хронический аденоидит, хронический тонзиллит, хронический синусит) имели 24/39 (61,5±7,8%) чел., в том числе: гипертрофия глоточной миндалины («аденоиды») 2-3 степени выявлена у 18/24 (75±8,8%) чел., гипертрофия небных миндалин – у 20/24 (83,3±7,6%) чел., синусит – у 3/24 (12,5±6,7%) чел.

Выводы. Коморбидность СОАГС и ночных эпилептических приступов у детей высокая (66,7%). Эпилептические приступы в ночное время у детей с СОАГС регистрировались в 5 раз чаще, чем у детей с эпилепсией без СОАГС.

Раджабова Н.Ю., Кувваталиева Г.Г.

ЛФК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНЫХ БОЛЕЙ.

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В.Фаттоева

Цель исследования. Изучение применения лечебной физкультуры в комплексном лечении больных с остеохондрозом позвоночника.

Материал и методы. Под наблюдением находились 20 больных (8 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 30 до 55 лет с диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

В комплекс реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение лечебной физкультуры с использованием специальных физических упражнений.

Программа ЛФК проводилась поэтапно:

1 этап (острый период) — щадящий режим, изометрические упражнения в положении лежа;

2 этап — динамические упражнения с постепенным увеличением амплитуды;

3 этап — стабилизирующая гимнастика и укрепление мышц кора. Курс составлял 20–25 дней с ежедневными занятиями.

Обоснование длительности: для формирования мышечного корсета и снижения внутридискового давления требуется не менее 3–4 недель регулярной нагрузки.

Изометрическое напряжение мышц передней брюшной стенки повышает внутрибрюшное давление, что уменьшает компрессию межпозвонковых дисков.

В период обострения заболевания больным рекомендуется лежать на полужесткой постели. По мере уменьшения болевого синдрома необходимо переходить к упражнениям в изометрическом напряжении мышц – они увеличивают внутрибрюшное давление и тем самым уменьшают внутридисковое давление.

Учёт эффективности восстановительной терапии в комплексе с медикаментозным лечением оценивался по общепринятым клиническим проявлениям, а также по объективным и субъективным данным. К ним относятся жалобы больного, интенсивность болей в поясничном отделе позвоночника, ограничение движения в позвоночнике, невозможность выполнения обычных бытовых нагрузок.

Результаты исследования. Результаты восстановительного лечения зависят от длительности реабилитационных мероприятий. Так через 10-15 дней после комплекса лечения с применением средств ЛФК, у больных незначительно уменьшались жалобы, увеличивалась подвижность в позвоночнике. Через 20-25 дней после комплекса лечения значительно уменьшались или исчезали жалобы, увеличивалась подвижность в позвоночнике, нормализовался сон, повысилась физическая работоспособность. При более длительном применении средств ЛФК, на стадии реабилитации, исчезают жалобы больных на боли в области поясницы, нормализуется сон, наблюдается хорошая подвижность в области позвоночника, работоспособность, выносливость.

ЛФК устраняет ключевое звено патогенеза — мышечную дисфункцию и нестабильность сегмента, уменьшает нагрузку на поражённые межпозвонковые диски, уменьшает напряжение мышц, улучшает их кровоснабжение, предотвращает развитие общей адинамии.

Выводы. Таким образом, наблюдения показали, что применение средств ЛФК в комплексном лечении поясничных болей дают хороший и положительный эффекты, а более длительное применение этих средств приводит и к длительной ремиссии.

Раджабова Н.Б.

ХАРАКТЕРНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Асоев М.М.

Цель исследования. Проявление особенностей судорожного синдрома у детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП) по данным клинических картин и электроэнцефалографического исследования.

Материал и методы. Анализированы истории болезни 51 ребенка с перинатальной энцефалопатией в возрасте от 1 месяца до 6 месяцев жизни. Из них 38 (74,5%) мальчиков и 13 (25,5%) девочек, находившееся на стационарном лечении в отделении детской неврологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан (Шифобахш) г. Душанбе в период 2002 – 2004 гг. Критерии включения: возраст от 1 месяца до 6 месяцев жизни. Все больные осмотрены неонатологом, педиатром, окулистом, ортопедом и проведено комплексное клинико-энцефалографическое (ЭЭГ) исследование в зависимости от клинических проявлений судорожных синдромов.

Результаты исследования. Общее количество больных составило 51 ребенок в возрасте от 1 месяца до 6 месяцев жизни. Распределение следующим образом в зависимости от клинических проявлений перинатальной энцефалопатии: гипертензионно-гидроцефальный синдром 22%, синдром двигательных расстройств 18,8%, отставание психомоторного развития 59,2%. Наиболее часто судорожный синдром проявился в 3 месячном возрасте с гипертензионно-гидроцефальным синдромом. Среди морфологических форм перинатальной энцефалопатии по данным магнитно - резонансной томографии (МРТ) наиболее часто встречались – геморрагические, ишемические поражения мозга, в том числе перивентрикулярная и субкортикальная лейкомаляция, кисты, рубцово-атрофические изменения, фокальные корковые дисплазии и врожденные структурные аномалии. Особенности ЭЭГ у детей с ПЭП явились мультирегиональные изменения или повышенная судорожная готовность в течение всего периода наблюдения и регистрировались характерные изменения в виде модифицированной гипсаритмии. У детей 5 месячного возраста преимущественно отмечались миоклонические приступы, тонические аксиальные, симметричные тонические спазмы, атонические, Джексоновские, реже вторичные генерализованные и смешанные приступы. Использование клинико-инструментальных методов исследования позволяет своевременно диагностировать судорожный синдром у детей с ПЭП в 68% случаев. При неврологическом осмотре детей трехмесячного и шестимесячного возраста у 12% отмечается отставание в психомоторном развитии.

Комплексное клиническое и по показанию инструментальные методы исследования выявили у 2% врожденный порок сердца различной формы в стадии компенсации, которые осмотрены детским кардиологом и кардиохирургом и у 5% врожденные пороки тазобедренного сустава.

Выводы. Описаны характерности судорожного синдрома у детей с ПЭП, что даёт возможности верификации других эпилептоформных припадков у 72% больных, а в дальнейшем позволяет провести патогенетическую терапию судорожного синдрома в зависимости от морфологических и структурных изменений.

Раджабова С.Х.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КВАМАТЕЛА В СОЧЕТАНИИ С ПАНЗИНОРМОМ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

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

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

Цель исследования. Изучение эффективности применения кваматела в сочетании с панзинормом при обострении хронического панкреатита у больных с ХОБЛ.

Материал и методы. В пульмонологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан нами обследовано 120 больных ХОБЛ в сочетании с панкреатитом. Больные были разделены на три группы. В 1 группу было включено 40 больных с диагнозом ХОБЛ в сочетании с панкреатитом, получавших квамател. 2 группу составляли 40 больных ХОБЛ в сочетании с панкреатитом, получавших панзинорм. 3 группу составляли 40 больных с диагнозом ХОБЛ в сочетании с панкреатитом, получавших квамател и панзинорм. Все группы соответствовали по полу и возрасту. В работе использованы следующие методы исследования: общеклинические и специальные методы исследования. В комплекс общеклинических исследований входили данные объективного осмотра и обследования больного; инструментальные методы исследования: измерение пиковой скорости форсированного выдоха - ПСВ (с помощью пикфлоуметра), рентгенография лёгких, функция внешнего дыхания, эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование и лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, исследование мокроты). Всем больным проводилось УЗИ поджелудочной железы для исключения поражений этих органов.

Результаты исследования. Наше наблюдение показало, что основными клиническими симптомами у больных 1 группы до лечения были: кашель у 100%, одышка у 100%, загрудинная боль у 87,5%, першение в горле у 40%, изжога у 90%, отрыжка у 85%, тошнота у 45%, снижение аппетита у 72,5%, боли в эпигастриальной области у 95% больных. У больных ХОБЛ в сочетании с панкреатитом при комплексном лечении с применением кваматела в сочетании с панзинормом улучшились показатели ларингеальных и бронхолегочных симптомов, причём существенно активируя дренажную функцию бронхов. Это способствовало восстановлению бронхиальной проходимости и чувствительности бронхиального дерева к симпатомиметикам. Более заметная положительная динамика отмечена в группе больных, принимавших квамател в сочетании с панзинормом.

После лечения изжога купирована у 2,5% больных, леченных только квамателом, у 5% - с панзинормом, у 7,5% больных отмечена положительная динамика, когда применяли кваматель с панзинормом.

Выводы. У больных ХОБЛ в сочетании с панкреатитом положительным считается применение кваматела с панзинормом. При этом наряду с положительной динамикой клинических симптомов отмечены благоприятные сдвиги функциональных показателей со стороны эзофагогастральной зоны и дыхательной системы.

Раимова Н.С., Хаитов Ш.Р., Махмадов М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель-к.м.н., доцент Уроков К.З.

Цель исследования. Оценить клинические особенности течения интерстициальной пневмонии у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ клинических данных 35 пациентов с диагнозом интерстициальной пневмонии, выраженность симптомов и тяжесть состояния больных в пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш», находившихся на стационарном лечении. В исследование включены 14 мужчин (40,0%) и 21 женщина (60,0%). По возрастной структуре пациенты распределились следующим образом: молодой возраст — 7 человек (20,0%), средний — 11 (31,4%), пожилой — 17 (48,6%). Всем пациентам проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее оценку жалоб, анамнеза, был взят общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ и эхокардиографию с акцентом на выявление кардиальной патологии.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования фибрилляция предсердий выявлена у 7 пациентов, что составило 20,0% всей выборки. Среди них преобладали пациенты пожилого возраста — 5 человек (71,4%), тогда как лица среднего возраста составили 2 случая (28,6%). Впервые диагностированная фибрилляция предсердий зарегистрирована у 2 пациентов пожилого возраста, что соответствует 28,6% среди больных с аритмией и 5,7% от общего числа обследованных.

Терапия включала: антибиотики, антикоагулянты, гипотензивные, антиаритмические, мочегонные и отхаркивающие препараты. Гендерный анализ показал, что среди пациентов с фибрилляцией предсердий было 3 мужчины и 4 женщины.

Выводы. Сочетание пневмонии и фибрилляции предсердий чаще наблюдалось у пациентов пожилого возраста и сопровождалось более выраженной одышкой, чувством перебоев в работе сердца, болью в грудной клетке с возможной иррадиацией в левую верхнюю конечность, что требовало проведения дифференциальной диагностики с кардиальной патологией. В анамнезе у данной категории пациентов чаще выявлялись ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность. Наличие нарушений ритма сердца ассоциировалось с более тяжёлым течением заболевания и замедленной положительной динамикой на фоне проводимой терапии. Полученные результаты подчёркивают необходимость комплексного подхода к ведению пациентов с пневмонией и сопутствующей кардиальной патологией с целью своевременной коррекции лечения и улучшения клинических исходов.

Рахимзода О.Ш.

ПОСТНЕВРАЛГИЧЕСКАЯ НЕВРАЛГИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Оценить факторы риска развития постневралгической невралгии и её влияние на качество жизни пациентов, перенёсших опоясывающий лишай.

Материал и методы. Проведено наблюдательное (обсервационное) исследование с участием пациентов, перенёсших опоясывающий лишай. В рамках исследования анализировались демографические характеристики обследуемых, структура сопутствующей патологии, а также клинические особенности болевого синдрома, включая его интенсивность и длительность. Оценка качества жизни осуществлялась с использованием стандартизированного опросника SF-36. Интенсивность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением методов сравнительного анализа.

Результаты исследования. Установлено, что ключевыми факторами риска развития постневралгической невралгии являются пожилой возраст, высокая интенсивность болевого синдрома в остром периоде заболевания, а также наличие сопутствующих хронических заболеваний. У пациентов с постневралгической невралгией выявлено статистически значимое снижение показателей качества жизни, преимущественно за счёт ухудшения физического и эмоционального функционирования.

Выводы. Постневралгическая невралгия представляет собой значимую медико-социальную проблему, оказывающую выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов. Идентификация факторов риска имеет важное значение для разработки эффективных профилактических и лечебных стратегий, направленных на снижение частоты развития данного осложнения.

ПОСТНЕВРАЛГИЧЕСКАЯ НЕВРАЛГИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Оценить факторы риска развития постневралгической невралгии и её влияние на качество жизни пациентов, перенёсших опоясывающий лишай.

Материал и методы. Проведено наблюдательное (обсервационное) исследование с участием пациентов, перенёсших опоясывающий лишай. В рамках исследования анализировались демографические характеристики обследуемых, структура сопутствующей патологии, а также клинические особенности болевого синдрома, включая его интенсивность и длительность. Оценка качества жизни осуществлялась с использованием стандартизированного опросника SF-36. Интенсивность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением методов сравнительного анализа.

Результаты исследования. Установлено, что ключевыми факторами риска развития постневралгической невралгии являются пожилой возраст, высокая интенсивность болевого синдрома в остром периоде заболевания, а также наличие сопутствующих хронических заболеваний. У пациентов с постневралгической невралгией выявлено статистически значимое снижение показателей качества жизни, преимущественно за счёт ухудшения физического и эмоционального функционирования.

Выводы. Постневралгическая невралгия представляет собой значимую медико-социальную проблему, оказывающую выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов. Идентификация факторов риска имеет важное значение для разработки эффективных профилактических и лечебных стратегий, направленных на снижение частоты развития данного осложнения.

Рахимзода О.Ш., Негматова Н.Х., Сарвинози Боймурод

ТИПЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исоева М.Б.

Цель исследования. Изучить распределение и клиническое значение различных типов микроциркуляции у больных с постгерпетической невралгией, определить их роль в хронизации болевого синдрома и трофических нарушениях, а также оценить возможности использования микроциркуляторного фенотипа как прогностического критерия и ориентира для выбора патогенетически обоснованной терапии.

Материал и методы. В стационарных и амбулаторных условиях неврологического отделения Республиканского медицинского центра «Шифо» Министерства здравоохранения республики Таджикистан с 2022 по 2024 гг. обследовано 168 больных с диагнозом «Постгерпетическая невралгия» (ПГН). Оценка состояния микроциркуляции в зоне пораженного дерматомы проводилась методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Результаты исследования. У обследованных больных были выявлены различные типы микроциркуляции: нормоциркуляторный тип микроциркуляции (НЦТМ) – у 26/168; 15,5% больных. НЦТМ характеризуется сохранной или близкой к норме структурой микроциркуляции, считается наиболее благоприятным. Гиперемический тип микроциркуляции (ГПТМ) выявлен у 43/168; 25,6% больных. Этот тип указывает на состояние избыточного кровенаполнения сосудистого русла (реактивная гиперемия, воспалительный компонент). Может сопровождаться болевым синдромом, но прогностически менее тяжёлый, чем спастический или застойный тип. Спастический тип микроциркуляции (СПТМ), выявленный у 64/168; 38,1%, характеризуется выраженным вазоспазмом, резким снижением перфузии, высоким риском гипоксии тканей. Относится к тяжёлым типам нарушений микроциркуляции, так как способствует хронизации боли и трофическим расстройствам. Застойно-статический тип микроциркуляции (ЗСТМ) – у 35/168; 20,8% больных отражает тяжёлую форму нарушения, при которой наблюдается замедление или стаз кровотока, нарушение венозного оттока и микроциркуляторного обмена. Является прогностически наиболее неблагоприятным, так как указывает на глубокое истощение компенсаторных механизмов и выраженную вегетативную дисфункцию.

То есть, тяжёлые типы микроциркуляции (СПТМ и ЗСТМ) встречались в 99/168; 58,9% случаях, что в 2,3 раза чаще, чем выявлялся наиболее благоприятный – ГПТМ, который наблюдался у 43/168; 25,6% больных.

Преобладание патологических типов микроциркуляции у пациентов с ПГН указывает на то, что нарушения кровотока являются одним из ключевых патогенетических факторов хронической боли. Особенно неблагоприятными являются спастический и застойно-статический типы, так как они способствуют гипоксии тканей, трофическим расстройствам и хронизации болевого синдрома.

Выводы. Исследование микроциркуляции является важным инструментом не только диагностики, но и индивидуализации терапии ПГН.

Рахимзода Ш.

УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

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

Цель исследования. Оценить уровень контроля бронхиальной астмы (БА) при применении комбинированной терапии у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы. Проведено исследование уровня контроля БА по критериям GINA у 47 больных со средней и тяжелой степенью БА. Средний возраст пациентов составил $67 \pm 3,8$ лет. Первая группа – пациенты с длительностью заболевания до 10 лет; вторая группа – более 10 лет. Группы были сопоставимы по возрасту и тяжести БА.

Результаты исследования. Первую группу составили 23 пациента, из них 43,5% получали свободную комбинацию ИГКС+ДДБА, а 56,5% пациентов получали фиксированную комбинацию ИГКС+ДДБА, чаще будесонид+формотерол и флутиказон+сальметерол. Вторую группу составили 24 пациента, из них 91,7% получали фиксированную комбинацию, а 8,3% пациентов получали свободную комбинацию. В результате исследования у пациентов, получавших свободную комбинацию ИГКС+ДДБА, отмечалась достоверно значимая потеря контроля БА (в среднем $3,1 \pm 0,74$ балла по критериям GINA) по сравнению с пациентами, получавшими фиксированную комбинированную терапию, где средний балл уровня контроля составил $2,2 \pm 0,79$ ($p < 0,05$).

Выводы. Частота потери контроля достоверно была выше в группе пациентов со свободной комбинированной терапией ИГКС+ДДБА, чем в группе пациентов с фиксированной комбинированной терапией. Корреляция между уровнем контроля и длительностью заболевания у больных с БА выявлена не была.

Рахимова М.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

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

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

Цель исследования. Оценить клинические последствия сочетанного течения сахарного диабета 2-го типа (СД2) и цирроза печени, с акцентом на нарушения углеводного обмена, частоту гипогликемий и необходимость применения интенсивной сахароснижающей терапии.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 46 пациентов с СД2, наблюдавшихся в ГУ «Институт гастроэнтерологии» в 2025–2026 гг. Пациенты были разделены на две группы: с подтверждённым циррозом печени и без признаков цирроза. Диагноз цирроза устанавливался на основании комплексной оценки, включавшей клинические данные, лабораторные показатели (альбумин, билирубин, тромбоциты, АСТ/АЛТ) и инструментальные методы (ультразвуковое исследование). Оценивались демографические характеристики, длительность СД2, индекс массы тела, показатели углеводного обмена (глюкоза натощак, HbA1c), тип проводимой сахароснижающей терапии, частота гипогликемий, а также наличие ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты исследования. Пациенты с циррозом печени демонстрировали более выраженные нарушения углеводного обмена и значительно чаще требовали инсулинотерапии по сравнению с пациентами без цирроза. Частота гипогликемий была выше в группе с циррозом, а наличие ожирения и длительное течение СД2 ассоциировалось с повышением риска осложнений. Биохимические показатели печени у пациентов с циррозом отражали снижение синтетической функции и наличие признаков портальной гипертензии, что подтверждает клиническую значимость коморбидного состояния.

Выводы. Таким образом, коморбидное течение СД2 и цирроза печени сопровождается ухудшением метаболического контроля, повышенным риском гипогликемий и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Полученные данные подчёркивают необходимость регулярного мониторинга функции печени, индивидуальной коррекции сахароснижающей терапии и своевременного выявления печёночной патологии у пациентов с диабетом. Эти наблюдения имеют практическое значение для клинической работы и могут быть использованы для разработки локальных рекомендаций по ведению пациентов с сочетанной патологией.

Рахимова М.Т., Юнусов М. Р.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИПИДАКРИНА (НЕЙРОМИДИНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ.

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

Научный руководитель — старший преподаватель Холматова Г.К.

Цель исследования. Оценить эффективность ипидакрина (Нейромидина) в терапии ночного энуреза у детей школьного возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 38 детей в возрасте 6–12 лет с диагнозом моносимптомного ночного энуреза. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (20 детей) получала стандартную немедикаментозную терапию (поведенческие методы, режимные рекомендации) в сочетании с ипидакрином; группа сравнения (18 детей) — только стандартные мероприятия. Лечение проводилось на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2024–2026 гг.

Оценка эффективности проводилась по частоте эпизодов энуреза в неделю, динамике жалоб и данным дневника мочеиспускания.

Результаты исследования. Через 8 недель терапии в основной группе отмечено достоверное снижение частоты ночных эпизодов мочеиспускания по сравнению с исходным уровнем. Среднее количество эпизодов уменьшилось более чем на 50% у 65% пациентов, тогда как в группе сравнения аналогичный эффект достигнут у 38% детей. Полная ремиссия зарегистрирована у 30% детей, получавших ипидакрин. Препарат хорошо переносился, выраженных побочных эффектов не отмечено.

Предполагаемый механизм действия связан с улучшением нервно-мышечной передачи и нормализацией вегетативной регуляции мочевого пузыря, что способствует формированию устойчивого контроля над актом мочеиспускания.

Выводы. Включение ипидакрина в комплексную терапию ночного энуреза у детей является патогенетически обоснованным и способствует более быстрому достижению клинического эффекта. Ранняя медикаментозная поддержка в сочетании с поведенческой коррекцией повышает эффективность лечения и улучшает качество жизни пациентов.

Рахимова Ф.Р., Отаева М.О., Хафизова А.А.

СОСТОЯНИЕ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

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

Цель исследования. Определить состояние коагулограммы крови у пациентов с ревматической лихорадкой.

Материал и методы. В исследование включено 40 пациентов (23 мужчин, 17 женщин) в возрасте 18–50 лет (медиана – 19,2 года), находившихся на лечении в ревматологическом отделении Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Срок болезни пациентов составил от 5-6 недель до 5 лет. Все пациенты получали патогенетическую и противовоспалительную терапии. В первую группу вошли 13 пациентов, перенёсших ларингит. Вторую группу составили 27 пациентов с обострением ревматизма. Всем пациентам выполнялись клинико-лабораторные и инструментальные исследования: общий и биохимический анализ крови, ревматологические пробы, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография суставов. Оценивались показатели гемостаза: фибриноген, протромбин, протромбиновый индекс, тромбопластиновое время, время свёртывания крови и по Ли–Уайту.

Результаты исследования. Артралгии, слабость и повышение температуры тела наблюдались у всех пациентов (100%), одышка – у 14 (70%). Повышение СОЭ до 25–30 мм/ч выявлено у 13 пациентов (65%), изменения ревматологических проб – у 16 (80%), титр антистрептококковых антител повышен у всех (100%). Гиперкоагуляционные изменения выявлены у 17 пациентов (85%), в том числе: повышение фибриногена до 5,09 г/л (90%), протромбина до 117% (85%), протромбинового индекса до 117,6% (95%), ускорение тромбопластинового времени (55%) и сокращение времени по Ли–Уайту (85%). ЭКГ показала признаки ревмокардита у 12 пациентов (60%), фракция выброса по ЭхоКГ варьировала 49–60%. Рентгенография крупных суставов выявила признаки артрита у 12 пациентов (60%) без деформаций.

Выводы. У большинства пациентов с ревматической лихорадкой наблюдаются гиперкоагуляционные изменения, что требует контроля показателей гемостаза и коррекции терапии для снижения риска тромботических осложнений.

Рахимова Ф.Р., Отаева М.О., Хафизова А.А.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

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

Цель исследования. Оценить влияние современной ингаляционной терапии на показатели функции внешнего дыхания у пациентов с ХОБЛ.

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование 96 пациентов с подтверждённой ХОБЛ, получавших лечение в пульмонологическом и терапевтическом стационарах.

Медиана возраста составила 64 года (Q1–Q3: 57–72). Мужчины – 70 %, женщины – 30 %.

Методы включали:

- клиническую оценку симптомов (кашель, одышка, толерантность к нагрузке);
- спирометрию с определением ОФВ1 до и через 6 месяцев терапии;
- анализ частоты обострений;
- статистическую обработку данных с использованием критерия Стьюдента и корреляционного анализа.

Лабораторные методы исследования:

- общий анализ крови
- определить уровень С-реактивного белка
- биохимический анализ крови
- коагулограмма

Инструментальные методы исследования:

- Рентгенография органов грудной клетки.

Пациенты получали современную ингаляционную терапию, включающую длительно действующие β_2 -агонисты, антихолинэргические препараты и их комбинации с ингаляционными кортикостероидами.

Результаты исследования. На фоне проводимой терапии отмечено клиническое улучшение у большинства пациентов.

Основные показатели:

- уменьшение выраженности одышки – у 68 % пациентов;
- снижение частоты обострений – на 42 %;
- повышение показателя ОФВ1 в среднем на 9,6 % от исходного уровня ($p < 0,05$);
- улучшение переносимости физической нагрузки – у 61 % больных.

Наиболее выраженный эффект наблюдался у пациентов, регулярно использовавших комбинированные ингаляционные препараты и соблюдавших технику ингаляции.

Выводы. Современная ингаляционная терапия оказывает значимое положительное влияние на клиническое течение ХОБЛ, способствует улучшению функции внешнего дыхания и снижает частоту обострений. Полученные данные подтверждают необходимость раннего назначения комбинированных ингаляционных препаратов, обучения пациентов правильной технике ингаляции и динамического наблюдения в терапевтической практике.

Рахимова Ш.А.

СТИМУЛЯЦИЯ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить влияние тВНС на вегетативную регуляцию и тревожность у детей. Вегетативная дисрегуляция с преобладанием симпатикотонии – один из патофизиологических механизмов тревожных расстройств, ассоциированный с нарушениями сна, соматическими жалобами и снижением адаптации.

Материал и методы. 18 детей, 7–14 лет (средний $10,3 \pm 2,1$; 11 мальчиков, 7 девочек) с F41.1 ($n=8$), F41.2 ($n=5$), F93.0 ($n=5$). тВНС: 15 сеансов, 5 раз/неделю по 25 минут, 25 Гц, 250 мкс. Оценка: BCP (RMSSD, pNN50, LF/HF), SCARED, шкала Спилбергера (адаптированная), индекс Кердо, CSHQ. До начала, после курса и через 4 недели.

Результаты исследования. RMSSD: $+28,3\%$ (с $34,7 \pm 8,4$ до $44,5 \pm 10,2$ мс; $p < 0,05$). pNN50: $+34,6\%$ ($p < 0,05$). LF/HF: $-31,2\%$ (с $2,8 \pm 0,9$ до $1,9 \pm 0,7$; $p < 0,01$). SCARED: с $29,4 \pm 7,6$ до $19,6 \pm 6,1$ ($p < 0,01$; $-33,3\%$). Спилбергер (ситуативная): с 48,2 до 36,4 ($p < 0,05$). Нормализация вегетативного тонуса по Кердо у 72% (13 из 18). Сон улучшился у 67%: CSHQ с 51,8 до 43,2 ($p < 0,05$). Корреляция RMSSD и SCARED: $r=0,61$ ($p < 0,05$). Через 4 недели эффект у 78%.

Выводы. тВНС эффективно нормализует вегетативную регуляцию, восстанавливая парасимпатический тонус, и достоверно снижает тревожность. Корреляция BCP и тревожности подтверждает патогенетическую обоснованность метода. тВНС – безопасный немедикаментозный метод коррекции тревожных расстройств в педиатрии.

Рахматов Дж. М.

КИНЕЗОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В.Фаттоева

Цель исследования. Целью исследования является изучение влияния активной нейромышечной тренировки (кинезотерапии) на высоту свода стопы и функциональную переносимость осевых нагрузок у лиц молодого возраста (студентов) с продольным плоскостопием.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов с диагнозом: Продольное плоскостопие II степени. Участники были разделены на две группы по 20 человек. Основная группа ежедневно выполняла комплекс кинезотерапии, включающий захват мелких предметов пальцами ног, упражнения на балластировочных подушках и ходьбу по наклонным плоскостям.

Программа кинезотерапии выполнялась ежедневно в течение 4 месяцев. Продолжительность одного занятия – 20–25 минут.

Метод направлен на укрепление задней большеберцовой и длинной малоберцовой мышц, формирование активного мышечного свода, улучшение проприоцепции.

Продолжительность 4 месяца обоснована необходимостью нейромышечной перестройки и формирования устойчивого двигательного стереотипа.

Группа сравнения (контрольная) ограничивалась пассивной коррекцией – использованием индивидуальных ортопедических стелек.

Оценка эффективности проводилась методами компьютерной плантографии и подометрии, позволяющими детально проанализировать геометрию стопы в начале и в конце цикла.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования в основной группе отмечена выраженная положительная динамика: индекс Чижина (отношение ширины опорной части к общей ширине стопы) снизился с $1,92 \pm 0,15$ до $1,35 \pm 0,10$. Клинически пациенты данной группы зафиксировали купирование болевого синдрома в стопах и исчезновение вечерней пастозности голеней. В контрольной группе, использо-

вавшей только стельки, индекс Чижина практически не изменился ($1,89 \pm 0,12$), а жалобы на быструю утомляемость при ходьбе сохранялись у 65% (13) участников.

Клинические эффекты: восстановление статодинамической функции стопы, перераспределение осевой нагрузки, профилактика артрозов и нарушений осанки.

Активная кинезотерапия устраняет мышечную гипотонию — основное патогенетическое звено плоскостопия, тогда как пассивная коррекция лишь временно компенсирует деформацию.

Полученные данные объясняются тем, что активные упражнения стимулируют длинную малоберцовую и заднюю большеберцовую мышцы, которые выполняют функцию «активных затяжек» свода, чего невозможно добиться при чисто пассивной поддержке стопы.

Выводы. Активная кинезотерапия является приоритетным методом реабилитации при плоскостопии, обладая значительным преимуществом перед изолированной пассивной коррекцией. Она воздействует на ключевое звено патогенеза — мышечную гипотонию, что позволяет не только поддерживать, но и активно восстанавливать статодинамическую функцию стопы. Таким образом, включение методов нейромышечной тренировки в программу коррекции деформаций стоп у молодежи является клинически обоснованным и необходимым.

Рахматов Дж.М., Алланазаров Ф.Ф.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОРРЕКЦИИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В.Фаттоева

Цель исследования. Целью данной работы является сравнительный анализ эффективности специализированной гимнастики (асимметричные и деторсионные упражнения) в формировании активного мышечного корсета и стабилизации угла Кобба у пациентов с фронтальной деформацией позвоночника в сравнении со стандартной программой ОФП (общая физическая подготовка).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента (средний возраст $15,4 \pm 1,2$ года) с диагнозом: Сколиоз II степени (грудопоясничная локализация). Пациенты были рандомизированы на две группы: основная группа А (16 человек) и контрольная группа Б (16 человек). Основная группа выполняла специализированный комплекс, включающий асимметричные упражнения, деторсионную гимнастику и статические упражнения на выносливость паравертебральных мышц. Группа Б занималась по стандартной программе общей физической подготовки (ОФП). Программа специализированной гимнастики выполнялась 3–4 раза в неделю в течение 6 месяцев.

Оценка эффективности проводилась на основе данных рентгенографии, компьютерной топографии и функциональных проб, включающих пробу Стайнера и индекс мышечной выносливости.

Результаты исследования. В результате исследования в основной группе А зафиксирована стабилизация процесса (отсутствие прироста угла Кобба) в 87,5% случаев, при этом у 18% (6) пациентов отмечена регрессия деформации на $4-6^\circ$. В контрольной группе Б прогрессирование заболевания продолжалось у 31% (10) больных. Также в основной группе отмечен значительный рост силовой выносливости мышц спины — с 45 до 82 секунд ($p < 0,05$).

Наблюдались также следующие клинические эффекты: стабилизация позвоночного сегмента, улучшение баланса тела, снижение риска прогрессирования в период роста.

Специализированная ЛФК воздействует на ротационный компонент сколиоза, чего не достигает общая физическая подготовка. Данные показатели свидетельствуют о том, что специализированное воздействие эффективнее способствует улучшению баланса тела и снижению колебаний центра давления. Это объясняется патогенетической направленностью упражнений на коррекцию ротационного компонента и укрепление целевых мышечных групп.

Выводы. Специализированная лечебная физкультура является ключевым и высокоэффективным патогенетическим методом лечения фронтальных деформаций позвоночника. Она позволяет не только остановить прогрессирование деформации, но и восстановить функциональный баланс опорно-двигательного аппарата, значительно улучшая биомеханические показатели. Включение специализированных асимметричных комплексов в протоколы реабилитации пациентов со сколиозом является клинически обоснованным и необходимым.

Рахматова М.А., Джобирзода А.Б., Назаров Т.Ш.

МИГРЕНЬ И КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Определить распространённость коморбидных тревожных расстройств у детей и подростков, страдающих мигренью.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В исследование включены 16 детей в возрасте от 7 до 16 лет с диагнозом мигрени с аурой и без ауры. Верификация диагноза мигрени проводилась в соответствии с критериями Международной классификации головных болей (2004 г.). Тревожные расстройства диагностировались на основании критериев МКБ-10. Степень выраженности тревожной симптоматики оценивалась с использованием шкалы детской тревожности (SCAS) и опросника Р.А. Баркли (2011).

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что у 7 детей с мигренью выявлены тревожные расстройства различной степени выраженности: лёгкая степень отмечена у 5 пациентов, умеренная — у 3, выраженная — у 1. Среди выявленных форм тревожной патологии генерализованное тревожное расстройство составило 12%, социальное тревожное расстройство — 33%, различные фобические расстройства — 55% случаев. Отмечено, что частота и интенсивность мигренозных приступов были более выражены у детей с генерализованным тревожным расстройством. У пациентов с тревожной симптоматикой приступы чаще провоцировались эмоциональными и стрессовыми факторами. Средняя частота приступов мигрени в группе с коморбидными тревожными расстройствами составила 4,8 в месяц, тогда как у детей без тревожной патологии — 2,1 приступа в месяц.

Выводы. С учётом высокой частоты коморбидности мигрени и тревожных расстройств терапевтическая тактика должна носить комплексный характер. Наряду с фармакотерапией с применением анксиолитических средств целесообразно использование немедикаментозных методов, включая технологии биологической обратной связи и поведенческую терапию, направленные на снижение выраженности тревожной симптоматики. Коррекция тревожных расстройств способствует уменьшению частоты и интенсивности мигренозных приступов, а также снижает риск хронизации заболевания.

Рахмонов Дж. Т., Абдуллаева Д.Ю., Карамшоева Т.И.

ПРИЧИНЫ ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Джамолова Р.Дж.

Цель исследования. Провести анализ причин несвоевременной постановки диагноза хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК).

Материал и методы. Методом сплошной выборки были обработаны 60 историй болезни пациентов с ХВЗК, находившихся на лечении в ГУ «Институт гастроэнтерологии» (г. Душанбе), в последние годы. В этой группе оказалось 34 больных (13 мужчин и 21 женщин) с ЯК (их средний возраст составил соответственно $34,1 \pm 9,3$ и $41,5 \pm 14,6$ года) и 26 пациентов (11 мужчин и 15 женщин) с БК (средний возраст — $34,2 \pm 7,6$ и $37,7 \pm 12,2$ года). Анализировались такие данные, как пол и возраст больных, возраст пациентов к моменту появления первых жалоб и их характер, первоначальный диагноз, время, прошедшее с момента первого обращения к врачу общей практики до постановки диагноза, причины несвоевременной постановки диагноза. Достоверность различий, выявленных в сравнивавшихся группах, оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. В группе больных ЯК, и среди пациентов с БК отмечено преобладание женщин. Возраст больных к моменту появления первых жалоб, характерных для ХВЗК, составил в группе больных ЯК $25,1 \pm 8,3$ года у мужчин и $35,7 \pm 13,0$ года у женщин (различия недостоверные, $p > 0,5$), в группе пациентов с БК — соответственно $26,3 \pm 5,6$ и $30,1 \pm 11,8$ года (различия недостоверные, $p > 0,7$). При этом в группе больных ЯК первые жалобы возникли в возрасте до 30 лет у 66,3 % мужчин и 41,4 % женщин (различия достоверные, $p < 0,05$). В группе пациентов с БК первые жалобы в указанном возрасте появились у 64,3 % мужчин и 63,6 % женщин (различия недостоверные, $p > 0,9$). Боли в животе в дебюте ХВЗК отмечались у 14 из 34 (40,9 %) больных ЯК и у 27 из 26 (75,0 %) пациентов с БК (различия достоверные, $p < 0,01$). У больных ЯК боли чаще локализовались в левой подвздошной области и гипогастрии (36,4 %), у пациентов с БК — в правой подвздошной области (55,2 %). Напротив, диарея как первый симптом манифестации ХВЗК у больных ЯК встречалась значительно чаще, чем при болезни Крона (соответственно в 88,6 и 55,5 % случаев; различия достоверные, $p < 0,01$). При этом у 55,5 % больных ЯК частота стула была в пределах 3 раз в сутки, у 31,8 % — 4–10 раз в сутки, у 1 больного (2,3 %) — свыше 10 раз в сутки. У пациентов с БК данные показатели составили соответственно 38,9 %, 13,9 % и 2,6 %. Колоноскопия при первом обращении к врачу была проведена лишь 30 больным ЯК (68,2 %) и 18 пациентам с БК (50,0 %). В большинстве случаев (соответственно у 28 и 14 больных) она позволила заподозрить, а потом и подтвердить после гистологического исследования биоптатов наличие ХВЗК. Среди больных, обратившихся к врачам общей практики в дебюте ЯК, правильный диагноз после дообследования был поставлен 28 пациентам (63,6 %). В остальных случаях первоначальными диагнозами были синдром раздраженного кишечника (13,6 %), хронический панкреатит (9,1 %), геморрой (6,8 %), пищевая токсикоинфекция (2,3%), «дисбактериоз кишечника» (2,3%), «постинфекционный колит» (2,3%). В группе пациентов с БК, обратившихся за медицинской помощью в связи с первыми симптомами заболевания, правильный диагноз после дообследования был поставлен реже, чем в группе больных ЯК (у 38,9% больных), причем эти различия оказались статистически достоверными ($p < 0,01$).

Выводы. Клинические симптомы хронических воспалительных заболеваний кишечника манифестируют обычно в возрасте до 30 лет, причем у мужчин с язвенным колитом в этот возрастной период заболевание возникает достоверно чаще, чем у женщин. Основной причиной несвоевременного выявления хронических воспалительных заболеваний кишечника служит задержка с проведением илеоколоноскопии, которая в связи с этим должна выполняться в обязательном порядке при наличии клинической картины, подозрительной на язвенный колит или болезнь Крона.

Рахмонов Р.Р., Курбонова М.Н., Джобирзода А.Б.
РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА
Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Изучить частоту и клинические особенности редких фенотипов бокового амиотрофического склероза.

Материал и методы. Клиническое наблюдение выполнено на базе кафедры неврологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». В анализ включены пациенты с установленным диагнозом бокового амиотрофического склероза, находившиеся под наблюдением в неврологическом отделении. Обследовано 33 пациента с БАС. В рамках исследования проводилась оценка клинической картины заболевания, характера дебюта и фенотипических вариантов его проявления. Особое внимание уделялось выявлению атипичных клинических форм, отличающихся от классического течения заболевания. Собранные клинические данные были систематизированы и использованы для определения частоты встречаемости редких фенотипических вариантов бокового амиотрофического склероза в исследуемой группе пациентов.

Результаты исследования. Среди 33 обследованных пациентов у большинства наблюдались классические формы бокового амиотрофического склероза — 30 пациентов (90,9%). Редкие фенотипические варианты заболевания выявлены у 3 пациентов (9,1%). Синдром Миллса диагностирован у 1 пациента (3,0%). Заболевание характеризовалось асимметричным постепенным распространением двигательных нарушений по гемитипу с медленным прогрессированием неврологического дефицита. БАС-паркинсонизм выявлен у 1 пациента (3,0%). В клинической картине отмечалось сочетание признаков поражения двигательного нейрона с экстрапирамидными нарушениями. Темпы прогрессирования заболевания в данном случае были сопоставимы с классическими формами БАС. БАС с изолированным поражением нижнего мотонейрона диагностирован у 1 пациента (3,0%). Клиническая картина характеризовалась развитием мышечной слабости и атрофии без выраженных признаков поражения верхнего мотонейрона. Течение заболевания в данном наблюдении отличалось более медленным прогрессированием по сравнению с классическими формами заболевания.

Выводы. Полученные данные подтверждают клиническую гетерогенность бокового амиотрофического склероза и возможность существования различных фенотипических вариантов заболевания. Наряду с классическими формами БАС в клинической практике могут наблюдаться редкие фенотипы, включая синдром Миллса, сочетание БАС с паркинсонизмом и вариант с преимущественным поражением нижнего мотонейрона. Отдельные атипичные формы характеризуются более медленным темпом прогрессирования по сравнению с классическим течением заболевания. Учет фенотипического разнообразия БАС имеет важное значение для более точной клинической диагностики, интерпретации симптомов и индивидуализации наблюдения пациентов.

Рахмонов Дж.Э., Хошимова М.Л., Расулова М.Ш.
ГРУППОВЫЕ И ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ СЛУЧАИ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА КАК ФАКТОРЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Гулямова Н.М.

Цель исследования. Оценка эпидемиологического риска распространения пищевого ботулизма на базе группового случая отравления в г. Турсунзаде Республики Таджикистан.

Материал и методы. В работе был использован анализ клинических и эпидемиологических ретроспективных данных группового случая пищевого ботулизма, произошедшего в феврале 2021 года в г. Турсунзаде Республики Таджикистан. Диагноз был установлен на основании клинко-эпидемиологических данных.

Результаты исследования. В основе пищевого ботулизма лежит отравление ботулотоксином, вырабатываемым вегетативными формами *Clostridium botulinum*. Как известно, одна традиционно многочисленная семья, где проживают вместе до двух-трёх поколений (родители, дети, их семьи, внуки), консервирует за сезон, как минимум, до 150-200 банок, употребляя их в пищу в течение двух-трёх лет, что также повышает риск заражения, особенно при неправильном хранении. Готовую, консервированную в домашних условиях продукцию, как правило, используют в пищу многочисленные члены семьи, включая детей, а на разного рода семейных празднествах - родственники, соседи, знакомые, сослуживцы. Ретроспективный анализ семи историй болезни пациентов, госпитализированных в инфекционное отделение Центральной больницы г. Турсунзаде в феврале 2021 года и составивших один групповой случай, доказывает этот постулат. Все семь заболевших – женщины, пятеро из которых имеют непосредственно родственную связь, двое - коллеги по работе одной из заболевших. Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что все пациентки заболели после употребления в пищу баклажанной икры домашней консервации, приготовленной одной из пациенток. Возраст больных варьировал от 27 до 66 лет. По роду профессиональной деятельности одна из женщин – пенсионер, трое - швеи, работающие в ателье, остальные занимаются домашним хозяйством. Инкубационный период в исследуемом нами случае составил от 24 до 48 часов. Из числа обследуемых больных в течение первых 24 часов от начала болезни в тяжёлом состоянии поступила одна больная, предварительно обратившаяся к офтальмологу и терапевту по поводу симптомов внезапного нарушения зрения, в связи с чем был назначен консилиум врачей для уточнения диагноза, после чего больная была госпитализирована в инфекционное отделение. Пятеро женщин были госпитализированы на 2 сутки, из них четверо - в стабильно тяжёлом состоянии, одна больная - как контактная. На третьи сутки была выявлена ещё одна контактная пациентка без особых клинических признаков. В клинической картине обследованных больных преобладали симптомы офтальмоплегического и бульбарного син-

дромов. Назначение всем госпитализированным лицам специфической адекватной терапии явилось залогом полного выздоровления больных.

Вывод. Для минимализации эпидемиологического риска распространения пищевого ботулизма через групповые и внутрисемейные случаи с непредсказуемыми последствиями для здоровья, необходимо повышать уровень знания населения о правилах домашней консервации, привлекая к этому процессу, особенно в сельской местности, не только медицинских работников, но и государственные социальные службы.

Рахмонова Х.А., Муродов С.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ ИПИДАКРИНА (НЕЙРОМИДИНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.

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

Научный руководитель — старший преподаватель кафедры Холматова Г.К.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность раннего назначения ипидакрина (Нейромидина) при невропатии лицевого нерва.

Материал и методы. Под наблюдением находились 34 пациента в возрасте 6–16 лет с острой идиопатической невропатией лицевого нерва. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (18 человек) получала стандартную терапию (глюкокортикостероиды, витамины группы В, физиолечение) с добавлением ипидакрина с 3–5-го дня заболевания; группа сравнения (16 человек) получала только стандартное лечение. Обследование и лечение проводились на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2022–2024 гг.

Оценка динамики состояния осуществлялась по шкале тяжести пареза лицевого нерва (House–Brackmann), а также по срокам восстановления симметрии лица.

Результаты исследования. В основной группе достоверное улучшение показателей по шкале House–Brackmann отмечено уже к 10–14-му дню терапии. Средний срок восстановления мимической активности составил 21 ± 3 дня, тогда как в группе сравнения — 30 ± 4 дня. Формирование остаточных явлений в виде лёгкой асимметрии и синкинезий наблюдалось реже при раннем назначении ипидакрина (11% против 25%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что ранняя стимуляция нервно-мышечной передачи способствует более быстрому функциональному восстановлению и снижает риск вторичных осложнений.

Выводы. Включение ипидакрина в комплексную терапию невропатии лицевого нерва на ранних этапах заболевания патогенетически обосновано и клинически эффективно. Раннее применение препарата ускоряет регресс неврологической симптоматики и уменьшает вероятность формирования стойких остаточных дефектов. Результаты исследования подтверждают целесообразность ранней нейрометаболической и антихолинэстеразной поддержки в практике детского невролога.

Рахмонова Х.С., Джобирзода А.Б., Курбонова М.Н.

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное положение у больных с боковым амиотрофическим склерозом.

Материал и методы. Проведена оценка эмоциональной сферы у 10 БАС (боковым амиотрофическим склерозом), которые наблюдались стационарно в «Республиканской больницы Шифобахш». Группа контроля включала 10 больных сопоставимых по полу и возрасту. Для оценки психологического состояния пациентов с боковым амиотрофическим склерозом использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS). Шкала составлена из 14 утверждений и включает две части: тревога и депрессия. Сумма от 0-7 баллов соответствует норме (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); сумма 8-10 баллов говорит о субклинически выраженной тревоге/депрессии, результат в 11 баллов и выше свидетельствует о клинически выраженной тревоге/депрессии.

Результаты исследования. В группе больных с боковым амиотрофическим склерозом показатели тревоги и депрессии были значимо выше, чем в группе контроля. Только у 27% обследованных уровень тревоги был в пределах нормы, а у 30% тревога была на субклиническом уровне и у 43% отмечалась клинически выраженная тревога. В группе контроля уровень тревоги у большинства обследованных был в пределах нормы: 50% имели показатели 7 баллов и ниже; а у 20% отмечен субклинический уровень и только у 30% — выраженная тревога. Показатели депрессии также были значимо выше в группе пациентов по сравнению с контрольной группой. У лиц женского пола в основной группе отмечался более высокий уровень тревоги и депрессии, чем у мужчин.

Выводы. Боковой амиотрофический склероз вызывает возникновение расстройств тревожно-депрессивного характера, которые, усугубляют течение основного заболевания. Для эффективной реабилитации необходимо своевременно выявлять и корректировать негативные изменения психоэмоциональной сферы.

Рахмонова Х.С., Джалилзода М.С.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ НЕВРАЛГИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.
Кафедра неврологии «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Выявить особенности течения влияющие на прогноз невралгии лицевого нерва и современные методы лечения.

Материал и методы. В исследование включены 8 пациентов. Возраст пациентов составляет от 35 до 60 лет. Из них 4-мужчины и 4-женщины. У всех больных наблюдались паралич мимических мышц, асимметрия лица, невозможность полностью закрыть глаз, слезотечение. При исследовании клинко-инструментальный метод включал в себя: сбор анамнеза и клиническое обследование, неврологический осмотр. Проведение МРТ головного мозга, а также ЭНМГ с целью выявления каких-либо патологических изменений и определение иннервации нерва.

Результаты исследования. В ходе исследования изучены клинические проявления лицевого неврита, а также современный метод диагностики и лечения. У всех пациентов было обнаружено периферическое поражение (паралич Белла). При проведении МРТ головного мозга определяются патологические изменения, такие как отёк, воспалительное утолщение нервного ствола или его компрессия. Медикаментозная терапия, включающая ранний приём глюкокортикоидов (преднизолон), противоотечных, сосудорасширяющих средств и витаминов группы В, приводит к улучшению состояния больных (по визуальной шкале) в среднем с 7,5 до 3,0 баллов у 7 пациентов. В среднем улучшения состояния больных с эффективными и своевременными начатым лечением увеличилось в два раза.

Выводы. Данное исследование показало, что невралгия лицевого нерва характеризуется внезапной односторонней слабостью или параличом мимических мышц, вызывая асимметрию лица. Таким образом, индивидуальный подход к диагностике и лечению пациентов позволяет достичь положительных результатов и улучшение качество жизни.

Рахимова М.С., Рахимова П., Бобозода А.
АСОСНОКИИ КЛИНИКИИ ТАБОБАТИ ЧАРРОҲӢ ДАР БЕМОРИҲОИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ
Кафедраи эндокринологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Ҷумҳурии Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Ниёзова Н.Ф.

Ҳадафи тадқиқот. Арзёбии асоснокии клиникии муҳоилаи чарроҳӣ дар беморони гирифтори бемориҳои ғадуди сипаршақл, ки дар Маркази давлатии тиббии №1 ба номи Карим Аҳмедов бистарӣ гардидаанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таври ретроспективӣ 309 таърихи бемории беморони гирифтори патологияи ғадуди сипаршақл, ки дар шӯъбаи чарроҳии МДТ №1 ба номи Карим Аҳмедов дар давраи соли 2025 бистарӣ гардида буданд, таҳлил карда шуд. Дар таҳлили навъи амалиёти чарроҳӣ, ҳаҷми ғадуди сипаршақл, давомнокии беморӣ, натиҷаҳои цитология/биопсия (системаи Bethesda) ва нишондиҳандаҳои гормонӣ арзёбӣ гардиданд. Илова бар ин, ҳиссаи муҳоилаҳои эҳтимолан асоснокнабуда бо ду меъёр ҳисоб карда шуд: (А) Bethesda II + ҳаҷми ғадуд <30 см³ + тиреоидэктомия; (В) Bethesda II + тиреоидэктомия (ҳадди болоии баҳогузорӣ).

Натиҷаҳои тадқиқот. Натиҷаҳои таҳлил нишон доданд, ки тиреоидэктомия дар 82,2% беморон анҷом дода шудааст. Ҳангоми ҳисоб кардани ҳаҷми ғадуди сипаршақл муайян гардид, ки ҳаҷми миёнаи он 36 см³ буда, арзишҳои максималӣ ба 273,6 см³ мерасиданд, ки ба шаклҳои вазнин ва ҳатто гигантии зоб мувофиқат мекунад. Категорияи Bethesda II дар 11,7% беморон ба қайд гирифта шуд.

Ҳиссаи чарроҳии эҳтимолан асоснокнабуда мувофиқи меъёри катъии (А) 16 аз 309 (5,18%) ҳолатро ташкил дод. Арзёбии болоии чарроҳии эҳтимолан асоснокнабуда мувофиқи меъёри (В) 27 аз 309 ҳолат (8,74%) буд.

Мувофиқи тавсияҳои байналмилалӣ (АТА ва ЕТА), дар ҳолати ситологияи хушсифат афзалият ба назорати динамика дода мешавад. Амалиёти чарроҳӣ дар ҳолатҳои мавҷудияти синдроми компрессия, ҷойгиршавии даруни устухони тӯшӣ, андозаҳои калон ё афзоиши гирех, нишонаҳои шубҳаноки ултрасадо, нуқсонҳои косметикӣ ё хоҳиши бемор асоснок ҳисобида мешавад. Дар ҳолати тиреотоксикоз ва бемории Грейвс табобати чарроҳӣ ҳангоми зоби калон, офталмопатия, такроршавии беморӣ баъди табобати доругӣ ва гумони бадсифат (саратони ғадуди сипаршақл) тавсия дода мешавад.

Муайян гардид, ки байни давомнокии беморӣ ва зиёдшавии ҳаҷми ғадуди сипаршақл робитаи мусбати коррелясионӣ мавҷуд аст. Ҳаҷми ғадуди сипаршақл зиёда аз 40 см³ дар қисми назарраси беморон ба қайд гирифта шуда, ҳамчун омилҳои муҳими табобати чарроҳӣ баррасӣ гардид.

Хулоса. Дар аксари ҳолатҳо табобати чарроҳӣ аз ҷиҳати клиникӣ асоснок мебошад. Зиёдшавии назарраси ҳаҷми ғадуди сипаршақл ва ҷараёни тулонии беморӣ омилҳои муҳимме мебошанд, ки зарурати муҳоилаи чарроҳиро муайян мекунад ва ба тавсияҳои байналмилалӣ АТА (2025) ва ЕТА (2023) мувофиқат мекунад.

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ДОЗИРОВАНИЯ L-ТИРОКСИНА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

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

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

Цель исследования. Провести анализ правильности подбора дозы L-тироксина у пациентов с врожденным гипотиреозом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Медицинского городского центра №1 имени Камира Ахмедова, с использованием стационарных данных пациентов. В исследование были включены 30 пациентов с диагностированным гипотиреозом. Анализировались следующие показатели: возраст, масса тела, рост, индекс массы тела (ИМТ), уровни тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), а также параметры заместительной терапии левотироксином. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных пациентов составил $11,1 \pm 6,4$ года (от 1 до 22 лет). Средняя масса тела составила $34,1 \pm 20,9$ кг, средний рост $-115,6 \pm 36,9$ см. Среднее значение индекса массы тела соответствовало возрастным показателям. При анализе гормональных показателей выявлено, что средний уровень ТТГ был повышен, что свидетельствует о наличии гипотиреотического состояния. Средний уровень свободного Т4 составил $9,2 \pm 7,3$, а Т3 - $7,4 \pm 6,2$, что отражает вариабельность гормональных показателей у пациентов и необходимость индивидуального подбора терапии. Пациентам проводилась заместительная терапия препаратами левотироксина. Средняя назначаемая доза составила $95,7 \pm 34,9$ мкг в сутки, при этом диапазон дозировки варьировал от 25 до 150 мкг. Наиболее часто назначаемая суточная доза составляла 100–200 мкг, что отмечалось у большинства пациентов. Расчёт дозы препарата в пересчёте на массу тела составлял в среднем 2–6 мкг/кг, что соответствует современным рекомендациям по лечению гипотиреоза. Проведённый анализ показал, что подбор дозы левотироксина у пациентов с врожденным гипотиреозом должен осуществляться индивидуально с учетом массы тела, возраста и уровня ТТГ. Согласно клиническим рекомендациям, начальная терапевтическая доза препарата у детей составляет 10–15 мкг/кг/сут, с последующей коррекцией под контролем уровня ТТГ и свободного Т4. Критерием адекватности лечения является нормализация уровня свободного Т4 в течение 1–2 недель и ТТГ в течение 3–4 недель, что свидетельствует о достижении компенсации заболевания. Таким образом, проведенный анализ подтверждает необходимость регулярного лабораторного мониторинга ТТГ и индивидуального расчета дозы левотироксина, что позволяет обеспечить адекватную заместительную терапию и предотвратить развитие осложнений врожденного гипотиреоза.

Выводы. Частота адекватного назначения левотироксина у больных с врожденным гипотиреозом составила 76%, однако у 24% пациентов была выявлена неадекватная дозировка препарата, что указывает на необходимость более тщательного мониторинга уровня тиреотропного гормона и своевременной коррекции терапии.

Ризоева С.Х.

СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ: ОТ ПАТОГЕНЕЗА К ОБОСНОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Дырда Н.И.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения противогрибковой терапии на основе кетоконазола 2% (шампунь Аргумел) в лечении пациентов с данной патологией.

Материал и методы. Современные подходы к лечению себорейного дерматита основаны на представлениях о его грибковой природе. Наиболее результативными считаются противогрибковые препараты из группы имидазолов, к которым микроорганизмы рода *Malassezia* spp. проявляют высокую чувствительность. При поражении волосистой части головы одной из наиболее удобных и эффективных лекарственных форм являются лечебные шампуни. Шампунь «Аргумел» 2% применяется для профилактики и терапии перхоти и себорейного дерматита данной локализации. Под наблюдением находились 50 пациентов с себорейным дерматитом волосистой части головы, из них 32 (64%) мужчины и 18 (36%) женщин в возрасте от 27 до 48 лет (средний возраст составил $33,8 \pm 4,8$ года). Диагноз у всех пациентов был установлен клинически. В схему лечения входило ежедневное использование шампуня с кетоконазолом 2% (Аргумел) в течение до четырёх недель. После достижения клинической ремиссии пациентам рекомендовали переход на поддерживающее применение шампуня один раз в неделю. Выраженность клинических проявлений (эритема, десквамация, ксероз, зуд) оценивали по визуально-аналоговой шкале до начала терапии и через четыре недели лечения. Качество жизни анализировали по динамике дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты исследования. На фоне проведённой терапии у всех пациентов отмечалась положительная динамика. Уже через одну неделю применения клиническая ремиссия наблюдалась у 26 (52%) пациентов, значительное улучшение - у 10 (20%), улучшение - у 14 (28%). Спустя две недели лечения ремиссия была зафиксирована у 34 (68%) пациентов, а значительное улучшение - у 16 (32%). К окончанию четвёртой недели у 100% пациентов была достигнута клиническая ремиссия. После курса терапии суммарный показатель по визуально-аналоговой шкале снизился на 98%, а уровень ДИКЖ уменьшился на 97%.

Вывод. Данные клинического наблюдения подтверждают высокую эффективность и безопасность применения шампуня с кетоконазолом 2% (Аргумел) у пациентов с себорейным дерматитом волосистой части головы, что позволяет рекомендовать его для лечения данной категории больных.

Розилов У.И., Бобошоева Ш.А., Розилов Ш.И.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКОГО ВУЗОВ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сироджидинова У.Ю.

Цель исследования. Сравнить уровень инфицированности туберкулеза (ТБ) среди студентов в медицинских и немедицинских ВУЗов г. Душанбе.

Материал и методы. Всего на кафедре фтизиопульмонологии было обследовано 1158 студентов 5 курса ТГМУ им. Абуали ибни Сино и 666 студентов также 5 курса не медицинского университета (Российско-Славянский Университет). Всем студентам были проведены кожные туберкулиновые пробы (проба Манту 2ТЕ ППД внутрикожное 0,1 мл), с последующим проведением цифровой рентгенографии органов грудной клетки с инсталляцией программы искусственного интеллекта для интерпретации рентгенологических данных.

Результаты исследования. Через 72 часа у студентов медицинского университета положительный результат туберкулиновой пробы, т. е папула размером более 5 мм, выявлен у 94 студентов (8,1%), из них - гиперэргическая реакция, т. е папула размером 21 мм и более наблюдалась у 16 студентов (1,3%). У 7 больных локальные формы ТБ. У студентов не медицинского университета - 61 (9,2%) положительный результат, у 29 (4,4%) студентов гиперэргическая реакция и у 5 больных с положительными результатами туберкулиновой пробы до обследования были выявлены локальные формы ТБ.

Все инфицированные студенты для выявления активного ТБ легких прошли комплексное обследование в Центре защиты населения от ТБ г. Душанбе, включающие КТ и МРТ легких, общий анализ крови, микроскопия мазков мокроты, исследование мокроты на аппарате Gene Expert, в результате которых инфицированным и больным с выявленным мелкоочаговым ТБ было назначено профилактическое и противотуберкулезное лечение под наблюдением медицинского персонала в амбулаторных условиях.

Выводы. Впервые в ходе комплексного клинического исследования изучена инфицированность ТБ среди студентов двух ВУЗов. Установлено, что среди студентов медиков в 8,1% случаев выявлена положительная реакция и в 1,3% случаев - гиперэргическая, у 7 студентов-медиков - локальные формы ТБ. У не медиков в 9,2% - положительные реакции, 4,4% - гиперэргические, и у 5 студентов-немедиков - локальные формы ТБ. При поступлении в ВУЗ всем студентам рекомендуется пройти рентгенографию органов грудной клетки и туберкулиновую пробу.

Розилова Н.И., Имомалиева Ш.Ш.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НИЗКОРОСЛОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Пирматова М.А.

Цель исследования. Изучить распространённость низкорослости среди детей на основании антропометрических данных.

Материал и методы. В исследование были включены 150 детей дошкольного возраста, рождённых в период 2019-2023 гг. (от 3-7 лет), из которых 69 мальчиков (46%) и 81 девочки (54%). Обследование проводилось в период с ноября по февраль 2025-2026гг на базе государственных дошкольных учреждений №144 и №139 г. Душанбе. В ходе исследования были изучены основные антропометрические показатели детей: рост (см), масса тела (кг) и индекс массы тела (ИМТ). Оценка физического развития проводилась с использованием показателей Z-score роста по возрасту и Z-score ИМТ по возрасту в соответствии с международными стандартами оценки физического развития детей. В зависимости от показателя Z-score роста дети были распределены на следующие категории физического развития: низкий рост (≤ -2 SD), рост ниже среднего, нормальный рост и высокий рост. Дополнительно анализировались показатели индекса массы тела с целью выявления дефицита массы тела, нормальной массы, избыточной массы тела и ожирения.

Результаты исследования. Проведённый анализ антропометрических данных показал, что показатели физического развития у обследованных детей характеризовались определённой вариабельностью. Согласно полученным результатам, низкий рост (Z-score ≤ -2 SD) был выявлен примерно у 10-15% детей, что свидетельствует о наличии группы пациентов с задержкой физического развития. Рост ниже среднего отмечался приблизительно у 15-20% обследованных детей, что может указывать на тенденцию к замедлению темпов роста и требует дальнейшего динамического наблюдения. В то же время нормальные показатели роста были выявлены у большинства детей и составили примерно 60-70% от общего числа обследованных. Высокий рост наблюдался значительно реже и составил около 3-5% случаев. При анализе индекса массы тела было установлено, что дефицит массы тела отмечался примерно у 12-18% детей. Нормальные показатели ИМТ наблюдались у большинства обследованных - около 65-70%. Избыточная масса тела выявлена примерно у 8-10% детей, тогда как ожирение встречалось в 3-5% случаев. Следует отметить, что у детей с низкими показателями роста чаще регистрировалось снижение индекса массы тела, что может свидетельствовать о влиянии алиментарных факторов, хронических заболеваний или нарушений обмена веществ на процессы роста и развития.

Выводы. Результаты проведённого исследования показали, что среди обследованных детей большинство имеют показатели физического развития, соответствующие возрастным нормам. Однако у значительной части детей выявлены различные отклонения антропометрических показателей. Распространённость низкорослости составила около 10-15%, что указывает на наличие группы детей с задержкой физического развития. Кроме того, у части детей выявлен дефицит массы тела (12-18%), а также отдельные случаи избыточной массы тела и ожирения (до 10-15%). Полученные данные подчёркивают необходимость регулярного мониторинга показателей физического развития у детей, оценки темпов роста и своевременного проведения диагностических мероприятий для выявления эндокринных, генетических и соматических причин задержки роста. Раннее выявление низкорослости позволяет своевременно начать коррекционные и лечебные мероприятия, что способствует улучшению прогноза физического развития ребёнка.

Розикова Н.И., Исмамова Ф.Х., Аббоси Л.Б.

ОЦЕНКА ВНЕКОСТНОМОЗГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ

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

ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель - старший преподаватель Шарифов М.М.

Цель исследования. Изучить особенности развития внекостномозговых изменений у больных с острым миелобластным лейкозом на фоне проведения химиотерапии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе гематологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период с января 2025 года по январь 2026 года. В исследование были включены 20 пациентов с впервые диагностированным острым миелобластным лейкозом. Среди обследованных было 13 мужчин (65%) и 7 женщин (35%). Городские жители составили 17 человек (85%), сельские 3 (15%). Ретроспективно оценивались клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований на момент установления диагноза, до начала специфического лечения, а также в динамике проведения полихимиотерапии. Особое внимание уделялось наличию или отсутствию внекостномозговых изменений до лечения и их появлению в процессе химиотерапии. Все пациенты получали стандартную индукционную полихимиотерапию по схеме «7+3». В дальнейшем проводились курсы консолидационной химиотерапии в соответствии с клиническими протоколами.

Результаты исследования. В ходе ретроспективного анализа медицинской документации 20 пациентов с острым миелобластным лейкозом установлено, что на момент первичной диагностики и до начала химиотерапии у всех больных (100%) клинические и инструментальные признаки внекостномозгового поражения отсутствовали. При первичной диагностике у пациентов отмечались выраженные изменения показателей периферической крови. Средний уровень гемоглобина составил (85 ± 12) г/л, лейкоциты - $(32 \pm 15) \times 10^9$ /л, тромбоциты - $(48 \pm 20) \times 10^9$ /л, бластные клетки в периферической крови - $(45 \pm 18)\%$. В процессе проведения полихимиотерапии внекостномозговые изменения были выявлены у 8 пациентов (40%). Структура экстрамедуллярных поражений распределялась следующим образом: гепатоспленомегалия - у 5 пациентов (25%); увеличение периферических лимфатических узлов - 4 пациента (20%); кожные внекостномозговые инфильтраты - 2 пациента (10%); поражения слизистых оболочек - у 1 пациента (5%). У части больных отмечалось сочетание нескольких локализаций внекостномозговых изменений. Появление экстрамедуллярных проявлений преимущественно наблюдалось в период индукционной химиотерапии и на ранних этапах консолидации. Развитие внекостномозговых изменений сопровождалось ухудшением общего состояния пациентов и нестабильностью гематологических показателей.

Выводы. 1. Ретроспективный анализ показал отсутствие внекостномозговых изменений у больных с острым миелобластным лейкозом на момент первичной диагностики и до начала химиотерапии.

2. В процессе проведения полихимиотерапии внекостномозговые изменения были выявлены у 40% пациентов, что свидетельствует о возможности их развития на фоне лечения.

3. Наиболее частыми формами экстрамедуллярного поражения являлись гепатоспленомегалия и лимфаденопатия, реже отмечались кожные и слизистые проявления.

4. Появление внекостномозговых изменений преимущественно наблюдалось на этапах индукции и ранней консолидации химиотерапии и сопровождалось ухудшением общего состояния пациентов.

5. Выявление экстрамедуллярных проявлений требует усиленного динамического клинико-инструментального наблюдения и может рассматриваться как неблагоприятный признак течения острого миелобластного лейкоза.

Розикова Н.И., Имомалиева Ш.Ш.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НИЗКОРОСЛОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить показатели физического развития детей и определить распространённость низкорослости на основании антропометрических данных.

Материал и методы. В исследование были включены 150 детей дошкольного возраста, рождённых в период 2019–2023 гг., из которых 69 мальчиков (46%) и 81 девочки (54%). Обследование проводилось в период с ноября по февраль 2025–2026 гг. на базе государственных дошкольных учреждений №144 и №139 г. Душанбе. В

ходе исследования были изучены основные антропометрические показатели детей: рост (см), масса тела (кг) и индекс массы тела (ИМТ). Оценка физического развития проводилась с использованием показателей Z-score роста по возрасту и Z-score ИМТ по возрасту в соответствии с международными стандартами оценки физического развития детей. В зависимости от показателя Z-score роста дети были распределены на следующие категории физического развития: низкий рост (≤ -2 SD), рост ниже среднего, нормальный рост и высокий рост. Дополнительно анализировались показатели индекса массы тела с целью выявления дефицита массы тела, нормальной массы, избыточной массы тела и ожирения.

Результаты исследования. Проведённый анализ антропометрических данных показал, что показатели физического развития у обследованных детей характеризовались определённой вариабельностью. Согласно полученным результатам, низкий рост ($Z\text{-score} \leq -2$ SD) был выявлен примерно у 10–15% детей, что свидетельствует о наличии группы пациентов с задержкой физического развития. Рост ниже среднего отмечался приблизительно у 15–20% обследованных детей, что может указывать на тенденцию к замедлению темпов роста и требует дальнейшего динамического наблюдения. В то же время нормальные показатели роста были выявлены у большинства детей и составили примерно 60–70% от общего числа обследованных. Высокий рост наблюдался значительно реже и составил около 3–5% случаев. При анализе индекса массы тела было установлено, что дефицит массы тела отмечался примерно у 12–18% детей. Нормальные показатели ИМТ наблюдались у большинства обследованных — около 65–70%. Избыточная масса тела выявлена примерно у 8–10% детей, тогда как ожирение встречалось в 3–5% случаев. Следует отметить, что у детей с низкими показателями роста чаще регистрировалось снижение индекса массы тела, что может свидетельствовать о влиянии алиментарных факторов, хронических заболеваний или нарушений обмена веществ на процессы роста и развития.

Выводы. Результаты проведённого исследования показали, что среди обследованных детей большинство имеют показатели физического развития, соответствующие возрастным нормам. Однако у значительной части детей выявлены различные отклонения антропометрических показателей. Распространённость низкорослости составила около 10–15%, что указывает на наличие группы детей с задержкой физического развития. Кроме того, у части детей выявлен дефицит массы тела (12–18%), а также отдельные случаи избыточной массы тела и ожирения (до 10–15%). Полученные данные подчёркивают необходимость регулярного мониторинга показателей физического развития у детей, оценки темпов роста и своевременного проведения диагностических мероприятий для выявления эндокринных, генетических и соматических причин задержки роста. Раннее выявление низкорослости позволяет своевременно начать коррекционные и лечебные мероприятия, что способствует улучшению прогноза физического развития ребёнка.

Рофизода Х.Ш.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.

Кафедра внутренних болезней с курсом клинической кардиологии

НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана»

Кардиореанимационное отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить эффективность диагностики эндотелиальной дисфункции у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде.

Материал и методы. Проведен анализ результатов спектрального анализа вариации кардиоинтервала по методике Н.И. Музалевской и В.М. Урицкому и манжеточной пробы D. Selergmajer и соавт. в модификации Затейщикова Д.А., у 195 женщин, которые находились на стационарном лечении в кардиореанимационное отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в возрасте от 45 лет до 65 лет. Условно разделенных на 4 группы: 1 группа - 35 (17,9%) - практически здоровые женщины (ПЗЖ); 2 группа - 45 (23,1%) женщин в климактерический период (ЖКП); 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 в период 2021 по 2025гг.

Результаты исследования. Выявлена неоднородность спектральных мощностей $\Delta f_{нч}$ - часть спектра низких частот и $\Delta f_{вч}$ - часть спектра высоких частот, значительные сдвиги в области спектра низких частот у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде без и с наличием осложнений. В 3-ей группе женщин анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги всех показателей, по сравнению с 1-ой и 2-ой группами, подтвержденные данными манжеточной пробы. В 4-ой группе более выражен вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, спектры изученных мощностей имели еще более значительные сдвиги сравнительно с женщинами 3-й группы.

Вывод. Таким образом у 2-й группы женщин в климактерическом периоде отмечается незначительный дисбаланс функционирования эндотелия, что характерно для климактерического синдрома. У женщин 3-ой группы отмечается выраженные нарушения спектра низких частот и показателей манжеточной пробы. В 4-й группе более выражен вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, имеются нарушения экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальная дисфункция, что проявляется клиническими осложнениями в виде эндотелиальная дисфункция, что проявляется в виде кардиогенного шока, сердечной недостаточности и аритмии.

ТУБЕРКУЛЁЗ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН, 2024-2025 ГГ.

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

Научный руководитель-заведующий кафедрой фтизиопульмонологии, д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучить данные официальной статистики за 2024–2025 гг. по туберкулёзу в Республике Таджикистан, оценить частоту и клиническое значение посттуберкулёзной болезни лёгких, а также проанализировать актуальные подходы к профилактике осложнений от туберкулёза.

Материал и методы. Источником информации послужили официальные отчётные материалы и архивные данные, предоставленные Республиканским центром по защите населения от туберкулёза за 2024–2025 годы. В рамках исследования были изучены сведения о 1000 больных туберкулёзом. Собранные статистические показатели использовались для оценки распространённости осложнённых форм туберкулёза.

Результаты исследования. В результате анализа 2024–2025 гг. установлено, что осложнения туберкулёза отличаются значительным влиянием на прогноз заболевания и качество жизни пациентов. Согласно полученным данным, осложнения туберкулёза были зарегистрированы у 114 пациентов, что составило 11,4% от общего числа больных. С клинко-практической точки зрения целесообразно разделять осложнения туберкулёза на большие (жизнеугрожающие и инвалидизирующие). Среди 114 пациентов с осложнённым течением туберкулёза наиболее распространённым осложнением являлся туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов, который был зарегистрирован у 68 пациентов, что составило 59,6% от числа больных с осложнениями, преимущественно среди детей и подростков. Кровохарканье отмечалось у 23 пациентов (20,2%) и преимущественно наблюдалось при фиброзно-кавернозных формах туберкулёза. Лёгочное кровотечение было выявлено у 7 пациентов (6,1%), у больных с хроническим течением заболевания. Дыхательная недостаточность диагностировалась у 34 пациентов (29,8%), при этом при запущенных формах туберкулёза отмечалась более высокая частота данного осложнения. Пневмоторакс был зарегистрирован у 6 пациентов (5,3%) и был характерен для кавернозных и в том числе деструктивных форм туберкулёза. Эмпиема плевры выявлялась у 8 пациентов (7,0%) и, как правило, развивалась как осложнение туберкулёзного плеврита. Амилоидоз внутренних органов (почек и печени) отмечался у 9 пациентов (7,9%), преимущественно при длительном хроническом течении заболевания. Туберкулёзный менингит был зарегистрирован у 3 пациентов (2,6%), преимущественно в детском возрасте. Милиарный туберкулёз выявлен у 2 пациентов (1,8%), чаще у лиц с иммунодефицитными состояниями. Ателектаз лёгких отмечался у 10 пациентов (8,8%) и был обусловлен обструкцией бронхов. Фиброз лёгких как остаточное посттуберкулёзное изменение выявлен у 27 пациентов (23,7%).

Выводы. Посттуберкулёзных осложнений со стороны практикующих врачей зачастую недооценивается. Для уменьшения бремени этих осложнений требуются: ранняя диагностика, полноценное лечение под наблюдением врача, мониторинг побочных эффектов терапии, развитие своевременной профилактики и реабилитации туберкулёза.

Рухионаи К., Сайфуллаева Л.Ф., Хурсанов Б.Ш.

ВЛИЯНИЕ ФРУКТОЗО-1,6-ДИФОСФАТА НА ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних заболеваний №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Умарова С.А.

Цель исследования. Оценить влияние фруктозо-1,6-дифосфата (ФДФ) на динамику лабораторных показателей у пациентов с острой сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование были включены 24 пациента с острой сердечной недостаточностью, развившейся на фоне инфаркта миокарда. Пациенты были распределены на две группы: основную (n=12) и контрольную (n=12). Больные основной группы дополнительно к стандартной терапии получали ФДФ внутривенно в дозе 5–10 г/сут. Пациенты контрольной группы получали только стандартную терапию. Определяли активность изофермента креатинфосфокиназы-МВ (КФК-МВ), С-реактивного белка (СРБ), тропонина Т и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) до начала лечения и через 48 часов терапии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием параметрических методов анализа; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Через 48 часов терапии у пациентов основной группы наблюдалась более выраженная положительная динамика лабораторных показателей по сравнению с контрольной группой. Активность КФК-МВ у пациентов, получавших фруктозо-1,6-дифосфат, снизилась с 320 ± 25 до 160 ± 18 Ед/л ($p < 0,05$), что свидетельствует о более быстром уменьшении степени повреждения миокарда. В контрольной группе снижение данного показателя было менее выраженным и составило до 240 ± 20 Ед/л. Уровень лактатдегидрогеназы в основной группе снизился на 37% и достиг 280 ± 25 Ед/л ($p < 0,05$), тогда как в группе сравнения уменьшение составило 14% – до 380 ± 28 Ед/л. Концентрация тропонина Т у пациентов основной группы уменьшилась на 67% и составила $0,45 \pm 0,08$ нг/мл. В контрольной группе снижение данного показателя было менее выраженным и достигло $0,95 \pm 0,15$ нг/мл ($p < 0,05$). Уровень С-реактивного белка в основной группе также достоверно снизился. Концентрация данного маркера воспаления уменьшилась на 42% – с $12,5 \pm 1,4$ до $7,3 \pm 1,1$ мг/л ($p < 0,05$). В группе сравнения снижение было менее выраженным и составило лишь 18% – с $12,1 \pm 1,3$ до $9,9 \pm 1,2$ мг/л ($p > 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о более выраженном уменьшении воспалительной активности у пациентов, получавших фруктозо-1,6-дифосфат, что может отражать улучшение метаболических процессов и снижение повреждения миокарда.

Выводы. Применение фруктозо-1,6-дифосфата способствует более выраженному снижению лабораторных маркеров повреждения миокарда у пациентов с острой сердечной недостаточностью.

Рухшонаи К., Сайфуллоева Л.Ф., Боймуродов П.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОКАРНИТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИН-
ФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Кафедра внутренних заболеваний №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Умарова С.А.

Цель исследования. Оценить влияние левокарнитина на клинические и функциональные показатели сердечной деятельности у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии ГУ «Городской медицинский центр №1 им. К. Ахмедова». Средний возраст составил $66,4 \pm 6,8$ года. Основную группу ($n=13$) составили пациенты, которые на фоне стандартной терапии получали левокарнитин по следующей схеме: 1000 мг/сут внутривенно 10 дней с последующим переходом на пероральный приём 900 мг/сут в течение месяца. Контрольная группа ($n=13$) получала только базисную терапию. Оценивали показатели по шкале ШОКС, тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ) и данным эхокардиографии (ЭхоКГ) с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Статистическую значимость различий определяли по t-критерию Стьюдента при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У большинства пациентов (86%) выявлялась хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II–III функционального класса по NYHA. Через месяц в основной группе отмечена достоверная положительная динамика клинико-функциональных показателей. Средний балл по шкале ШОКС снизился с $6,7 \pm 0,6$ до $4,3 \pm 0,4$ ($p < 0,05$), что свидетельствовало об уменьшении выраженности одышки, утомляемости и субъективных проявлений сердечной недостаточности. Толерантность к физической нагрузке повысилась на 16,8%: дистанция теста шестиминутной ходьбы увеличилась с 312 ± 18 до 365 ± 21 м ($p < 0,05$). Улучшение клинического состояния сопровождалось переходом у 38% пациентов в более благоприятный функциональный класс ХСН. По данным ЭхоКГ зарегистрировано увеличение ФВ ЛЖ с $40,8 \pm 1,5\%$ до $44,4 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$), что отражало улучшение сократительной функции миокарда. В контрольной группе статистически значимых изменений не выявлено: показатель ШОКС изменился с $6,5 \pm 0,7$ до $6,1 \pm 0,6$ ($p > 0,05$), дистанция ТШХ — с 315 ± 20 до 325 ± 22 м ($p > 0,05$), ФВ ЛЖ — с $41,0 \pm 1,6\%$ до $41,8 \pm 1,5\%$ ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что включение левокарнитина в состав комплексной терапии у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом способствует улучшению клинического состояния и функциональные показатели сердечной деятельности.

Рухшонаи К. Сайфуллоева Л.Ф. Шарифбоев А.Х.
РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА БОЛЬНЫХ АРТЕИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Умаров А.А.

Цель исследования. Изучить параметры вариабельности ритма сердца (ВРС) у лиц пожилого возраста изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ)

Материал и методы. нами обследовано 60 больных со стабильной изолированной систолической артериальной гипертонией: 28 мужчин (47,6%) и 32 женщины (52,4%), средний возраст - $69,1 \pm 5,2$. С целью уточнения и связи с отсутствием общепринятых возрастных нормативов целого ряда изучаемых параметров была сформирована контрольная группа из 40 пожилых лиц с нормальным уровнем АД из них: 25 женщины (57,5%) и 15 мужчин (42,5%). Средний возраст составил $68,2 \pm 4,2$ года. Вариабельность ритма сердца определяли с помощью аппарата «ВАРИКАРД -1.41» (Россия). Запись ЭКГ осуществляли в течении 5 минут утром в состоянии покоя (через 15 минут после адаптации больного к обстановке) в одном из стандартных отведений в положении лежа. Анализ параметров выполняется при условии устойчивого синусового ритма. Проводился спектральный анализ стационарных отрезков ритмограмм. Учитывали следующие показатели ВРС: общая мощность спектра (TR, мс); мощность в диапазоне очень низких частот (VLF, мс); мощность в диапазоне низких частот (LF, мс²) и мощность высокочастотной составляющей спектра (HF, мс²). Рассчитывался вклад отдельных частотных составляющих спектра в его общую мощность.

Результаты исследования. Общая мощность спектра в целом у большинства обследованных оказалась сниженной (по сравнению со средними данными, приводимыми для лиц средней возрастной группы). Однако при более детальном анализе было выявлено, что в спектре нейрогуморальной регуляции у больных с ИСАГ несколько более высокую долю составляли высокочастотные колебания. Соотношение LF/HF, отражающее симпато-парасимпатический баланс, оказалось в среднем в группе смещено в сторону относительного преобладания низкочастотного компонента $1,26$ ($0,98-1,48$) против $1,48$ ($1,28-1,98$) контрольной группы. Определение частоты встречаемости типов вегетативной регуляции показало, что у 26 (47,5%) больных имела место относительная симпатикотония, у 14 (10,3%) больных уравновешенный тип и у 20 (42,2%) больных тенденция к ваготоническому типу. В группе больных ИСАГ, как и в контрольной группе, значимого различия фоновой активности нейрогуморальной регуляции у мужчин и женщин нами не было выявлено.

Вывод. Таким образом, основные показатели ВРС у больных ИСАГ были сопоставимы с аналогичными показателями контрольной группы. Подобная динамика мощности колебаний в низкочастотном диапазоне является показателем несостоятельности резервов регуляции симпатического отдела нервной системы, и в частности сосудодвигательного центра у пожилых пациентов.

Сагидуллина И.Р.
ДВС-СИНДРОМ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии
ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России
Научный руководитель-д.м.н., профессор Никитин Е.Н.

Цель исследования. Характеристика ДВС-синдрома у онкогематологических больных.

Материал и методы. Проанализировано 30 клинических случаев гемобластозов с летальным исходом у пациентов, леченных в условиях гематологического отделения. Продолжительность лечения специфических больных колебалась от 1 до 30 (в среднем $11,2 \pm 1, 29$). Большинство пациентов (25 человек) было с различными формами В- и Т-клеточных лимфом, острым миелобластным лейкозом-5. Диагнозы заболеваний подтверждены также на аутопсии. Эти онкологические заболевания представляют собой клинические ситуации с огромной потенциальной возможностью развития ДВС-синдрома. Мужчин было 15, женщин 15, в возрасте 38-92 ($66,7 \pm 2,4$) лет. Для диагностики была использована бальная система оценки ДВС-синдрома, предложенная Международным обществом по тромбозу и гемостазу (2001г). Тромбоцитопения, гипофибриногенемия, удлинение протромбинового времени, повышение продуктов деградации фибрина (Д-димера), дающие в сумме ≥ 5 баллов, свидетельствуют о явном (остром) ДВС-синдроме. Полученные результаты статистически обработаны с помощью программы Excel 2019г.

Результаты исследования. Манифестный ДВС-синдром выявлен у 21 больного из 30 (70%). Пусковыми механизмами развития ДВС-синдрома у них служили: неконтролируемые инфекционно-токсические осложнения (пневмония, сепсис, ВИЧ-инфекция), синдром лизиса опухоли, тяжелая гипотензия, тяжелые острые деструктивные заболевания (панкреатиты, диффузные заболевания печени), прогрессия опухолевого процесса, внутрисосудистый гемолиз. Клинически ДВС-синдром характеризовался поражением органов-мишеней с развитием полиорганной недостаточности (дыхательной, сердечной, почечной, печеночной) в сочетании с нарушением системы гемостаза и развитием политочной кровоточивости в виде петехиально-пятнистых геморрагий на коже конечностей и туловища, кровоизлияния в склеры обоих глаз, носовых и десневых кровоизлияний, а по данным аутопсии - еще и во внутренние органы (легкие, миокард, кишечник), субдуральное кровоизлияние. Геморрагии были связаны с глубокой общей гипокоагуляцией крови и тромбоцитопенией потребления.

Выводы. 1. Онкогематологические заболевания с тяжелыми течениями часто (до 70%) сопровождаются развитием ДВС-синдрома.

2. ДВС-синдром, в свою очередь, является важнейшим механизмом прогрессирования, резкого отягощения и неблагоприятного исхода гемобластозов.

Саидов П.А., Асилова Н.Г., Нуралиев Н.М.
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Оценить особенности когнитивного дефицита у пациентов с эпилепсией в зависимости от клинических параметров заболевания.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с установленным диагнозом эпилепсии, находившиеся под динамическим наблюдением невролога. Проводилось клиничко-неврологическое обследование с анализом формы эпилепсии, длительности заболевания, частоты эпилептических приступов и характера проводимой противоэпилептической терапии. Когнитивный статус оценивался с использованием стандартизированных нейропсихологических методик, направленных на изучение внимания, памяти, исполнительных функций и скорости психических процессов. Полученные данные анализировались с учётом клинических характеристик заболевания.

Результаты исследования. У большинства обследованных пациентов выявлены когнитивные нарушения различной степени выраженности. Наиболее часто отмечались снижение концентрации внимания, замедление темпа психической деятельности и нарушения оперативной памяти. Выраженность когнитивного дефицита возрастала при большей длительности заболевания и высокой частоте эпилептических приступов. У пациентов с фокальными формами эпилепсии преобладали нарушения памяти и исполнительных функций, тогда как при генерализованных формах чаще выявлялось диффузное снижение когнитивной продуктивности. Дополнительным фактором, ассоциированным с когнитивными расстройствами, являлась полифармакотерапия, особенно при недостаточном контроле приступов.

Выводы. Когнитивный дефицит при эпилепсии носит гетерогенный характер и определяется совокупностью клинических факторов, включая форму эпилепсии, длительность заболевания, частоту приступов и особенности противоэпилептической терапии. Выявленные особенности подчёркивают необходимость регулярной оценки когнитивных функций у пациентов с эпилепсией и комплексного подхода к ведению данной категории больных с учётом не только контроля приступов, но и сохранения когнитивного функционирования.

Саидов П.А., Асилова Н.Г., Нуралиев Н.М.
ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Оценить влияние клинических особенностей эпилепсии и противоэпилептической терапии на качество жизни пациентов.

Материал и методы. В исследование включены пациенты с диагнозом эпилепсии, находившиеся под амбулаторным наблюдением. Проводился анализ клинических данных, включая форму эпилепсии, длительность заболевания, частоту эпилептических приступов и эффективность проводимой терапии. Качество жизни оценивалось с использованием стандартизированных опросников, позволяющих проанализировать физическое состояние, эмоциональное благополучие, когнитивное функционирование и социальную активность. Полученные показатели сопоставлялись с клиническими и терапевтическими характеристиками заболевания.

Результаты исследования. У большинства пациентов выявлено снижение качества жизни различной степени выраженности. Наиболее значимое влияние оказывали высокая частота приступов и длительное течение заболевания. Пациенты с недостаточным контролем эпилептических приступов демонстрировали более выраженные ограничения в социальной активности и эмоциональной сфере. Отрицательное влияние на показатели качества жизни также ассоциировалось с применением полифармакотерапии, что проявлялось повышенной утомляемостью, снижением работоспособности и эмоциональной лабильностью. В то же время достижение устойчивого контроля приступов на фоне рационально подобранной монотерапии сопровождалось более высокими показателями физического и психосоциального функционирования.

Выводы. Качество жизни пациентов с эпилепсией определяется не только наличием заболевания, но и совокупностью клинических и терапевтических факторов. Частота приступов и характер противоэпилептической терапии играют ключевую роль в формировании субъективного восприятия болезни. Полученные данные подчёркивают необходимость индивидуализированного подхода к лечению эпилепсии с учётом не только противосудорожной эффективности, но и влияния терапии на повседневное функционирование и социальную адаптацию пациентов.

Саидов П.А.¹, Асилова Н.Г.¹, Назармамадова Н.А.².
ЭПИЛЕПСИЯ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. «Абуали ибни Сино. Таджикистан».
ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Оценить характер, структуру и выраженность когнитивных нарушений у детей школьного возраста с эпилепсией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное клинико-аналитическое исследование 78 детей школьного возраста (7–16 лет) с установленным диагнозом эпилепсии, находившихся под динамическим наблюдением невролога в 2020–2025 гг. Средний возраст пациентов составил $11,4 \pm 2,9$ года; мальчиков - 46 (59%), девочек - 32 (41%). Анализировались форма эпилепсии (фокальная, генерализованная), возраст дебюта заболевания, длительность течения, средняя частота приступов в месяц и характер противоэпилептической терапии (монотерапия или полифармакотерапия). Когнитивный статус оценивался с использованием стандартизированных нейропсихологических методик, направленных на исследование концентрации внимания, оперативной и долговременной памяти, исполнительных функций, скорости психических процессов и уровня учебной адаптации. Статистическая обработка данных проводилась с применением методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Когнитивные нарушения различной степени выраженности выявлены у 64% обследованных детей. Наиболее часто отмечались снижение концентрации внимания (48%), замедление темпа психической деятельности (42%), нарушения оперативной памяти (39%) и трудности выполнения заданий, требующих планирования и самоконтроля (34%). Более выраженный когнитивный дефицит наблюдался у детей с длительностью заболевания более 5 лет и частотой приступов более 2 эпизодов в месяц. При фокальных формах эпилепсии преобладали нарушения памяти и исполнительных функций, что, вероятно, связано с локальным поражением корковых структур. При генерализованных формах чаще регистрировалось диффузное снижение когнитивной продуктивности и замедление психической деятельности. У детей, получавших полифармакотерапию, когнитивные нарушения выявлялись достоверно чаще по сравнению с пациентами на монотерапии, что может быть связано с суммарным нейрокогнитивным эффектом противоэпилептических препаратов.

Выводы. Эпилепсия у детей школьного возраста нередко сопровождается когнитивными нарушениями, влияющими на учебную деятельность и социальную адаптацию. Выраженность когнитивного дефицита определяется формой заболевания, длительностью его течения, частотой приступов и особенностями терапии. Полученные результаты подчёркивают необходимость регулярной нейропсихологической оценки детей с эпилепсией и индивидуализации лечебной тактики с учётом не только контроля приступов, но и сохранения когнитивного функционирования.

Саймадова С.С., Саидов П.А., Назаров Т.Ш.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан».
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Изучить возрастные особенности заболеваемости эпилепсией и основные этиологические факторы.

Материал и методы. В работе проведён анализ данных современных эпидемиологических исследований, посвящённых распространённости и заболеваемости эпилепсией в различных возрастных группах. Используются результаты клинических наблюдений, представленные в отечественной и зарубежной научной литературе. Применялись методы сравнительного анализа, систематизации и обобщения данных клинических, нейрофизиологических и нейровизуализационных исследований, включая результаты электроэнцефалографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Результаты исследования. Анализ эпидемиологических данных показал, что заболеваемость эпилепсией характеризуется двумя выраженными возрастными пиками: в раннем детском возрасте и у лиц пожилого возраста. В данной возрастной группе часто выявляются идиопатические и генетически обусловленные формы эпилепсии, для которых характерно относительно благоприятное течение и хороший ответ на противоэпилептическую терапию. Однако в ряде случаев заболевание может сопровождаться задержкой психического развития и когнитивными нарушениями. В противоположность детскому возрасту, развитие эпилепсии у пациентов старших возрастных групп чаще связано с приобретёнными структурными поражениями головного мозга. Одним из ведущих факторов является цереброваскулярная патология, включая ишемические и геморрагические инсульты. Клиническая картина эпилепсии также имеет возрастные особенности. У детей нередко наблюдаются генерализованные формы приступов, тогда как у пациентов пожилого возраста чаще диагностируются фокальные эпилептические приступы, которые могут сопровождаться нарушением сознания и вторичной генерализацией.

Выводы. Заболеваемость эпилепсией характеризуется выраженной возрастной зависимостью с двумя основными пиками — в детском и пожилом возрасте.

Этиологические факторы развития эпилепсии существенно различаются в зависимости от возраста пациентов. У детей ведущую роль играют генетические и перинатальные факторы, тогда как у пожилых пациентов преобладают сосудистые и дегенеративные поражения головного мозга. Учет возрастных особенностей заболевания имеет важное значение для ранней диагностики эпилепсии и выбора наиболее эффективной терапевтической тактики.

Сайфиева Н.М., Одинаев А.С., Жунайдов М.Н.
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Изучить особенности геморрагических проявлений у пациентов с заболеваниями печени.

Материал и методы. В исследования включено 48 пациентов с хроническими заболеваниями печени (хронический гепатит, цирроз печени различной этиологии), проходивших стационарное лечение. Среди обследованных было 29 мужчин (60,4%) и 19 женщин (39,6%).

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 18-39 лет - 12 человек (25%); 40-59 лет - 21 человек (43,8%); 60 лет и старше - 15 человек (31,2%).

Всем больным проводилось клиническое обследование с оценкой геморрагического синдрома (петехии, экхимозы, носовые кровотечения, кровоточивость десен), а также лабораторные исследования: общий анализ крови (уровень гемоглобина, тромбоцитов), коагулограмма (протромбиновое время, МНО, фибриноген), биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин).

Исследования проводились при поступлении (до лечения) и после курса стандартной терапии, включающей гепатопротективные препараты, витамины группы К, при необходимости - свежзамороженную плазму и тромбоцитарную массу.

Результаты исследования. До начала лечения у 34 пациентов (70,8%) отмечались клинические проявления геморрагического синдрома различной степени выраженности. Тромбоцитопения ($<150 \times 10^9/\text{л}$) выявлена у 30 больных (62,5%), средний уровень тромбоцитов составил $112 \pm 18 \times 10^9/\text{л}$. Удлинение протромбинового времени и повышение МНО наблюдалось у 75% пациентов (средний МНО — $1,8 \pm 0,3$). Уровень фибриногена был снижен у 41,7% обследованных.

После проведенного лечения отмечена положительная динамика: число пациентов с клиническими проявлениями геморрагического синдрома снизилось до 15 человек (31,2%). Средний уровень тромбоцитов увеличился до $156 \pm 22 \times 10^9/\text{л}$. МНО снизилось до $1,3 \pm 0,2$, показатели протромбинового времени приблизились к референтным значениям. Уровень фибриногена нормализовался у большинства пациентов.

Выводы. Геморрагические проявления при заболеваниях печени широко распространены и обусловлены сочетанием тромбоцитопении и нарушений коагуляционного гемостаза. Наиболее выраженные изменения наблюдаются у пациентов старшей возрастной группы и при циррозе печени. Комплексная терапия способствует достоверному улучшению гематологических показателей и уменьшению клинических проявлений геморрагического синдрома.

Оценка коагулограммы и уровня тромбоцитов имеет важное значение для мониторинга состояния пациентов и коррекции лечения.

Сайфиева Н.М., Хаитов Ш.Р., Субхонова Г.С.

ОЦЕНКА ИСХОДОВ И ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Субхонова З.И.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные показатели и исходы острой пневмонии у пациентов стационарного профиля в зависимости от характера выздоровления.

Материал и методы. Проведен анализ 31 истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении НМЦ РТ с диагнозом острая внебольничная пневмония за период 2023 – 2025гг. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от исхода заболевания. В первую группу вошли 16 пациентов, из них мужчин 10 (62,5%), женщин 6 (37,5%), у которых отмечено полное клинико-рентгенологическое выздоровление к моменту выписки. Во вторую группу включены 15 пациентов, из них 9 (60%) мужчин и 6 (40%) женщин, у которых имело место затяжное течение заболевания с сохранением остаточных клинических симптомов и рентгенологических изменений к моменту завершения стационарного этапа лечения. Оценивались клинические симптомы, показатели общего анализа крови, С-реактивного белка (СРБ), а также динамика рентгенологических данных. При обследовании использованы общеклинические методы исследования, рентгенография легких. Все пациенты принимали традиционную терапию.

Результаты исследования. Клинические проявления: лихорадка выше 38 градусов при поступлении отмечалась у 14 пациентов (87,5%) первой группы и у 14 пациентов (93,3%) второй группы. Средняя длительность лихорадки в первой группе 3 суток, во второй в среднем 5 суток. Выраженность интоксикационного синдрома (слабость, потливость, тахикардия) отмечена у 5 (31,2%) пациентов первой группы и у 10 (66,7%) во второй группе. Кашель с продукцией мокроты был у 12 пациентов (75%) первой группы и у 13 (86,7%) второй группы. Из лабораторных данных лейкоцитоз выявлен одинаково в обеих группах. Средние показатели СОЭ в первой группе – 28 мм/ч, во второй – 36 мм/ч. Повышение СРБ зарегистрировано у 10 (62,5%) пациентов первой группы и у 13 (86,7%) во второй. На фоне лечения нормализация лабораторных показателей происходила к 7–8 суткам лечения в первой группе и к 10–12 суткам во второй группе. Со стороны рентгенологических данных полное разрешение инфильтрации к моменту выписки наблюдалось у 16 (100%) пациентов первой группы и у 6 (40%) во второй. Средняя длительность госпитализации в первой группе составила 9 суток, во второй 13.

Выводы. Затяжное течение острой пневмонии сопровождается более выраженным интоксикационным синдромом, более высоким уровнем воспалительных маркеров и большей распространенностью инфильтративных изменений. Полисегментарное поражение легких и высокий уровень СРБ могут служить прогностическими критериями неблагоприятного исхода. Комплексная оценка клинико-лабораторных и рентгенологических данных позволяет своевременно корректировать терапию и прогнозировать сроки выздоровления.

Сайфуллаева Л.Ф., Рухионаи К., Боймуродов П.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

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

Научный руководитель – к.м.н. доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Оценить влияние ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (SGLT2) на функциональное состояние сердца и почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с кардио-рэнальным синдромом.

Материалы и методы. Было обследовано 40 пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса (ФВ ЛЖ $\leq 40\%$) II–III функционального класса по NYHA и ХБП 2-3 стадии (СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м²). Больные находились на стационарном лечении в отделении кардиологии ГУ «Городского медицинского центра № 1 им. К. Ахмедова». Средний возраст обследуемых составил 58 ± 8 лет. Пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную группу, сопоставимые по возрасту и клинико-функциональным показателям. Основная группа (n=20) помимо базисной терапии (иАПФ/БРА, β -адреноблокаторы, диуретики) получала препарат из группы ингибиторов SGLT2 (дапаглифлозин 10 мг/сут) в течение 12 недель. Пациенты контрольной группы (n=20) получали только стандартную терапию. Всем больным проводились общеклинические, функциональные и лабораторные исследования, определялись такие показатели как уровень мочевины, креатинина в крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических методов, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования Через 12 недель терапии у больных основной группы наблюдалась положительная динамика: ФВ ЛЖ увеличилась с $38,5 \pm 3,2\%$ до $45,2 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$). Также у данной категории пациентов нами было отмечено улучшение клинического состояния по шкале ШОКС - уменьшение с $6,1 \pm 0,8$ до $3,9 \pm 0,7$ баллов ($p < 0,05$). Наряду с этим, было отмечено повышение толерантности к физической нагрузке, что подтверждалось результатами теста 6-минутной ходьбы: пациенты из исходных 320 ± 45 м достигли 390 ± 40 м ($p < 0,05$). Об улучшении функции почек свидетельствовали: увеличение СКФ с $52,3 \pm 5,1$ до $55,6 \pm 4,9$ мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$), снижение уровня мочевины с $7,8 \pm 1,2$ до $6,5 \pm 1,0$ ммоль/л ($p < 0,05$) и уровня креатинина - с 128 ± 18 мкмоль/л до 112 ± 16 мкмоль/л ($p < 0,05$). В контрольной группе не было выявлено статистически значимых улучшений: ФВ ЛЖ поднялась с $38,1 \pm 3,0\%$ до $39,5 \pm 3,3\%$ ($p > 0,05$). Тяжесть течения ХСН по шкале

ШОКС с $6,0 \pm 0,8$ балла снизилась до $5,8 \pm 0,7$ ($p > 0,05$). Результаты 6-минутной ходьбы практически не изменились: из исходных 315 ± 50 м пациенты смогли пройти 320 ± 48 м ($p > 0,05$). СКФ снизилась с $51,8 \pm 4,8$ до $50,5 \pm 5,0$ мл/мин/1,73 м² ($p > 0,05$), уровень мочевины увеличился с $7,7 \pm 1,1$ до $7,9 \pm 1,3$ ммоль/л ($p > 0,05$), вместе с тем уровень креатинина снизился с 126 ± 17 мкмоль/л до 121 ± 18 мкмоль/л ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о кардио-и нефропротекторном эффекте SGLT2-ингибиторов и подтверждают целесообразность их применения у данной категории пациентов.

Сайфуллаева Л.Ф., Рухионаи К., Шарифбоев А.Х.,

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НАЛИЧИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Оценить особенности вариабельности ритма сердца у пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью при наличии коморбидных аффективных расстройств.

Материал и методы. В исследование включены **60 пациентов** с хронической сердечной недостаточностью II–III функциональных классов на фоне постинфарктного кардиосклероза в возрасте **60–74 лет** (средний возраст **66,9 ± 1,7** года). Длительность заболевания составила **7,8 ± 1,4** года. Среди обследованных было **23 женщины и 37 мужчин**. Диагноз ХСН устанавливался согласно классификации **РОССН (2002)**. Исследование проводилось в кардиологическом отделении Городского медицинского центра г. Душанбе. Для уточнения функционального класса использовался **тест шестиминутной ходьбы**. Психосоциальное состояние пациентов оценивалось с помощью **шкалы депрессии Бека (BDI)**. Для анализа автономной регуляции сердечной деятельности проводилось исследование **вариабельности ритма сердца** методом спектрального анализа. Оценивались показатели **TP, LF, HF, VLF**, а также индекс **LF/HF**, характеризующий баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

Результаты исследования. По результатам обследования признаки **клинически выраженной депрессии** выявлены у **25,0%** пациентов с хронической сердечной недостаточностью. У больных с **III функциональным классом ХСН** частота депрессивных расстройств была достоверно выше ($p < 0,05$) и составила **28,3%**. Лёгкие формы депрессивных нарушений отмечались у **36,7%** обследованных, тогда как у **38,3%** пациентов признаки депрессии отсутствовали.

Спектральный анализ вариабельности ритма сердца показал **снижение общей мощности спектра (TP)** и уменьшение показателей **LF и HF** по сравнению с условно здоровыми лицами, что свидетельствует о снижении адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы и ригидности сердечного ритма. У пациентов с ХСН, сочетающейся с депрессивными расстройствами, наблюдалось **более выраженное снижение показателей вариабельности ритма сердца**, отражающее нарушения вегетативной регуляции сердечной деятельности.

Выводы. У больных хронической сердечной недостаточностью отмечаются выраженные изменения автономной регуляции сердечного ритма, характеризующиеся снижением вариабельности ритма сердца и нарушением вегетативного баланса. Наличие сопутствующих депрессивных расстройств усугубляет данные нарушения, что может рассматриваться как неблагоприятный прогностический фактор и потенциальный предиктор развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ХСН.

Сайфуллаева Л.Ф., Рухионаи К., Шарифбоев А.Х.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН И КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

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

Научный руководитель – старший преп. Замунов О.А.

Цель исследования. Оценить влияние ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (SGLT2) на электролитные показатели крови у пациентов с ХСН с кардио-рЕНАЛЬНЫМ синдромом.

Материал и методы. Нами было обследовано 60 пациентов с ХСН со сниженной ФВ (ФВ ЛЖ $\leq 40\%$) II–III функционального класса по NYHA и ХБП 2-3 стадии (СКФ $30–59$ мл/мин/1,73 м²), которые находились на стационарном лечении в отделении кардиологии ГУ «Городского медицинского центра № 1 им. К. Ахмедова». Обследуемые были разделены на две группы: основную ($n=30$) и контрольную ($n=30$), которые были сопоставимы по возрасту (средний возраст 58 ± 8 лет) и клинико-функциональным показателям. Пациенты основной группы получали базисную терапию (иАПФ/ БРА, β-адреноблокаторы, диуретики) и дополнительно ингибитор SGLT2 (дапаглифлозин 10 мг/сут) в течении 12 недель. Контрольная группа получала исключительно базисную терапию. Всем больным проводились общеклинические и лабораторные исследования: были определены уровень калия и натрия в крови. Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических методов; различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По завершении 12 недельного курса терапии у пациентов основной группы выявлены достоверные изменения электролитных показателей крови: уровень калия в крови снизился с $4,8 \pm 0,3$ до $4,5 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,05$), что свидетельствует о снижении риска развития гиперкалиемии у пациентов с ХСН и сопутствующей ХБП. Одновременно уровень натрия повысился с $137,5 \pm 2,8$ до $139,2 \pm 2,5$ ммоль/л ($p < 0,05$) что отражает улучшение водно-электролитного баланса и уменьшение выраженности гипонатриемии, часто встречающейся у пациентов данной категории. В контрольной группе статистически значимой динамики электролитных показателей не отмечалось: уровень калия увеличился с $4,7 \pm 0,3$ до $4,9 \pm 0,3$ ммоль/л ($p > 0,05$), уровень натрия в свою очередь имел тенденцию к снижению с $138,0 \pm 2,7$ до $137,0 \pm 2,8$ ммоль/л

($p > 0,05$) что отражает дальнейшее прогрессирование ХСН и сохранение нарушений водно- электролитного баланса.

Выводы. Применение ингибиторов SGLT2 у пациентов с ХСН с кардио-ренальным синдромом способствует снижению риска гиперкалиемии и нормализации концентрации натрия в крови, что подчеркивает их роль как безопасного и эффективного компонента комплексной терапии у данной категории пациентов.

Салихова М.Х., Ятимова С.А., Джабаров М.К.

ОСТЕОПОРОЗ КАК КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Изучить, как часто встречается остеопороз у больных ревматоидным артритом, выявить основные причины его развития и понять механизмы его возникновения на основе данных научной литературы.

Материал и методы. Был проведен анализ отечественных и зарубежных научных работ, посвященных проблеме остеопороза при ревматоидном артрите. В обзор вошли статьи, диссертации и материалы конгрессов, опубликованные в базах данных eLibrary и PubMed за 1999–2015 годы. Особое внимание уделялось исследованиям с результатами денситометрии (метода измерения плотности костей) и оценкой факторов риска переломов.

Результаты исследования. Данные литературы показывают, что снижение плотности костной ткани встречается у больных РА очень часто - у 70–77% пациентов. Только каждая четвертая женщина с РА имеет нормальные показатели плотности костей. Чаще всего страдают поясничный отдел позвоночника (остеопороз выявляется у 28–50% больных) и шейка бедра (у 24–52% больных). Кроме общих факторов риска (возраст старше 50 лет, низкий вес, ранняя менопауза, малая подвижность), у больных РА на первый план выходят причины, связанные с самим заболеванием. Главные из них: высокая активность воспаления (СОЭ выше 20 мм/ч, СРБ выше 20 мг/л); длительность болезни более 7–10 лет; наличие ревматоидного фактора в крови; выраженные нарушения функции суставов. Особую роль в развитии остеопороза играет лечение гормонами - глюкокортикоидами. Установлено, что потеря костной ткани идет наиболее быстро в первые 6 - 12 месяцев приема этих препаратов и может достигать 30%. Риск переломов повышается даже при небольших дозах (2,5–7,5 мг в сутки). Безопасных для костей доз глюкокортикоидов не существует. В основе остеопороза при РА лежит хроническое воспаление. Воспалительные клетки выделяют вещества (цитокины), которые активируют клетки, разрушающие костную ткань (остеокласты). Лечение гормонами, с одной стороны, подавляет воспаление, но с другой - ухудшает всасывание кальция в кишечнике, усиливает его выведение с мочой и нарушает обмен витамина D. В итоге кости становятся более хрупкими. Анализ частоты переломов показал, что у трети женщин с РА случаются переломы при минимальной травме (например, при падении с высоты собственного роста). Наибольшее число переломов (до 81,8%) наблюдается у пациентов с длительностью РА более 7 лет и у тех, кто принимает гормональные препараты (71,7%). Чаще всего страдают позвонки.

Выводы.

1. Остеопороз при ревматоидном артрите встречается очень часто. Он развивается из-за сочетания двух главных факторов: самого воспалительного процесса и лечения гормональными препаратами.

2. Основные признаки высокого риска остеопороза у больных РА - это высокая активность воспаления, длительность болезни более 7–10 лет и прием глюкокортикоидов (даже в небольших дозах).

3. Больные РА, особенно женщины после менопаузы и пациенты, получающие гормональную терапию, нуждаются в ранней проверке плотности костей (денситометрии). Это позволит вовремя назначить лечение для укрепления костей и предотвратить опасные переломы.

Саломатджонзода Л.С., Умарова М. Х., Шодиев С.С.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА, ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ И ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С УЧЁТОМ СТАТИНОВОЙ ТЕРАПИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь индекса массы тела (ИМТ), показателей гликемического контроля и липидного обмена у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с учётом применения статиновой терапии.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ данных 111 пациентов с СД - 2 типа. Оценивались ИМТ, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), показатели общего холестерина и сведения о приёме статинов. Оценивались показатели о приёме статинов у 107 пациентов (96,4%); статины получали 63 пациента (58,9%), не получали - 44 пациента (41,1%). В зависимости от ИМТ пациенты распределялись на группы: нормальная масса тела - 28 пациентов (25,0%), избыточная масса тела - 42 пациента (37,5%), ожирение - 42 пациента (37,5%). Статистическая обработка выполнялась методами вариационной статистики с расчётом средних величин ($M \pm SD$). Межгрупповые различия оценивались с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Корреляционный анализ проводился по Пирсону. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Повышенный ИМТ выявлен у 75,0% пациентов, что отражает высокую распространенность избыточной массы тела и ожирения среди больных сахарным диабетом 2 типа. Средний уровень HbA1c у пациентов с нормальной массой тела составил $10,62 \pm 3,18\%$, при избыточной массе тела - $10,74 \pm 2,47\%$, при ожирении - $10,86 \pm 2,14\%$. Выявлена тенденция к увеличению уровня HbA1c по мере роста ИМТ; межгруп-

повые различия достигали статистической значимости ($F=3,21$; $p=0,044$). Аналогичная зависимость установлена при анализе липидного обмена. Средний уровень общего холестерина у пациентов с нормальной массой тела составил $4,29 \pm 0,77$ ммоль/л, при избыточной массе тела - $4,35 \pm 0,88$ ммоль/л, при ожирении - $4,62 \pm 0,69$ ммоль/л. Различия между группами статистически значимы ($F=4,08$; $p=0,019$). Пациенты с ожирением характеризовались наиболее неблагоприятными показателями углеводного и липидного обмена. Корреляционный анализ выявил достоверную положительную связь между ИМТ и уровнем HbA1c ($r=0,31$; $p=0,002$), а также между ИМТ и уровнем общего холестерина ($r=0,28$; $p=0,006$), что свидетельствует о неблагоприятном влиянии избыточной массы тела на метаболический профиль пациентов. Статиновая терапия назначалась 58,9% пациентов. Несмотря на проводимое лечение, у пациентов с повышенным ИМТ сохранялись более высокие показатели HbA1c и общего холестерина, что указывает на комплексное влияние ожирения на течение заболевания.

Вывод. Избыточная масса тела и ожирение широко распространены среди пациентов с СД - 2 типа и статистически значимо ассоциированы с ухудшением гликемического контроля и липидного профиля. Увеличение ИМТ сопровождается ростом уровней HbA1c и общего холестерина. Пациенты с ожирением имеют наиболее неблагоприятные метаболические показатели даже при проведении статиновой терапии. Полученные данные подтверждают необходимость комплексного подхода к ведению больных с СД - 2 типа, включающего контроль массы тела, оптимизацию гликемического контроля и своевременную коррекцию дислипидемии для снижения сердечно-сосудистого риска.

Саломатджонзода Л.С., Умарова М.Х., Солиева Ш.В.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить частоту назначения статиновой терапии и охарактеризовать особенности её применения у пациентов с сахарным СД - 2 типа в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 111 пациентов с СД 2 типа, находившихся под наблюдением эндокринологического отделения ГМЦ №1 имени Ахмедова Карима г. Душанбе, за период декабрь-февраль 2025-2026 гг. Оценивались демографические показатели, длительность заболевания, ИМТ, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), а также сведения о назначении гиполипидемической терапии. Информация о приёме статинов имелась у 107 пациентов (96,4%). Анализировались частота назначения статинов, структура применяемых препаратов, дозировки и длительность терапии. Статистическая обработка выполнялась с использованием методов описательной статистики с расчётом абсолютных и относительных величин.

Результаты исследования. Статиновая терапия была назначена 63 из 107 пациентов, что составило 58,9%, тогда как 44 пациента (41,1%) гиполипидемическую терапию не получали. Среди пациентов, получавших статины, наиболее часто назначался розувастатин - у 41 пациента (65,1%), аторвастатин применялся у 22 пациентов (34,9%). В структуре дозировок преобладали среднетерапевтические дозы: розувастатин 20 мг получали 28 пациентов (44,4% от всех получающих статины), розувастатин 10 мг - 13 пациентов (20,6%), аторвастатин 20 мг - 15 пациентов (23,8%), аторвастатин 10 мг - 7 пациентов (11,2%). Анализ длительности терапии показал, что более 12 месяцев статины принимали 39 пациентов (61,9%), от 6 до 12 месяцев - 17 пациентов (27,0%), менее 6 месяцев - 7 пациентов (11,1%). Таким образом, несмотря на высокий сердечно-сосудистый риск пациентов с сахарным диабетом 2 типа, значительная доля больных (41,1%) не получает гиполипидемическую терапию.

Вывод. В реальной клинической практике статиновая терапия назначается лишь 58,9% пациентов с СД 2 типа. В структуре назначений преобладает розувастатин (65,1%), преимущественно в среднетерапевтических дозах, при этом более половины пациентов получают лечение длительно. Существенная доля больных не получает гиполипидемическую терапию, что свидетельствует о необходимости оптимизации медикаментозной профилактики сердечно-сосудистых осложнений и более строгого соблюдения клинических рекомендаций.

Самедова А. Г., Самедова С. Г., Эльдерова С. С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕФАЛГИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА ОБУЧЕНИЯ.

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом ПДО ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет». Россия.

Научный руководитель — к.м.н., доцент Григорьева Ю. Г.

Цель исследования. Определить распространенность цефалгий среди студентов-медиков в зависимости от курса обучения и оценить влияние различных аспектов их образа жизни на возникновение этого симптома.

Материал и методы. Анкетирование проводилось в Астраханском государственном медицинском университете среди 94 студентов (72 девушек и 22 юношей) лечебного факультета данной возрастной группы (от 18 до 27 лет). Факторы риска выявлялись по специально разработанной анкете, состоявшей из 30 вопросов, которые касались наличия определенных симптомов, данных анамнеза заболевания и жизни. Статистическая обработка включала расчёт частот и сравнительный анализ по группам курсов: 1-2; 3-4; 5-6. Перед анкетированием проводилось объяснение целей и задач исследования, заранее от испытуемых получали их согласие на опрос.

Результаты исследования. Ежедневный стресс отметили 70% респондентов. Цефалгии и стрессовые периоды («часто» и «иногда») возникают у 63% опрошенных. Выявлена зависимость от курса обучения: на 1-2

курсе головные боли встречаются у 39% (12% «часто», 27% «иногда») студентов, на 3-4 — у 56% (22% «часто», 34% «иногда»), на 5-6 — у 58% (34% «часто», 24% «иногда»). Среди респондентов с высоким уровнем стресса (оценка 7-10 баллов) — 43% — цефалгии наблюдаются у 82%. Факторами риска являются нарушения сна (менее 5 часов) у 22%, при этом у 85% лиц данной категории цефалгии носят постоянный характер; отсутствие регулярных методов релаксации у 41% (частота цефалгий на 20% выше); низкая физическая активность у 34% (цефалгии у 71%); наличие хронических заболеваний (в т.ч. неврологических) у 18% (цефалгии у 88%); курение у 7% (цефалгии у 86%). Сопутствующие симптомы: частая тревожность у 62% (взаимосвязь с цефалгиями 78%); ухудшение состояния здоровья на фоне стресса отметили 68%. Влияние стресса на академическую успеваемость («сильно» или «немного») — 54%, при этом среди студентов с сильным влиянием (24%) цефалгии достигают 91%. Следует отметить гендерные различия: у юношей цефалгии в 55%, у девушек - 66%, на старших курсах разница нивелируется.

Выводы. Распространенность цефалгий среди студентов-медиков составляет 63% и увеличивается к старшим курсам, что коррелирует с длительным постоянным перенапряжением, нарушением сна, низкой физической активностью и отсутствием навыков релаксации. Полученные данные обосновывают необходимость внедрения профилактических мероприятий на этапе клинической подготовки для снижения неврологической заболеваемости.

Самиев А.С., Адамбаев З.И.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Ургенчский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мирджураев Э.М.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и влияние на метаболические показатели мозговой ткани комплексного применения цитопротекторов (цитиколин) и антиоксидантов при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) II стадии для обоснования их роли в прерывании ишемического каскада.

Материал и методы. В клиническое исследование было включено 95 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии на фоне артериальной гипертензии и атеросклероза. Пациенты были рандомизированы на две группы: основная группа (ОГ) (n=48), получавшая базовую гипотензивную терапию в сочетании с курсом цитопротективной терапии (цитиколин 1000 мг/сут + этилметилгидроксипиридина сукцинат), и контрольная группа (КГ) (n=47), получавшая только базовую терапию. Длительность курса лечения составляла 30 дней. Оценка эффективности проводилась по неврологическому дефициту (шкала NIHSS), когнитивным функциям (шкала MoCA) и уровню маркеров оксидативного стресса (малоновый диальдегид - МДА, общая антиоксидантная активность - ОАА) в сыворотке крови.

Результаты исследования. Детальный анализ клинико-биохимических показателей подтвердил патогенетическую целесообразность включения цитопротекторов в схему лечения. В основной группе отмечалась более выраженная положительная динамика когнитивных нарушений: средний балл по шкале MoCA увеличился с $21,4 \pm 0,5$ до $25,6 \pm 0,4$ (прирост на 19%, $p < 0,01$), тогда как в контрольной группе изменения были статистически недостоверны (с $21,8 \pm 0,4$ до $22,3 \pm 0,5$). Субъективно пациенты ОГ отмечали редукцию головной боли на 70% и улучшение сна, что коррелировало с показателями перфузии по данным УЗДГ.

Биохимическое исследование выявило существенное влияние терапии на прооксидантно-антиоксидантный баланс. В ОГ уровень малонового диальдегида (МДА), конечного продукта перекисного окисления липидов, снизился на 45% ($p < 0,001$), а общая антиоксидантная активность (ОАА) возросла на 30%. В контрольной группе показатели оксидативного стресса оставались на высоком уровне, что свидетельствует о сохранении процессов свободнорадикального повреждения нейронов.

Корреляционный анализ показал прямую сильную связь ($r = 0,78$) между снижением уровня МДА и улучшением когнитивных функций, подтверждая, что мембраностабилизирующий эффект цитопротекторов является ключевым механизмом восстановления нейрональной сети. Дополнительным эффектом в ОГ стало улучшение церебральной гемодинамики за счет реологических свойств крови и эндотелиопротекции.

Выводы. Использование цитопротекторов в комплексном лечении дисциркуляторной энцефалопатии патогенетически обосновано и высокоэффективно. Терапия направлена на коррекцию энергодифицита и оксидативного стресса, что приводит к значительному улучшению когнитивных функций и снижению неврологического дефицита по сравнению с изолированной базисной терапией. Результаты подтверждают необходимость раннего назначения нейрометаболических препаратов для замедления прогрессирования хронической ишемии мозга.

Сангова Ф.Р.

ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - к.м.н., старший преподаватель Халикова Н.А.

Цель исследования. Изучить факторы неблагоприятного прогноза у лиц до 45 лет, перенесших инфаркт миокарда в течении первого года.

Материал и методы. В исследование было включено 19 пациентов, которые находились на стационарном лечении в ГМЦ №2, в возрасте < 45 лет ($39,7 \pm 2,8$ лет) с диагнозом: острый инфаркт миокарда, с

подъемом сегмента ST. Проспективное наблюдение проводилось в течение 1 года после ОИМ. К неблагоприятным сердечно-сосудистым событиям были отнесены: повторный ОИМ, смерть, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), появление клиники стенокардии. Всем пациентам при поступлении с ОИМ проводилась оценка традиционных факторов риска ОИМ и лабораторное исследование с определением факторов системы гемостаза: фактор/ингибитор пути тканевого фактора, тромбин, активность FXIII фактора свертывания методом иммуноферментного исследования. Анализ взаимосвязи между с одним качественным признаком, выступающим в роли зависимого результирующего показателя (наличие неблагоприятного события в течение года) и подмножеством изучаемых количественных признаков, в том числе маркеров системы гемостаза проводился с использованием модели логистической регрессии с пошаговым включением предикторов.

Результаты исследования. У 6% пациентов были выявлены повторные сердечно-сосудистые события через 1 год после индексного ОИМ (у 3 пациентов возобновление клиники стенокардии, у 2 повторный ОИМ, у 1 пациента ОНМК). Было получено уравнение логистической регрессии с наиболее значимой совокупностью предикторов, связанных с неблагоприятным прогнозом: наследственность (стандартизованный коэффициент регрессии 14% (СКР) =0,7591), СД 2 типа (СКР=0,5632), фактор/ингибитор пути тканевого фактора (СКР=0,4356) и активность FXIII фактора свертывания (СКР=0,3871). Процент верного предсказания составил 80,4%.

Выводы. Полученная модель прогноза риска неблагоприятных событий в течение года у лиц моложе 45 лет, перенесших ОИМ, может быть использована в клинической практике для выделения наиболее значимых факторов, позволяющие стратифицировать пациентов в группы риска для проведения своевременной персонализированной вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у лиц до 45 лет.

Сангова Ф.Р.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Бабаходжаева З.Б.

Цель исследования. Определить нормальные значения индекса глобальной функции (ИГФ) левого желудочка (ЛЖ) методом эхокардиографии (ЭХОКГ) у здоровых лиц.

Материал и методы. Обследовано 63 здоровых лица (возраст $39,32 \pm 10,33$ лет; 32 мужчины (51%); со следующими антропометрическими показателями: рост $173,67 \pm 8,62$ см; вес $76,5 \pm 17,91$ кг; индекс массы тела $25,22 \pm 4,95$ кг/м²; площадь поверхности тела $1,90 \pm 0,24$ м². Обследование выполнено при плановой профилактической госпитализации у лиц, которые не имели на момент исследования каких-либо сердечно-сосудистых заболеваний. Всем обследованным была выполнена трансторакальная ЭХОКГ с измерением основных показателей и расчетом массы миокарда (ММ) ЛЖ, индекса ММ ЛЖ, конечно-диастолического объема (КДО) ЛЖ, конечно-систолического объема (КСО) ЛЖ, фракции выброса (ФВ) ЛЖ, ИГФ ЛЖ и показатель глобальной продольной систолической деформации ЛЖ методом спекл-трекинг ЭХОКГ. ИГФ ЛЖ вычисляли как отношение ударного объема ЛЖ к глобальному объему ЛЖ в %, где глобальный объем ЛЖ определяли, как сумму среднего объема полости ЛЖ (КДО ЛЖ + КСО ЛЖ)/2 и объем миокарда ЛЖ. Объем миокарда ЛЖ рассчитывался как ММЛЖ/плотность ЛЖ, где плотность ЛЖ равнялась 1,05 г/мл.

Результаты исследования. Значение ИГФ ЛЖ в обследованной группе составило $27,61 \pm 3,56\%$ (минимальное значение 19,63%, максимальное значение 34,91%). Толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ составила $8,64 \pm 1,34$ мм, конечно-диастолический размер ЛЖ $46,10 \pm 4,90$ мм, ММ ЛЖ $134,38 \pm 41,11$ г, индекс ММ ЛЖ $70,52 \pm 15,42$ г/м², КДО ЛЖ $94,91 \pm 21,55$ мл, КСО ЛЖ $38,57 \pm 9,46$ мл, УО ЛЖ $56,33 \pm 12,95$, ФВ ЛЖ $59,29 \pm 2,88\%$, показатель глобальной продольной систолической деформации ЛЖ $20,55 \pm 2,18\%$.

Выводы. У здоровых лиц значение ИГФ ЛЖ составило $27,61 \pm 3,56\%$ при трансторакальной ЭХОКГ.

Сафолов М.З., Рахимзода О.Ш.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель — ассистент кафедры. Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучить клинические проявления мигрени у детей 7–14 лет в условиях амбулаторной неврологической практики

Материал и методы. В исследование включены 40 детей с клинически верифицированной мигренью (основная группа) и 30 условно здоровых сверстников (контрольная группа). Наблюдение проводилось на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в период 2024–2026 гг.

Диагноз устанавливался в соответствии с критериями International Headache Society (ICHD-3). Применялись клиничко-anamnestический метод, неврологический осмотр, оценка триггерных факторов, электроэнцефалография для исключения эпилептиформной активности.

Результаты исследования. Установлено, что наиболее частой формой являлась мигрень без ауры (72%), мигрень с аурой диагностирована у 28% пациентов. В клинической картине преобладала двусторонняя пульсирующая головная боль средней и высокой интенсивности продолжительностью от 1 до 24 часов, сопровождавшаяся тошнотой (65%), фотофобией (58%) и фонофобией (52%). У 40% детей выявлена наследственная отягощенность по мигрени.

Анализ провоцирующих факторов показал значимую роль нарушения режима сна, эмоционального стресса и повышенной учебной нагрузки ($p < 0,05$). По данным ЭЭГ органическая патология не выявлена; отмечались функциональные изменения без эпилептиформной активности.

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в возрастных дозировках обеспечивало купирование приступа у 75% пациентов. Немедикаментозная коррекция (нормализация сна, ограничение экранного времени, психоэмоциональная разгрузка) способствовала снижению частоты приступов в течение 3–6 месяцев наблюдения.

Выводы. Мигрень у детей характеризуется возрастными клиническими особенностями и высокой зависимостью от триггерных факторов. Отсутствие органических изменений подтверждает функциональный характер заболевания. Ранняя диагностика в соответствии с международными критериями и комплексный подход к терапии позволяют существенно снизить частоту и выраженность приступов, улучшая адаптацию ребёнка в социальной среде.

Сироджов С. М.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шарифова Н. Дж.

Цель исследования. Оценить влияние ингибитора натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа (SGLT2) дапаглифлозина на маркеры воспаления и показатели функционального состояния миокарда у пациентов с постинфарктной сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра №1 имени Карима Ахмедова (г. Душанбе). В исследование были включены 12 пациентов с хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса по классификации NYHA, перенесших острый инфаркт миокарда. Средний возраст пациентов составил $63,1 \pm 6,8$ года, мужчины — 9 (75%), женщины — 3 (25%). Средний срок после перенесённого инфаркта миокарда на момент включения в исследование составил $4,2 \pm 1,1$ недели.

Все пациенты получали стандартную базисную терапию сердечной недостаточности, включающую ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или ингибиторы ангиотензиновых рецепторов и нитроглицерина (иАПФ/АРНИ), β -адреноблокаторы и антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Дополнительно к базисной терапии пациентам назначался дапаглифлозин в дозе 10 мг 1 раз в сутки.

Эффективность терапии оценивали по динамике лабораторных маркеров — высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) и кардиального тропонина I (сTnI), а также по эхокардиографическим показателям, включая фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Показатели оценивались исходно и через 90 дней терапии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента для зависимых выборок. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. **Результаты исследования.** Через 90 дней терапии у пациентов, получавших дапаглифлозин, отмечено статистически значимое снижение уровня высокочувствительного С-реактивного белка с $4,6 \pm 1,1$ мг/л до $2,8 \pm 0,6$ мг/л ($p < 0,05$), что свидетельствует о снижении активности системного воспалительного процесса. Уровень NT-proBNP достоверно снизился с 1780 ± 230 пг/мл до 1090 ± 180 пг/мл ($p < 0,01$), отражая уменьшение выраженности гемодинамической нагрузки на миокард и снижение степени нейрогуморальной активации. Также отмечено снижение концентрации кардиального тропонина I (сTnI) с $0,041 \pm 0,007$ нг/мл до $0,027 \pm 0,005$ нг/мл ($p < 0,05$), что может свидетельствовать об уменьшении субклинического повреждения кардиомиоцитов.

По данным эхокардиографии средняя фракция выброса левого желудочка увеличилась с $37,9 \pm 3,1\%$ до $43,6 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$), что указывает на улучшение систолической функции миокарда и возможное благоприятное влияние терапии на процессы постинфарктного ремоделирования.

Клиническое улучшение состояния (снижение выраженности симптомов сердечной недостаточности и улучшение функционального класса NYHA) отмечено у 10 пациентов (83,3%). В течение периода наблюдения не зарегистрировано серьёзных нежелательных явлений, потребовавших отмены препарата.

Выводы. Добавление дапаглифлозина к стандартной терапии у пациентов с постинфарктной сердечной недостаточностью сопровождается снижением маркеров системного воспаления и кардиального стресса, а также улучшением систолической функции миокарда. Полученные результаты подтверждают потенциальную роль ингибиторов SGLT2 в профилактике неблагоприятного постинфарктного ремоделирования миокарда и замедлении прогрессирования сердечной недостаточности.

Сироджов С.М., Умедова Ш.

НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ДАПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Оценить влияние дапаглифлозина на уровень офисного артериального давления, функциональное состояние почек и частоту достижения целевых уровней артериального давления у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) и сопутствующей артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Проведено одноцентровое проспективное нерандомизированное пилотное исследование на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра №1 им. Карима Ахмедова в 2024–2025 гг.

Критериями включения были: возраст 40–75 лет, ХБП 2–4 стадии (рСКФ 30–89 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕП), артериальная гипертензия 1–2 степени (офисное САД 140–179 мм рт. ст., ДАД 90–109 мм рт. ст.), стабильная антигипертензивная терапия ≥4 недель до включения и подписанное информированное согласие.

Критерии не включения: сахарный диабет, ХБП 5 стадии или диализ, тяжелая печеночная недостаточность (класс С по Чайлд–Пью), кетоацидоз в анамнезе, непереносимость ингибиторов SGLT2, беременность и лактация, онкологические заболевания.

В исследование включено 13 пациентов, средний возраст $64,2 \pm 6,8$ года (9 мужчин, 4 женщины). Распределение по стадиям ХБП: 2 стадия — 5 пациентов (38,5%), 3 стадия — 7 пациентов (53,8%), 4 стадия — 1 пациент (7,7%). АГ 1 степени — 4 пациента (30,8%), 2 степени — 9 пациентов (69,2%).

Все пациенты получали дапаглифлозин 10 мг/сут на фоне стандартной антигипертензивной терапии (иАПФ/БРА, антагонисты кальция, диуретики, β-адреноблокаторы). Период наблюдения составил 6 месяцев (180 дней).

Обследование проводилось исходно и через 6 месяцев. Оценивали офисное систолическое и диастолическое артериальное давление (среднее из трех измерений), уровень креатинина сыворотки, расчетную скорость клубочковой фильтрации (СКД-ЕП) и альбуминурию (соотношение альбумин/креатинин в утренней моче). Также анализировали долю пациентов с достижением целевого уровня САД (<140 мм рт. ст.), стабилизацию функции почек (снижение рСКФ <5 мл/мин/1,73 м²) и снижение альбуминурии ≥30%.

Результаты исследования. Через 6 месяцев терапии дапаглифлозином наблюдалось клинически значимое снижение офисного артериального давления. Средний систолический уровень уменьшился с $148,5 \pm 8,2$ до $140,3 \pm 6,7$ мм рт. ст., что соответствовало снижению на $8,2 \pm 3,9$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Диастолическое давление снизилось с $90,1 \pm 5,4$ до $84,6 \pm 4,8$ мм рт. ст., абсолютное снижение $5,5 \pm 2,8$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Целевого САД (<140 мм рт. ст.) достигли 9 пациентов (69,2%).

Средний уровень рСКФ исходно составлял $62,4 \pm 12,1$ мл/мин/1,73 м², через 6 месяцев — $60,8 \pm 11,5$ мл/мин/1,73 м² ($p > 0,05$), что указывает на стабильность фильтрационной функции. У 10 пациентов (76,9%) снижение рСКФ не превышало 5 мл/мин/1,73 м². Креатинин сыворотки статистически значимо не изменился ($112,8 \pm 24,5 > 115,3 \pm 22,9$ мкмоль/л; $p > 0,05$).

Наблюдалось значимое снижение альбуминурии: с $185,3 \pm 98,7$ до $112,6 \pm 67,4$ мг/г ($p < 0,05$). Снижение ≥30% зарегистрировано у 7 пациентов (53,8%). В целом большинство пациентов демонстрировали положительную динамику как АД, так и альбуминурии.

Выводы. Назначение дапаглифлозина на фоне стандартной антигипертензивной терапии у пациентов с ХБП и АГ сопровождается достоверным снижением офисного артериального давления, стабилизацией функции почек и значимым уменьшением альбуминурии через 6 месяцев наблюдения.

Результаты свидетельствуют о нефропротективном потенциале дапаглифлозина и его роли в комплексной кардиоренальной защите у данной категории пациентов, что обосновывает необходимость дальнейших исследований на более крупной выборке.

Сироджов С.М¹., Бабаева Ф.М²., Сироджзода Х.Р.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

¹Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

²ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Изучить влияние показателей гликемического контроля на тяжесть клинических проявлений и функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 амбулаторных карт пациентов (средний возраст $58,6 \pm 4,2$ года), проходивших обследование и лечение в Городском медицинском центре №1 им. К. Ахмедова, г. Душанбе. Больные были распределены на две сопоставимые группы: 1-я группа (n=30) — пациенты с ХСН II–III функционального класса (ФК) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД2); 2-я группа (n=30) — пациенты с ХСН без нарушений углеводного обмена. Оценивались уровни HbA1c, липидный профиль и индекс массы тела (ИМТ). Статистическая значимость результатов принята при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов 1-й группы уровень HbA1c составил $8,4 \pm 0,7\%$, что ассоциировалось с более высоким ИМТ ($32,4 \pm 2,1$ кг/м²) по сравнению с контролем. Выявлено значимое преобладание гипертриглицеридемии в основной группе ($2,8 \pm 0,3$ ммоль/л против $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л во второй). Установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем гипергликемии и частотой декомпенсации кровообращения ($r = 0,62$). У 73% пациентов с сочетанной патологией отмечалась сниженная эффективность стандартной диуретической терапии, что требовало коррекции схемы лечения.

Выводы. Сочетание сахарного диабета 2 типа и ХСН характеризуется синдромом взаимного отягощения, при котором декомпенсация углеводного обмена (HbA1c > 8,0%) и сопутствующее абдоминальное ожирение выступают независимыми предикторами прогрессирования функционального класса сердечной недостаточности. Установленная прямая корреляционная связь ($r=0,62$) между уровнем гипергликемии и частотой декомпенсации кровообращения подтверждает необходимость жесткого гликемического контроля и коррек-

ции атерогенной дислипидемии как фундаментальных условий для стабилизации гемодинамики и улучшения клинического прогноза у данной категории больных.

Солиев М.Ф.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС – ЖИТЕЛЕЙ ТАДЖИКИСТАНА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ

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

Научный руководитель к.м.н., Мехмонов П.Х.

Цель исследования. Количественная оценка комбинированного действия стрессоров и радиации на психическое здоровье человека, подвергнувшегося облучению в результате радиационной аварии на Чернобыльской АЭС (в малых и средних дозах).

Материал и методы. В работе рассмотрена заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС за период наблюдения с 1995 по 2025 гг. Полная численность наблюдения составила 1334 человек, длительность наблюдения - 30 лет. Средний возраст ликвидаторов на момент облучения составлял 36 лет. Средняя доза внешнего облучения ликвидаторов составила 9 БЭР. За указанный период наблюдения было выявлено 669 случаев заболевания психическими расстройствами и расстройствами поведения. Для оценки комбинированного действия радиации и стрессоров нерадиационной природы (гражданская война в республике) на психическое здоровье использовался современный метод исследований, основанный на методе максимального правдоподобия.

Результаты исследования. Анализ качества первичной медицинской информации показал, что ошибка в правильности кодирования заболеваний по рассматриваемому классу «Психические расстройства и расстройства поведения» не превышает величины в 3%. Длительность работ ликвидаторов в чернобыльской зоне в 1986-1987 гг. принята в качестве интегральной характеристики воздействия на них стресс-индуцированных факторов: частота психических расстройств и расстройств поведения статистически значимо ($p < 0,001$) увеличивается с увеличением длительности работ. Ликвидаторы, работавшие в зоне аварии более 6 и 12 недель, имеют риск исследуемой патологии на 9 и 14% выше, чем в контрольной группе. Регрессионный анализ радиационных рисков выявил положительную статистически значимую связь между заболеваемостью психическими расстройствами и расстройствами поведения и дозой внешнего облучения в терминах избыточного относительного риска. Между величиной избыточного относительного риска и длительностью пребывания ликвидаторов в зоне аварии наблюдается значимая обратная пропорциональная зависимость.

Выводы. Таким образом, полученные результаты являются предварительными и свидетельствуют о важности проведения дальнейших эпидемиологических исследований.

Сохибов Д.К., Бобоев М.У., Зиёзода З.К.

РАННЯЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ПОЗВОНОЧНИКА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Киёмидинов Х.Х.

Цель исследования. Разработать алгоритм ранней диагностики туберкулёза позвоночника.

Материал и методы. Всего под наблюдением было 170 пациентов с подозрением на туберкулёз позвоночника. Среди методов исследования применяли рентгенологическое исследование позвоночника, КТ, МРТ, чрезкожную закрытую трепанобиопсию тел позвоночника с гистологическим и бактериологическим исследованием биоптата, исследование GeneXpert из воспалительного секрета и проведение внутрикожной туберкулиновой пробы.

Результаты исследования. Из 170 больных, поступивших для уточнения диагноза и проведения лечения - специфический туберкулезный спондилит был верифицирован у 70 больных (41,2% случаев), у остальных 100 больных (58,8%) – неспецифический воспалительный спондилит. У 65% пациентов основным клиническим симптомом является выраженная боль в поясничном отделе и в 35% - в грудном отделах позвоночника. Средний срок от появления симптомов до установления клинического диагноза составляет 5 месяцев. В 25% случаях у больных выявлено формирование паравертебральных абсцессов. У 15% больных выявлен неврологический дефицит (парезы, расстройства чувствительности). Сравнительный анализ методов диагностики позволил установить следующие качественные характеристики использованных диагностических методов: при рентгенографии: чувствительность - 70%, специфичность - 80%; КТ: чувствительность - 85%, специфичность - 90%; МРТ: чувствительность - 95%, специфичность - 94%, данный метод наиболее эффективен в выявлении ранних изменений и «холодных» абсцессов; трепанобиопсия с последующим гистологическим и бактериологическим исследованием биоптата: чувствительность - 100%, специфичность - 100%.

Выводы. МРТ показывает высокую чувствительность и специфичность в выявлении ранних стадий спондилита, трепанобиопсия с последующим гистологическим и бактериологическим исследованием биоптата позволяет дифференцировать туберкулез позвоночника.

Сохибова Т.С., Сафаров Ш.А., Али-заде Н.А.

ИНДЕКС PASI В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Оценить степень тяжести псориаза у детей с различными клиническими формами.

Материал и методы. Обследовано 50 детей с псориазом в возрасте от 7 до 17 лет. Диагноз устанавливался на основании клинических проявлений заболевания и данных дерматологического обследования. Для объективной оценки степени тяжести псориаза использовали индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index), позволяющий количественно определить распространенность и выраженность псориатического процесса.

При расчете индекса PASI учитывались площадь поражения кожи и выраженность основных клинических признаков псориаза — эритемы, инфильтрации и шелушения. Оценка проводилась в четырех анатомических областях тела: голове, туловище, верхних и нижних конечностях. Для каждой области применялись соответствующие коэффициенты, отражающие долю кожного покрова данной области: 0,1 — для головы, 0,2 — для верхних конечностей, 0,3 — для туловища и 0,4 — для нижних конечностей.

Площадь поражения кожи оценивалась по шестибальной шкале, где учитывался процент вовлеченной поверхности кожи в каждой анатомической области. Выраженность основных клинических признаков заболевания — эритемы, инфильтрации и шелушения — определялась по четырехбальной шкале. Полученные показатели суммировались, после чего определялся общий индекс PASI. Значение индекса менее 10 соответствовало легкой степени тяжести псориаза, 10–20 — средней степени, а более 20 — тяжелой степени заболевания.

интеллект

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что легкая степень тяжести псориаза была выявлена у 17 (34,0%) детей. Среднее значение индекса PASI в данной группе составило $6,3 \pm 5,5$. Легкое течение заболевания чаще наблюдалось у пациентов с экссудативной формой псориаза, при которой выраженность воспалительных изменений кожи и площадь поражения были относительно небольшими. Средняя степень тяжести заболевания выявлена у 22 (44,0%) пациентов. Среднее значение индекса PASI в данной группе составило $16,4 \pm 4,3$. У больных данной категории чаще диагностировались лентикулярно-нумулярная и каплевидная формы псориаза. Клиническая картина характеризовалась более выраженной инфильтрацией, эритемой и увеличением площади поражения кожи. Тяжелая степень псориаза наблюдалась у 11 (22,0%) детей, при среднем значении индекса PASI $23,7 \pm 1,27$. Тяжелое течение заболевания чаще отмечалось у пациентов с папуло-бляшечной формой псориаза, для которой характерны обширные очаги поражения, выраженная инфильтрация и интенсивное шелушение кожи.

Анализ распределения степени тяжести заболевания в зависимости от возраста показал, что у детей 7–11 лет преимущественно наблюдалась легкая степень псориаза. В возрастной группе 12–14 лет чаще регистрировалась средняя степень тяжести заболевания, тогда как у подростков 15–17 лет отмечалось увеличение числа пациентов с тяжелым течением псориаза. Таким образом, с увеличением возраста детей наблюдается тенденция к утяжелению клинического течения заболевания.

Выводы. Применение индекса PASI позволяет объективно оценивать степень тяжести псориаза у детей и количественно характеризовать распространенность псориатического процесса. Полученные данные свидетельствуют о зависимости выраженности заболевания от клинической формы и возраста пациентов.

Сполохова А.А., Ерохина А.С.

КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННОГО СТАТУСА И ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМА НА ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет». Россия.

Научный руководитель - к.м.н. Федосеева Л.В.

Цель исследования. Оценить влияние температурного режима и витаминного статуса на состояние тканей полости рта у пациентов с сахарным диабетом, а также их роль в развитии и течении воспалительных заболеваний пародонта и других оральных осложнений.

Материал и методы. Проведён анализ отечественных и зарубежных научных публикаций, посвящённых влиянию витаминного статуса на состояние полости рта у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов. Используются данные клинических и эпидемиологических исследований, в которых оценивалась распространённость оральных осложнений СД, а также роль витаминов D, C, A, E и группы B в их профилактике и коррекции. Были проанализированы работы, посвященные влиянию температурного фактора, в частности локальной гипертермии и гипотермии, на уровень глюкозы в полости рта. Применялись аналитический и сравнительный методы обобщения литературных источников.

Результаты исследования. Анализ литературы показал, что локальная гипертермия тканей полости рта (повышение температуры до 38–40 °C) сопровождается увеличением диффузии глюкозы в ротовой жидкости, а также активацией условно-патогенной микрофлоры и усилением воспалительных реакций в тканях пародонта. Клинически это проявляется гингивитом, пародонтитом, патологической подвижностью зубов и потерей альвеолярной кости. Экспериментальные и клинико-фармакологические исследования показали, что локальная гипотермия (снижение температуры тканей до 18–22 °C) способствует уменьшению скорости диффузии глюкозы, снижению метаболической активности микроорганизмов и ослаблению выраженности воспалительных реакций. Установлено, что дефицит витамина D повышает риск развития диабетической ангиопатии и заболеваний пародонта за счёт снижения иммунной защиты и усиления воспалительных реакций. Недостаточность

витаминов С, А, Е и группы В приводит к нарушению коллагенообразования, антиоксидантной защиты, минерализации зубов и регенерации тканей полости рта. Следовательно, на фоне гиповитаминозов повышение локальной температуры тканей усиливает воспаление и микробную активность, что усугубляет течение оральных осложнений у пациентов с сахарным диабетом.

Выводы. Таким образом, помимо контроля гликемии, регулярного стоматологического наблюдения и коррекции витаминного статуса, важное значение имеет поддержание оптимального температурного режима в полости рта, даже при наличии гиповитаминозов. Использование холодных антисептических растворов (18-22 °С) для полоскания полости рта может способствовать снижению местной гипертермии, что будет усиливать антигипоксантами действие лекарственных средств, улучшать микроциркуляцию и снижать выраженность тканевой гипоксии, а это имеет особое значение при диабетических поражениях полости рта. Реализация данного комплексного подхода способствует улучшению состояния полости рта и повышению качества жизни пациентов с сахарным диабетом.

Сулаймонзода А.С.¹, Бобохонова Ш.М.¹, Сироджов С.М.²

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

¹Кафедра внутренних болезней №3, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - Исматуллозода С.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Проведено обследование 60 больных с ОИМ в возрасте от 60 до 74 лет. Больные разделены на 2 равные группы 1- с СД2, мужчин (М) – 13, женщин (Ж) – 17, средняя продолжительность заболевания СД 2 составила 9 лет; 2 – имеющие нормальный УО, М-16, Ж-14. На фоне проводимой терапии перед выпиской пациентам были проведены: тест с шестиминутной ходьбой, трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ). Изучаемые параметры включали: наличие ОИМ с подъёмом сегмента ST, СД 2, фракцию выброса (ФВ) левого желудочка, функциональный класс (ФК) недостаточности кровообращения по классификации NYHA. Диагноз СД2 ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистическая обработка проводилась в программе oOpenOfficeCalc.

Результаты исследования. В 1-й группе при проведении теста с шестиминутной ходьбой расстояние 301-425 м (II ФК ХСН по NYHA) прошли 16 (53,3%) пациентов, расстояние 151-300 м (III ФК ХСН по NYHA) – 14 (46,7%) пациентов. Во 2-й группе при проведении теста с шестиминутной ходьбой расстояние 426-550 м (I ФК ХСН по NYHA) прошли 2 (6,7%) пациента, расстояние 301-425 м (II ФК ХСН по NYHA) – 20 (66,7%) пациентов. На основании трансторакальной ЭХО-КГ у больных 1 группы ФВ составила в среднем $39,9 \pm 5,8\%$, во 2 группе – $48,5 \pm 6,4$, $t = 2,67$, $p < 0,01$.

Вывод. Хроническая сердечная недостаточность у больных с ОИМ, с подъёмом сегмента ST на фоне проводимой терапии перед выпиской зависела от наличия нарушения УО. В группе больных СД III ФК ХСН по NYHA встречался в 46,7% случаев, что значительно чаще по сравнению с группой пациентов с нормальным уровнем УО-26,7%. По данным трансторакальной ЭХО-КГ, у больных с СД2 фракция выброса ЛЖ составила $39,9 \pm 5,8\%$, что достоверно ниже по сравнению с группой пациентов, имеющих нормальный УО- $48,5 \pm 6,4$.

Сулаймонов С.А., Джобирзода А.Б., Амонов А.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСУДИСТОГО БАССЕЙНА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Давлатмирова Г. Ш.

Цель исследования. Проанализировать клинико-неврологические особенности инсульта в зависимости от локализации поражения.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино с клинической базой в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Проведён ретроспективный анализ клинических данных 50 пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в неврологическое отделение в 2025 году. Всем пациентам проведено комплексное клинико-неврологическое обследование, нейровизуализация (компьютерная и/или магнитно-резонансная томография), а также ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий. В зависимости от локализации ишемического очага больные были разделены по группам с поражением бассейна средней, передней, задней мозговых артерий и вертебробазилярной системы.

Результаты исследования. При поражении бассейна средней мозговой артерии преобладали: гемипарез, афазия и чувствительные нарушения (52,5%). Инсульты в бассейне передней мозговой артерии чаще сопровождались нарушениями поведения, апатией и слабостью в нижних конечностях (14,2%). При поражении задней мозговой артерии доминировали зрительные расстройства и сенсорные нарушения (18,3%). Вертебробазилярные инсульты характеризовались головокружением, диплопией, дисфагией и атаксией (15,0%). Выявлена достоверная связь между локализацией поражения и структурой ведущего неврологического синдрома.

Выводы. Клиническая симптоматика инсульта в значительной степени определяется локализацией поражения и принадлежностью к конкретному сосудистому бассейну. Учёт топико-клинических закономерностей позволяет повысить точность ранней диагностики, оптимизировать выбор лечебно-тактических мероприятий и реабилитационных подходов, а также способствует улучшению функциональных исходов и снижению инвалидизации у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Сулаймонова М.М.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ИМАТИНИБА В ПОВЫШЕННЫХ ДОЗАХ И ПРЕПАРАТА PF-114 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Кафедра госпитальной терапии с курсами гематологии и трансфузиологии,

Самарский государственный медицинский университет, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент К.В. Наумова

Целью исследования явилось сравнение эффективности применения препаратов иматиниб в повышенных дозах (600 и 800 мг в сутки) и PF-114 в стандартной дозе (300 мг в сутки).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе клиники и кафедры госпитальной терапии с курсами гематологии и трансфузиологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Для исследования были набраны 2 группы пациентов по 5 человек, наблюдение за которыми происходило в течении двух лет. В первую группу вошли пациенты, принимающие иматиниб в повышенной дозе 600 и 800 мг в сутки, во вторую группу – пациенты, принимающие препарат PF-114 в дозе 300 мг в сутки.

Оценка эффективности приема препарата проводилась один раз в три месяца. При этом учитывался молекулярный ответ на данные препараты.

Проведено открытое, рандомизированное исследование в параллельных группах. Результаты исследования показали, что средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 47 лет. В группе приема иматиниба в повышенной дозе участвовали 3 женщины и 2 мужчин. В группе PF-114 – 2 женщины и 3 мужчин. Средний возраст пациентов в группе иматиниба составил 45 лет. В группе PF-114 показателем среднего возраста стала цифра 40. Средний стаж болезни пациентов на момент включения в исследование составил 2,5 года. Средний уровень BCR-ABL на момент начала лечения в группе иматиниба составлял 30,872%. В группе PF-114 средний показатель на момент начала лечения был 10,4274%. Уровень BCR-ABL контролировался каждые 3 месяца. На 12-ый месяц уровень гена BCR-ABL в группе иматиниба составил 24,29425%, что на 6% ниже от уровня на момент начала лечения. В группе PF-114 показатель исходных данных на 12-ый месяц составил 8,029%(ниже на 2%). Молекулярный ответ на Иматиниб был выявлен на шестой месяц после применения повышенной дозы (600-800 мг в сутки). Молекулярный ответ на PF-114 был замечен на 4-ый месяц после применения повышенных доз.

Результаты исследования. Исходя из результатов исследования, можно прийти к выводу, что препарат PF-114 является более эффективным препаратом при лечении хронического миелолейкоза. Кроме того, скорость достижения молекулярной ремиссии представляет важный аспект в лечении ХМЛ. Ускорение сроков достижения ремиссии не только повышает шансы на долгосрочный успех терапии, но и улучшает общее самочувствие больных.

Выводы. В проведенном исследовании установлено, что применение препарата PF-114 в стандартной дозе 300 мг в сутки сопровождалось более ранним достижением молекулярного ответа по сравнению с применением иматиниба в повышенных дозах 600-800 мг в сутки. К 12-му месяцу наблюдения в обеих группах отмечено снижение уровня BCR-ABL, однако в группе PF-114 молекулярный ответ был зарегистрирован раньше, что может свидетельствовать о более быстром развитии терапевтического эффекта. Полученные результаты позволяют рассматривать PF-114 как перспективный препарат в лечении хронического миелолейкоза, однако с учётом малого объёма выборки необходимы дальнейшие исследования на большем числе пациентов для окончательной оценки его эффективности.

Султанова Д.О.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРЕЗОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ургенчский Государственный Медицинский институт, Узбекистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Худайбергенов Н.Ю.

Цель исследования. Определить ключевые клинические и нейрофизиологические критерии, позволяющие прогнозировать эффективность применения методов нейромодуляции (транскраниальной магнитной стимуляции - ТМС и функциональной электрической стимуляции - ФЭС) у пациентов с центральными спастическими парезами верхних и нижних конечностей.

Материал и методы. В проспективное исследование было включено 82 пациента с последствиями ишемического инсульта (в каротидном бассейне) в позднем восстановительном периоде (от 3 до 12 месяцев). Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее клиническую оценку мышечной силы (по шкале MRC), спастичности (модифицированная шкала Ashworth) и двигательной активности (Fugl-Meyer Assessment). Нейрофизиологическое исследование включало стимуляционную электронейромиографию (ЭНМГ) с оценкой амплитуды М-ответа и центрального моторного времени проведения (ЦМВП), а также транскраниальную магнитную стимуляцию для определения порога возбудимости моторной коры. Курсы нейромодуляции проводились по индивидуальным схемам (ТМС + ФЭС). Пациенты были разделены на группы в зависимости от исхода терапии: «эффективная» (прирост баллов FMA >20%) и «неэффективная».

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что наиболее значимым предиктором восстановления функции конечностей являлось сохранность периферического двигательного нейрона, что подтверждается данными стимуляционной ЭНМГ. В группе с эффективным восстановлением (n=54) исходная амплитуда М-ответа в паретичных мышцах составляла не менее 30-40% от нормативных значений, тогда как в группе с низкой эффективностью (n=28) данный показатель был снижен до 5-10% (p<0,01), что свидетельствовало о грубой денервации и плохом прогнозе для нейромодуляции. Установлено, что величина центрального

моторного времени проведения (ЦМВП) коррелировала с потенциалом к пластической перестройке коры. У пациентов с ЦМВП, увеличенным не более чем на 8-10 мс относительно нормы, восстановление произвольных движений происходило в 2,5 раза быстрее (ОР=2,5; 95% ДИ 1,4–4,4). Значительное удлинение ЦМВП (>15 мс) ассоциировалось с тяжелым повреждением кортикоспинального тракта и слабым ответом на ТМС. При сравнении эффективности терапии для верхних и нижних конечностей выявлены специфические закономерности. Для восстановления функции верхней конечности (кисти) решающее значение имела сохранность кортикоспинальных проводящих путей и способность к реорганизации моторной карты коры (эффективность ТМС выше). Для нижней конечности более важным фактором являлся уровень спастичности: умеренная спастичность (2 балла по Ashworth) являлась благоприятным предиктором для ФЭС, так как сохраняла мышечный тонус, необходимый для опорности, в то время как гипотония приводила к низкой эффективности стимуляции. Наличие синергических патологических сгибателей в кисти (> 3 баллов по Тардьё) снижало вероятность полезного функционального восстановления на 40%, даже при нормальных параметрах ЭНМГ, указывая на необходимость предварительного ботулинотерапии перед началом нейромодуляции.

Выводы. Ключевыми клинико-электрофизиологическими предикторами эффективности нейромодуляции являются: сохранность амплитуды М-ответа (>30% от нормы), умеренное удлинение центрального моторного времени и выраженность спастичности в диапазоне 1–2 баллов по Ashworth. Дифференцированный подход с учетом этих параметров позволяет с высокой точностью прогнозировать исход лечения и индивидуализировать протоколы нейрореабилитации.

Султанова Д.О.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И МОТОРНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Ургенчский Государственный Медицинский институт, Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Худайбергганов Н.Ю.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность низкочастотной (1 Гц) репетитивной транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС) в коррекции межполушарного асимметричного торможения и ускорении восстановления двигательных функций и моторной адаптации у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. В исследование включено 84 пациента с ишемическим инсультом в каротидном бассейне, имеющих умеренный гемипарез (балл по Fugl-Meyer 30–50). Пациенты были рандомизированы на две группы: основная группа (ОГ) (n=42) получала курс низкочастотной рТМС (1 Гц, 120% от моторного порога) на интактное полушарие (зона представительства руки) для подавления чрезмерной межполушарной ингибиции; контрольная группа (КГ) (n=42) проходила курс «имитационной» стимуляции (шам-процедура). Обе группы получали стандартную медикаментозную терапию и кинезотерапию. Длительность курса составила 15 сеансов. Оценка эффективности проводилась по шкале Fugl-Meyer (FMA), шкале спастичности Эшворта (MAS) и тестам на моторную адаптацию (время выполнения целевых действий) до и после лечения.

Результаты исследования. Динамика двигательных функций показала статистически значимое преимущество метода тормозной стимуляции. В основной группе средний балл по шкале Fugl-Meyer увеличился с $38,4 \pm 2,1$ до $62,5 \pm 2,4$ (прирост на 63%, $p < 0,001$), что отражало восстановление как мелкой моторики кисти, так и функции проксимальных отделов конечностей. В контрольной группе прирост составил лишь 34% (с $37,9 \pm 2,0$ до $50,8 \pm 2,2$; $p < 0,05$).

Анализ моторной адаптации показал, что пациенты ОГ быстрее осваивали новые двигательные паттерны и компенсаторные стратегии: время выполнения координаторных тестов сократилось на 48% против 22% в КГ. Спастичность в ОГ снизилась на $1,8 \pm 0,2$ балла по шкале Эшворта, что было связано с нормализацией тонуса мышц-антагонистов за счет восстановления баланса возбуждения и торможения в корковых моторных центрах. В КГ снижение спастичности было менее выраженным (на $0,6 \pm 0,1$ балла).

Установлена прямая корреляционная связь между количеством сеансов рТМС и степенью восстановления произвольных движений ($r = 0,68$). Подавление гиперактивности интактного полушария способствовало «разблокировке» ипсилатеральных моторных путей пораженного полушария, запуская механизмы нейропластичности.

Выводы. Низкочастотная транскраниальная магнитная стимуляция интактного полушария является высокоэффективным методом немедикаментозной коррекции двигательных нарушений. Метод способствует существенному ускорению моторного восстановления и адаптации, снижению спастичности и улучшению координации за счет восстановления межполушарного баланса, что позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в программы нейрореабилитации.

Султанова Д.А., Азизова Р.Б.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЗИАЛЬНОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ С ГИППОКАМПАЛЬНЫМ СКЛЕРОЗОМ.

Кафедра медицинских фундаментальных наук, Ташкентский международный университет Кимё, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Азизова Р.Б.

Цель исследования. Анализ клинических, неврологических и биохимических характеристик мезиальной эпилепсии височной доли с склерозом гиппокампа.

Материал и методы. В исследование были включены 88 мужчин и женщин, обратившихся в отделение неврологии многопрофильной клиники Ташкентского государственного медицинского университета, частную клинику Intermed Neuro и центральную многопрофильную поликлинику Хатырчинского района Навоийской области. Основную группу составили 30 пациентов с МВДЭ-ГС (8А60.2), группу сравнения - 36 пациентов с другими формами эпилепсии (8А60) без структурных нарушений, а контрольную группу - 22 практически здоровых человека без неврологических изменений. В исследовании для оптимизации ранней диагностики МВДЭ-ГС использовались клиничко-неврологические, нейрофизиологические (ЭЭГ, видео-ЭЭГ мониторинг), нейровизуализационные (МРТ на основе стандартного протокола и протокола HARNESS) и статистические методы анализа.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что мезиальная височная эпилепсия с гиппокампулярным склерозом характеризуется более ранним дебютом заболевания ($15,0 \pm 5,45$ года против $21,6 \pm 14,8$ года в группе сравнения) и специфическим клиничко-семиологическим профилем. У пациентов чаще отмечались первичные провоцирующие повреждающие ($\chi^2=9,84$), вегетативные ($\chi^2=30,28$) (эпигастральные ощущения, тошнота - 43,33 %) и эмоционально-когнитивные приступы (чувство страха, déjà vu — 33,33%), определяющие медиальную височную локализацию эпилептогенного очага. Остановка иктальной речи ($\chi^2=7,43$; ОР=4,0), версивные движения головы и туловища (16,6%) и односторонняя дистония ($\chi^2=21,76$) являются надёжными латерализующими признаками при мезиальной височной эпилепсии с гиппокампулярным склерозом.

Выводы. Степень тяжести гиппокампулярного склероза, выявленная в протоколе HARNESS-MPT, является ведущим фактором, определяющим когнитивные (MoCA) и эмоциональные (HADS-тревожность) показатели пациентов и замедление фонового ритма на ЭЭГ и эпилептиформные изменения, регистрируемые преимущественно во сне.

Суфиев Ш.С., Холова З.С., Кувватов А.Д.

РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ В ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТЫХ ФОРМ АРИТМИЙ

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

Научный руководитель-к.м.н. Рахматуллоев Х.Ф.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость суточного мониторирования электрокардиограммы в выявлении скрытых нарушений ритма сердца.

Материал и методы. В исследование включено 40 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет, обратившихся с жалобами на эпизодическое сердцебиение, перебои в работе сердца, головокружение или повышенную утомляемость. По данным стандартной ЭКГ в покое, у всех обследованных нарушения ритма выявлены не были. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. По данным суточного мониторирования ЭКГ, скрытые нарушения ритма сердца выявлены у 29 (72,5%) пациентов. В группе пациентов младше 40 лет преобладали единичные и умеренно частые наджелудочковые экстрасистолы, выявленные у 10 (25%) пациентов, преимущественно в дневное время и часто ассоциированные с психоэмоциональной нагрузкой. В возрастной группе 40–55 лет нарушения ритма выявлены у 11 (27,5%) пациентов, среди которых чаще регистрировались частые наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы - у 7 (17,5%) больных, а также эпизоды пароксизмальной наджелудочковой тахикардии - у 3 (7,5%) пациентов. У пациентов старше 55 лет скрытые аритмии выявлены у 8 (20%) обследованных. В данной группе чаще регистрировались желудочковые экстрасистолы высоких градаций, эпизоды синусовой брадикардии в ночное время и нарушения атриовентрикулярной проводимости I степени. Клинически значимые нарушения ритма, требующие коррекции тактики ведения, выявлены у 7 (17,5%) пациентов, преимущественно в старшей возрастной группе. Сопоставление данных суточного мониторирования ЭКГ с данными пациентов показало наличие связи между субъективными жалобами и эпизодами аритмий в 62% случаев.

Выводы. Суточное мониторирование ЭКГ является информативным и необходимым методом диагностики скрытых аритмий у пациентов различных возрастных групп. Метод позволяет выявлять возрастные особенности нарушений ритма, своевременно определять клиническую значимость выявленных изменений и оптимизировать тактику ведения пациентов.

Суфиев Ш.С., Холова З.С., Саидов З.Ч.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У ВСЕХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

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

Научный руководитель-к.м.н. Рахматуллоев Х.Ф.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики и тактики ведения у всех беременных женщин с нарушениями сердечного ритма.

Материал и методы. В исследование были включены 30 беременных пациенток с различными формами нарушений сердечного ритма. Возраст обследованных варьировал от 19 до 38 лет, средний возраст составил 25 - 30 лет. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. Доброкачественные и функциональные формы нарушений ритма преобладали. Распределение видов аритмий:

Синусовая тахикардия - **11 пациенток (36,7%)**;

Наджелудочковая экстрасистолия - **10 (33,3%)**;

Желудочковая экстрасистолия - **5 (16,7%)**;

Пароксизмальные наджелудочковые тахикардии - **3 (10%)**;

Фибрилляция предсердий - **1 (3,3%)**;

Клиническая симптоматика: сердцебиение - **22 (73,3%)**, одышка - **14 (46,7%)**, головокружение - **9 (30%)**, общая слабость - **8 (26,7%)**, бессимптомное течение - **7 (23,3%)**.

При анализе по триместрам выявлено:

I триместр - усиление проявлений тахикардии у **40%** пациенток;

II триместр - появление новых симптомных аритмий у **30%**;

III триместр - учащение приступов у **20%**.

Тактика ведения:

Выжидательная и динамическая - **20 пациенток (66,7%)**, эффективность - **80%**.

Немедикаментозные меры (коррекция образа жизни, снижение стимуляторов) - **16 пациенток (53,3%)**.

Медикаментозная терапия (β-адреноблокаторы преимущественно) - **10 пациенток (33,3%)**, с улучшением симптоматики у **8 пациенток (80%)**.

Инвазивные методы не применялись.

Исход беременности был благоприятным у **29 пациенток (96,7%)**, осложнения со стороны матери зафиксированы у **1 пациентки (3,3%)** (тяжелое течение тахикардии, потребовавшее госпитализации и коррективной терапии), осложнений со стороны плода не зарегистрировано.

Выводы. Нарушения сердечного ритма у беременных женщин преимущественно имеют доброкачественное течение, чаще встречается синусовая тахикардия и наджелудочковые экстрасистолы. Наиболее выраженные проявления аритмий наблюдаются в I и III триместрах беременности. Основу диагностики составляют безопасные неинвазивные методы, включая ЭКГ и суточное мониторирование. Тактика ведения преимущественно консервативная - динамическое наблюдение и немедикаментозные меры эффективны у большинства пациенток. Медикаментозная терапия назначается строго по показаниям с учётом профиля безопасности препаратов для плода; β-адреноблокаторы показали высокую эффективность. Индивидуальный и междисциплинарный подход обеспечивает благоприятный исход беременности, минимизирует риск осложнений для матери и плода.

Тагоев А.А., Гончарова М.С.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В Г. ДУШАНБЕ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф.
М. Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель- Салихова А.Х.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ эпидемиологических показателей в сфере наркологии на территории г. Душанбе.

Материал и методы. В основе работы лежат данные статистического учета, предоставленные Республиканским клиническим центром наркологии имени профессора М. Г. Гулямова. Обработка информации проводилась совместно с сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии имени М. Г. Гулямова. В ходе исследования применялись методы описательной статистики и анализа динамических рядов.

Результаты исследования. Проведенный анализ выявил неоднородную, но устойчивую тенденцию к снижению общего числа впервые обратившихся пациентов за изучаемый период. В 2020 году зафиксирован максимальный показатель обращаемости – 1875 человек. В последующие годы наблюдалось последовательное уменьшение численности контингента: в 2021 году этот показатель сократился до 1783 случаев, а к 2022 году достиг уровня в 1484 человека. Несмотря на небольшую положительную динамику в 2023 году, когда было зарегистрировано 1496 обращений, итоговый результат 2024 года демонстрирует минимальное за пятилетку значение – 1144 человека, что косвенно может свидетельствовать как об изменении эпидемиологического процесса, так и о латентных формах зависимости.

Ключевой особенностью выявленной картины является ярко выраженная гендерная асимметрия. На протяжении всех пяти лет подавляющее большинство пациентов составляли лица мужского пола. В 2020 году доля мужчин достигла 96,7% (1814 человек), тогда как женщины составили лишь 3,3% (61 пациентка). Данное соотношение оставалось практически неизменным в 2021 году: 96,9% мужчин (1727) против 3,1% женщин (56). В 2022 году удельный вес мужского контингента даже незначительно вырос, составив 97,1% (1441 человек). Стабилизация показателей в 2023 году (1449 мужчин, что эквивалентно 96,8%) и их снижение в 2024 году (1112 мужчин, 97,21%) не изменили общей картины: доля женщин колебалась в пределах 2,8–3,2%, не демонстрируя тенденции к росту.

Выводы. В структуре наркологической патологии среди жителей г. Душанбе за период 2020–2024 гг. характеризуется стабильным гендерным дисбалансом с абсолютным доминированием мужского населения (более 96% от общего числа обратившихся). Выявленный факт не может быть объяснен исключительно биологическими факторами и, вероятно, обусловлен комплексом социокультурных, поведенческих и стигматизирующих причин, влияющих на обращаемость женщин. Это подчеркивает необходимость углубленного изучения данных факторов для совершенствования адресных профилактических программ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА eNOS У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и
медицинской реабилитации, г.Ташкент

Цель исследования. Определить частоту аллелей и генотипов полиморфизма T786C гена eNOS у пациентов с ХОБЛ, в том числе при наличии коморбидных состояний.

Материал и методы. В исследование включён 101 пациент с ХОБЛ, которые были распределены на две группы:

I группа — 60 пациентов с ХОБЛ II–III стадии;

II группа — 41 пациент с ХОБЛ II–III стадии и сопутствующей патологией. Контрольную группу составили 95 практически здоровых лиц.

Диагноз лёгочной гипертензии устанавливался на основании данных эхокардиографии. Всем обследуемым проводилось исследование функции внешнего дыхания; по результатам доплерографии определяли давление в лёгочной артерии. Для молекулярно-генетического анализа выполняли забор периферической венозной крови с последующим выделением ДНК и определением полиморфизма методом ПЦР в режиме реального времени. Распределение генотипов оценивали на соответствие равновесию Харди–Вайнберга.

Результаты исследования. В основной группе частота генотипов T/T, T/C и C/C составила 47,52%, 41,58% и 10,89% соответственно; в контрольной группе — 57,89%, 32,63% и 9,47%. Частота аллеля T в основной группе составила 68,32%, аллеля C — 31,68%; в контрольной группе — 74,21% и 25,79% соответственно.

У пациентов с ХОБЛ и сопутствующей патологией несколько чаще выявлялся мутантный гомозиготный генотип C/C (10,0% и 12,2% против 9,47% в контроле). В I группе генотип T/T зарегистрирован у 50%, во II группе — у 43,9% (в контроле — 57,89%); генотип T/C — у 40,0% и 43,9% соответственно (в контроле — 32,63%). Частота аллеля C составила 30,0% в I группе и 34,15% во II группе против 25,79% в контрольной группе.

Анализ распределения генотипов подтвердил их соответствие равновесию Харди–Вайнберга ($\chi^2=0,16$; $p=0,659$). Соотношение ожидаемых и наблюдаемых значений в основной группе составило: 0,48/0,47 (T/T); 0,42/0,43 (T/C); 0,11/0,10 (C/C), что указывает на отсутствие статистически значимых отклонений.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о возможной ассоциации полиморфизма T786C гена eNOS с риском развития ХОБЛ и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. В узбекской популяции мутантный аллель C и генотип C/C встречались чаще у пациентов с ХОБЛ, что может отражать их вклад в формирование заболевания. Эти результаты подчёркивают значимость учёта генетических факторов при оценке риска и прогнозировании течения ХОБЛ.

Толибзода А.Н.

МУШАХАССОТИ ИММУНОЛОҒИ ВА НАЗОРАТИ ГЛИКЕМЇ ДАР КЌДАКОНИ ГИРИФТОРИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЌИ 1 ДАР ТОҶИКИСТОН

Кафедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Ниязова Н.Ф.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши мушахассоти иммунологӣ ва баҳо додан ба назорати гликемӣ дар кўдакони гирифтори диабети қанди навъи 1 (ДҚ1) дар заминаи маълумотҳои регистри маҳаллии клиникӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот 56 бемори синни 0-18-сола бо таъхиси ДҚ1, ки мувофиқи меъёрҳои ТУТ (2019) муқаррар карда шуда буд, дохил карда шуд. Таҳқиқоти иммунологӣ (панели аутоантител: GADA, IA-2A, ZnT8Ab, ICA, IAA) дар 56 бемор (98%) иҷро карда шуд. Статуси мусбат аз рӯи нишондиҳандаҳои ҳадди муайян карда шуд: GADA >10,0 Ед/мл, IA-2A >2,0 Ед/мл, ZnT8Ab >2,0 Ед/мл, ICA >2,0 Ед/мл, IAA >2,0 Ед/мл. Назорати гликемӣ мувофиқи сатҳи гемоглобини гликолизшуда (HbA1c) баҳогузори карда шуд; мақсаднок сатҳи <7,5% (ISPAD) ҳисобида шуд. Коркарди оморӣ дар SPSS 26.0. иҷро карда шуд; маълумотҳои миқдорӣ ҳамчун $M \pm SD$, категориялӣ — бо ғоиз ва миқдори мутлақ пешниҳод карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аутоантителаҳои зиёд муайянкардашуда ин: IA-2A — 53%, баъдан GADA — 35%, ZnT8Ab — 32%, IAA — 23% ва ICA — 9% буданд. Басомади GADA хеле кам аст, назар ба популятсияҳои аврупоидӣ (60–80%), ки ин метавонад ба хусусиятҳои этникии раванди аутоиммунӣ таъсир расонад. Ду ва зиёда навъҳои аутоантителаҳо дар 45% -и беморон ба қайд гирифта шуд. Дар 22% -и ҳамаи антителаҳои аз тест гузаронидашуда манфӣ буданд, ки ин метавонад аз шакли идиопатитии беморӣ ғувохӣ диҳад. Сатҳи миёнаи HbA1c $12,3 \pm 2,2\%$ -ро ташкил дод (медиана 12,6%). Танҳо 1 бемор (2%) нишондиҳандаи мақсаднокро ба даст овард <7,5%. Бештари беморон (75%) и HbA1c бо >11,0% доштанд. Фарқият байни писарҳо ва духтарҳо ($11,4 \pm 2,6\%$ дар муқобили $12,9 \pm 1,7\%$) аз ҷиҳати оморӣ муҳим набуд ($p=0,63$). Дар байни сабабҳои ғайриқаноатбахш будани назорат, инҳо ҷудо карда шуданд: дастрасии маҳдуд ба аналогҳои муосири инсулин, миқдори нокифояи худназораткунии гликемия ва набудани барномаҳои сохташудаи омӯзишӣ.

Хулосаҳо. Мушахассоти иммунологии кўдакони гирифтори диабети қанди навъи 1 (ДҚ1) иборат аст, ки бартарии IA-2A аз GADA, ки ин метавонад аз мушахассоти классикии аврупоидӣ фарқ дошта бошад ва зарурати истифодаи густурдаи панели аутоантителро ҳангоми таъхис талаб мекунад. Ҳиссаи баланди ҳолатҳои серонегативӣ (22%) омӯзиши минбаъдаро талаб мекунад. Назорати ниҳоят ғайриқаноатбахши гликемия (миёнаи

HbA1c 12,3%) аз зарурати таъмин кардани дастрасӣ ба аналогҳои муосири инсулин, басномаи сохташудани омӯзиши беморон ва оилаи онҳо гувоҳӣ медиҳад.

Толубаев К.А.

СВЯЗЬ КАЧЕСТВА СНА И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней «Медицинский университет Астана». Казахстан.

Научный руководитель – магистр медицины Ахметжанова Ш.К

Цель исследования. Оценить влияние качества сна на распространённость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста, а также определить возможную связь между нарушениями сна и ранними изменениями функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. Проведено аналитическое поперечное исследование с участием 150 респондентов в возрасте 18–25 лет. В исследование были включены студенты медицинского вуза. Оценка качества сна проводилась с использованием стандартизированного опросника *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, позволяющего определить продолжительность сна, латентность засыпания, частоту ночных пробуждений и субъективную удовлетворённость сном. Дополнительно проводился анализ основных модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: индекс массы тела (ИМТ), показатели артериального давления, частота сердечных сокращений, уровень физической активности и особенности режима питания. Также учитывались поведенческие факторы, включая наличие вредных привычек, частоту употребления кофеинсодержащих и энергетических напитков, а также уровень психоэмоционального стресса, связанного с учебной нагрузкой. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов описательной статистики и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что у 52% респондентов выявлены признаки сниженного качества сна ($PSQI > 5$). Наиболее частыми проявлениями нарушений сна являлись сокращение продолжительности ночного отдыха, увеличение времени засыпания и периодические ночные пробуждения. У студентов с неудовлетворительным качеством сна достоверно чаще регистрировались неблагоприятные поведенческие факторы риска, включая низкий уровень физической активности и нерегулярный режим питания. Кроме того, у части обследованных отмечались признаки избыточной массы тела и тенденция к повышению показателей систолического артериального давления. Было установлено, что лица с нарушениями сна чаще сообщали о высоком уровне учебного и эмоционального напряжения. Проведённый корреляционный анализ выявил статистически значимую связь между ухудшением качества сна и увеличением индекса массы тела, а также повышением уровня артериального давления ($p < 0,05$). Полученные результаты указывают на возможную роль нарушений сна в формировании ранних метаболических и функциональных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Нарушение качества сна широко распространено среди лиц молодого возраста и может рассматриваться как один из факторов формирования раннего сердечно-сосудистого риска. Полученные результаты подчёркивают значимость контроля режима сна и отдыха у студентов и молодых людей. Формирование здоровых поведенческих привычек, оптимизация режима дня и снижение уровня психоэмоционального стресса могут рассматриваться как важные направления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Тошев К.С., Гончарова М.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ И КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г.Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель- и.о. заведующей кафедры Кодирова З.Д.

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность изолированного применения прикладного анализа поведения (АВА), медикаментозной терапии и их комплексного использования у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Материал и методы. Проведен анализ данных, соответствующих принципам доказательной медицины, индексированных в базе UpToDate и PubMed за период 2023–2025 гг. Основу работы составили: 1. Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) по применению АВА-терапии, охватывающий 20 исследований с участием 59 несовершеннолетних. 2. Многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, проведенное в Индонезии (февраль 2023 — январь 2024) с участием 51 ребенка в возрасте 6–10 лет. Участники были рандомизированы в группу арипипразола с поведенческой терапией (АВА с дискретными пробами) или группу плацебо с аналогичной поведенческой терапией на протяжении 12 недель (5 сессий в неделю). Оценка проводилась по шкале CARS (Childhood Autism Rating Scale) и тесту интеллекта Стэнфорд-Бине.

Результаты исследования. 1. Эффективность изолированной АВА-терапии. Значительное число участников, проходивших АВА-интервенцию для развития социальных способностей, достигли целевого поведения в задачах на теорию сознания. АВА продемонстрировала эффективность в обучении распознаванию эмоций, перспективе (perspective-taking), социальному взаимодействию и интерпретации ментальных состояний. Однако отмечаются проблемы генерализации и поддержания навыков в различных условиях и с течением времени. 2. Эффективность изолированной медикаментозной терапии. На сегодняшний день не существует фармаколо-

гического вмешательства, которое надежно воздействовало бы на ключевые симптомы РАС (дефицит социальной коммуникации и стереотипное поведение). Лекарственные средства применяются исключительно для управления сопутствующими симптомами: раздражительностью, агрессией, тревожностью, нарушениями внимания и сна. 3. Эффективность комплексного подхода (ABA + медикаменты). Результаты плацебо-контролируемого исследования продемонстрировали, что комбинация атипичных антипсихотических препаратов с поведенческой терапией привела к достоверно большему снижению баллов по шкале CARS по сравнению с группой плацебо+терапия.

Выводы. 1. Комплексный подход (ABA + медикаментозная терапия) демонстрирует наибольшую эффективность. Сочетание поведенческой терапии с атипичными антипсихотиками (арипипразол) приводит к значимо большему регрессу симптомов аутизма по шкале CARS, чем изолированная поведенческая терапия, особенно в сенсорных доменах и сфере эмоциональных реакций. 2. Монотерапия медикаментами нецелесообразна. Фармакологические средства не воздействуют на ключевые симптомы РАС и должны рассматриваться исключительно как адъюнктивный (вспомогательный) инструмент для коррекции коморбидной симптоматики (агрессия, тревога, раздражительность) в составе мультимодального плана лечения. 3. АВА-терапия остается основой психосоциальной коррекции, эффективно формируя навыки социального взаимодействия и коммуникации, однако требует индивидуализации протоколов для решения проблем генерализации приобретенных навыков.

Тошев Х.Д., Идизода М.А.

Аскаридоз, ассоциированный с острым лимфобластным лейкозом: клинический случай
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Мирзокаримова Н.С.

Цель исследования. Описать особенности клинического течения аскаридоза у пациента с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) на фоне иммуносупрессии.

Материал (клинический случай). Пациент, 19 лет, находился на лечении в гематологическом отделении с диагнозом острая лимфобластная лейкемия.

Жалобы: общую слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе, тошноту, эпизоды рвоты, субфебрильную температуру, кашель, зуд кожи.

Анамнез заболевания: ОЛЛ диагностирован 6 месяцев назад, проводится полихимиотерапия. В последние 2 недели отмечено усиление диспепсических явлений и появление абдоминального болевого синдрома. При обследовании заподозрена паразитарная инвазия.

Анамнез жизни: Проживает в сельской местности, контакт с почвой и домашними животными, гигиенические навыки соблюдаются недостаточно. Ранее эпизодов гельминтозов не отмечалось.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, местами сухие. Пальпация живота — умеренная болезненность в околопупочной области. Печень увеличена, край выступает на 1,5 см из-под реберной дуги. Периферические лимфатические узлы увеличены.

Общий анализ крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, относительная эозинофилия до 8%. В кале выявлены яйца *Ascaris lumbricoides*. ИФА: IgG к *Ascaris lumbricoides* положительные (КП 2,8), что свидетельствует о контакте с возбудителем; обнаружение яиц в кале подтверждает активную кишечную стадию инвазии. ПЦР кала на *Ascaris lumbricoides* — положительная, выявлена ДНК возбудителя. Биохимический анализ крови — без значимых отклонений. Острый лимфобластный лейкоз подтверждён по данным миелограммы. После проведения антигельминтной терапии отмечена положительная клинико-лабораторная динамика.

Выводы. У пациентов с ОЛЛ паразитарные инфекции могут протекать атипично и утяжелять течение заболевания. Своевременная диагностика и лечение аскаридоза снижают риск осложнений. Наиболее информативны микроскопия кала и серологические методы; ПЦР — дополнительный подтверждающий тест.

Тошев Х.Д., Идизода М.А.

ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СБОРЫ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Мирзокаримова Н.С.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность включения фитотерапевтических сборов у пациентов с лейкемией и *Ascaris lumbricoides*.

Материал и методы. В исследование были включены 52 пациента с ОЛЛ в возрасте от 23 до 67 лет. Все пациенты были разделены на две группы: I группа - 27 больных с лабораторно подтверждённым аскаридозом, которым проводилась стандартная антигельминтная терапия (альбендазол), II группа (основная) - 25 пациентов с лабораторно подтверждённым аскаридозом, у которых антипаразитарная терапия (альбендазол) проводилась в сочетании с фитотерапевтическим сбором (полынь, девясил), обладающим антиоксидантными и гепатопротекторными свойствами.

Проведены: клиническая оценка симптомов (абдоминальный болевой синдром, диспепсия, кожный зуд, аллергические проявления) по балльной шкале (0–10) до лечения, на 7–10-е сутки и через 4 недели. Паразитологическая диагностика: микроскопия кала (3-кратное исследование), при необходимости — ИФА (IgG и IgE) как вспомогательный метод. Общий анализ крови (эозинофилы), биохимия (АЛТ и АСТ, билирубин), маркеры воспаления по показаниям.

Результаты исследования. В основной группе (альбендазол + фитотерапия) снижение выраженности клинических симптомов было более значительным: суммарный балл уменьшился с $6,1 \pm 1,4$ до $2,3 \pm 1,1$ против $6,0 \pm 1,5$ до $3,1 \pm 1,2$ в группе сравнения ($p < 0,05$). Частота лёгких нежелательных явлений была выше в группе сравнения (13,0%) по сравнению с основной группой (7,5%) ($p > 0,05$). Клинически значимого повышения АЛТ и АСТ не отмечено; умеренное транзиторное повышение трансаминаз чаще наблюдалось в группе сравнения (6,5% против 5,0%; $p > 0,05$).

Выводы. Добавление фитотерапии к стандартной дегельминтизации у пациентов с лейкемией не усиливает паразитологический эффект, однако может уменьшать диспепсию и абдоминальный дискомфорт при тщательном отборе больных. В целом метод безопасен, но возможны более частые лёгкие нежелательные реакции, что требует мониторинга и учёта лекарственных взаимодействий.

Тошева С. А., Рахимова З. А., Каримова С. С.

ВЛИЯНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЛОДЁЖИ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Дырда Н.И.

Цель исследования. Выявить распространённость угревой болезни среди лиц молодого возраста, оценить её влияние на качество жизни и психоэмоциональную сферу молодых людей.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели была применена анкета «Оценка психологического и социального эффектов акне» (Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne – APSEA), составленная на основе вопросов для оценки дерматологического индекса качества жизни при акне. В анкетировании приняли участие 46 человек с угревой болезнью в возрасте от 21 до 23 лет: 34 студента 4 курса ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и 12 пациентов, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в ГУ Городская клиническая больница кожных болезней г. Душанбе.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что распространённость угревой болезни среди обследованных молодых людей составила 45% (46 из 102 респондентов). Акне в 1,3 раза чаще регистрировалось у лиц женского пола - 26 (56,5%), тогда как среди мужчин акне выявлено у 20 (43,5%) человек.

Оценка психоэмоционального состояния показала, что признаки депрессивных переживаний выявлены у 7 (15,2%) пациентов, при этом они чаще отмечались у девушек (5 случаев) по сравнению с юношами (2 случая). Тревожные реакции выявлены у 21 (46%) обследованных, причём у девушек они встречались значительно чаще (17; 81%) по сравнению с мужчинами (4; 19%). В противоположность этому, повышенная раздражительность чаще регистрировалась среди юношей (11; 73%) по сравнению с девушками (4; 27%), что отражает определённые гендерные особенности психоэмоционального реагирования на дерматологическое заболевание.

При анализе субъективной оценки заболевания установлено, что снижение самооценки различной степени выраженности наблюдалось у 35 (76,1%) пациентов. Данный показатель чаще регистрировался у девушек, чем у юношей (13 случаев против 7), что может свидетельствовать о более значимом влиянии косметических дефектов кожи на психологическое состояние женщин.

Влияние заболевания на социальную активность также имело выраженные гендерные различия. Ограничение досуга и социальной активности отмечали 16 (34,8%) пациентов, из которых большинство составляли девушки (12; 75%), тогда как среди юношей данный показатель составил 4 случая (25%). Аналогичная тенденция наблюдалась при оценке влияния акне на личную жизнь: соответствующие трудности отмечали 14 (30%) обследованных, причём у девушек они регистрировались значительно чаще (73,3% случаев) по сравнению с мужчинами (26,7%).

Вывод. Взаимосвязь акне с психоэмоциональными расстройствами является актуальной медико-социальной проблемой и нуждается в организации системы взаимодействия врачей дерматологов и психоневрологов.

Тоштемуров Б.Б.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Кафедра внутренних болезней №3 СамГМУ, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель – PhD. Шоназарова Н.Х

Цель исследования. Изучить особенности формирования сердечно-сосудистой патологии у пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом и определить основные патофизиологические механизмы влияния нарушений функции щитовидной железы на сердечно-сосудистую систему.

Материал и методы. Проведён анализ современных литературных данных и клинико-патофизиологических исследований, посвящённых влиянию тиреоидных гормонов на сердечно-сосудистую систему. В основу работы положены результаты клинических и экспериментальных исследований, рассматривающих влияние тиреоидных гормонов на миокард, сосудистую стенку, липидный обмен и систему гемостаза. Оценивались данные о нарушениях функции миокарда, изменениях сосудистого тонуса, показателях липидного спектра крови и факторах тромбогенеза при различных формах тиреоидной дисфункции, характерных для хронического аутоиммунного тиреоидита.

Результаты исследования. Установлено, что даже незначительные изменения уровня тиреоидных гормонов оказывают выраженное влияние на сердечно-сосудистую систему, поскольку рецепторы тиреоидных гор-

монов присутствуют в кардиомиоцитах и эндотелиальных клетках сосудов. При хроническом аутоиммунном тиреоидите, сопровождающемся развитием субклинического или явного гипотиреоза, формируется ряд патофизиологических изменений: снижение сократительной способности миокарда, диастолическая дисфункция левого желудочка, повышение системного сосудистого сопротивления и нарушение эндотелиальной функции. Кроме того, у пациентов наблюдается повышение уровня общего холестерина и липопротеинов низкой плотности, что способствует развитию атеросклероза и ишемической болезни сердца. Нарушение синтеза оксида азота эндотелием приводит к увеличению артериальной жесткости и развитию артериальной гипертензии. Также отмечается повышение тромбогенного потенциала крови за счет увеличения уровня фибриногена и факторов коагуляции, что повышает риск тромбоэмболических осложнений. У ряда пациентов выявляется синдром низкого трийодтиронина, который ассоциируется с ухудшением прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях и повышением смертности.

Выводы. Хронический аутоиммунный тиреоидит является значимым фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии вследствие нарушения гормональной регуляции сердечно-сосудистой системы.

Основными механизмами поражения сердечно-сосудистой системы являются эндотелиальная дисфункция, дислипидемия, повышение сосудистого сопротивления и нарушение сократительной функции миокарда.

Ранняя диагностика нарушений функции щитовидной железы и своевременная коррекция тиреоидного статуса имеют важное значение для профилактики и снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом.

Тулаев Б.З.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета. Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – PhD, доцент Насирова А.А.

Цель исследования. Определить степень нарушения вентиляции легких у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с бронхиальной астмой.

Материал и методы. На базе Самаркандского городского медицинского объединения в отделение второй терапии обследовано 39 пациентов, из них 15 пациентов были с бронхиальной астмой, 15 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, а также 9 пациентов с сочетанной патологией (БА+ХОБЛ), помимо этого в исследование были включены 10 потенциально здоровых добровольцев. Постановка диагноза «бронхиальная астма» и «хроническая обструктивная болезнь легких» основывалась на документах GINA от 2024 года и GOLD от 2024 года. В исследовании использовались такие инструментальные исследования как пикфлоуметрия, спирометрия, пульсоксиметрия. Статистический анализ проводился с использованием SPSS 19.0® при уровне значимости 5% для проверки гипотез.

Результаты исследования. Всем больным до лечения и после лечения были назначены такие инструментальные исследования как пульсоксиметрия, спирометрия, а также пикфлоуметрия. Полученные данные сравнивали между 3-мя группами больных, где отчетливо было видно, что пациенты с БА и ХОБЛ имели статистически не значимые различия между собой, однако было отмечено, что сатурация среди больных БА относительно была высокой в сравнении с больными БА+ХОБЛ. При дальнейшем обследовании, всем больным была проведена пикфлоуметрия, для этого больной после максимально возможного глубокого вдоха выполняет сразу (без задержки дыхания на пике вдоха) резкий выдох в пикфлоуметр. Можно отметить, что пациенты с БА и БА+ХОБЛ имели высокие показатели ПСВ, при этом отмечалась статистически достоверная разница в показателях ($P < 0,01$), что требует своевременной коррекции данного состояния. Далее всем больным утром натощак проводили исследование спирографии, при этом определяли такие показатели как ЖЕЛ%, ОФВ1%, МОС%, МОС75%, МОС50%, МОС 25%. При изучении спирографии среди больных БА было выявлено что среди больных со среднетяжелым течением ЖЕЛ была снижена до 55,5%, тогда как среди больных с интермиттирующей БА этот показатель был равен 53,2%, кроме того показатели ОФВ1, МОС25%, МОС50% и МОС75% также были снижены, но при сравнении данных показателей среди больных ХОБЛ и БА+ХОБЛ выше перечисленные показатели были значительно снижены, в частности среди больных с коморбидным течением ЖЕЛ у больных среднетяжелым течением БА+ХОБЛ был равен 48,1%, ОФВ1- 45,1%, МОС25% - 25,1%, МОС50%-17,2%, МОС 75% -14,5%.

Выводы. Изучение показателей спирографии показало, что показатели ЖЕЛ, ОФВ1, МОС75% были больше у больных с БА в сравнении с БА+ХОБЛ на 7,4% и 12,9% соответственно, показатели МОС25%, МОС50% были достоверно больше у пациентов с изолированным течением БА и ХОБЛ в сравнении с сочетанным течением.

Турдалиева Н.С., Гафурова М.Х., Рахимова М.С.

СОЦИАЛЬНЫЙ ДЖЕТЛАГ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

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

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

Цель исследования. Оценить взаимосвязь социального джетлага с хронотипом, качеством сна, уровнем стресса и дневной усталостью у студентов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 137 студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Сбор данных проводился с помощью онлайн-анкетирования через Google Forms, обработка результатов осуществлялась с использованием методов описательной статистики с определением средних величин и относительных показателей (%). Социальный джетлаг (SJL) рассчитывался как разница в часах между средним временем сна в выходные дни и рабочие дни, и делился на низкий (<2 ч) и высокий (≥ 2 ч) уровень. Хронотип определялся как утренний, нейтральный или вечерний. Качество сна оценивалось по сокращённой версии Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (4 вопроса), объединённое в три категории: хороший, средний, плохой. Уровень стресса оценивался по шкале Perceived Stress Scale, 10 вопросов (PSS-10), где каждый из 10 вопросов оценивается по 5-балльной шкале от 0 («никогда») до 4 («очень часто»), суммарный балл варьируется от 0 до 40, при этом более высокий балл отражает более высокий уровень стрессовой нагрузки. Дневная усталость измерялась одним вопросом с пятью вариантами ответа: никогда, редко, иногда, часто, почти всегда. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Google Sheets

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 137 студентов медицинского университета. Высокий социальный джетлаг (SJL ≥ 2 ч) выявлен у 96 студентов (70%), низкий (SJL <2 ч) — у 41 студента (30%). Среди студентов вечернего и нейтрального хронотипов высокий SJL встречался чаще (68% и 74% соответственно), чем среди утреннего (59%), что свидетельствует о повышенной подверженности джетлагу этих хронотипов. Средний уровень стресса по шкале PSS10 у студентов с высоким SJL составил 20,32 балла, а у студентов с низким SJL — 18,12 балла, что указывает на умеренную связь более выраженного джетлага с повышенным уровнем стресса. Дневная усталость «часто» и «почти всегда» отмечалась у 44% студентов с высоким SJL против 36% студентов с низким SJL. Анализ качества сна показал, что плохое качество сна зарегистрировано у 15% студентов и распределилось почти одинаково между группами SJL, при этом средний уровень стресса увеличивался с ухудшением сна: хороший сон — 18,03 балла, средний — 20,17, плохой — 23,3. В целом, результаты демонстрируют, что социальный джетлаг оказывает умеренное влияние на стресс и дневную усталость, но не влияет на критически плохое качество сна, а ухудшение сна связано с ростом уровня стресса среди студентов.

Выводы. 1. Высокий социальный джетлаг (SJL ≥ 2 ч) чаще встречается у студентов вечернего и нейтрального хронотипов, что подтверждает влияние хронотипических различий на подверженность джетлагу. 2. Высокий SJL ассоциирован с умеренно повышенным уровнем воспринимаемого стресса (PSS-10) и увеличением частоты дневной усталости, что указывает на влияние несоответствия биологических и социальных ритмов на психофизиологическое состояние студентов. 3. Критически плохое качество сна выявлено у 15% студентов и распределено практически одинаково между группами SJL, что свидетельствует о слабой прямой связи социального джетлага с тяжёлым нарушением сна. 4. Ухудшение качества сна связано с ростом среднего уровня стресса: студенты с плохим сном имели более высокий PSS-10 (23,3), чем студенты со средним (20,17) или хорошим сном (18,03), что подчеркивает значимость контроля сна для психофизиологического состояния.

Турсунова С.Б., Зоирова Д.А., Кодирова Ё.Н.

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ТИРЕОИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АМИОДАРОН

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Оценить частоту тиреоидной дисфункции и выраженность кардиометаболических нарушений на фоне сахарного диабета 2 типа и избыточной массы тела.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 158 историй болезни госпитализированных пациентов отделений кардиологии и эндокринологии ГМЦ им. Карим Ахмедова за последние 3 месяца 2025г. Среди них у 6 пациентов проводилась терапия амиодароном по поводу фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности; именно эта группа была включена в детальный анализ. Возраст пациентов составил 38–75 лет. Анализировались показатели глюкозы крови натощак, гликированного гемоглобина (HbA1c), инсулина и индекса HOMA-IR, липидного профиля, креатинина, калия, тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (СвТ4), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), а также данные эхокардиографии (фракция выброса левого желудочка и признаки ремоделирования миокарда).

Результаты исследования. У всех обследованных пациентов выявлены нарушения углеводного обмена. Сахарный диабет 2 типа диагностирован у 83,3% (5 из 6) пациентов, у одного пациента с избыточной массой тела (ИМТ около 26 кг/м²) выявлена выраженная инсулинорезистентность (HOMA-IR 5,45), что соответствует преддиабетическому состоянию высокого риска. Показатели HbA1c варьировали от 6,3% до 6,6%, у части пациентов отмечалась гипергликемия натощак до 8,6 ммоль/л. По данным эхокардиографии, признаки структурного ремоделирования миокарда выявлены у большинства пациентов. Снижение фракции выброса левого желудочка менее 50% зарегистрировано у 50% пациентов, в одном случае отмечено выраженное снижение до 33%. Тиреоидная дисфункция выявлена у одного пациента (16,6%): повышение ТТГ до 16 мкМЕ/мл при снижении свободного Т4 и отрицательных АТ-ТПО, что соответствует амиодарон-индуцированному гипотиреозу.

Выводы. Пациенты, получающие амиодарон на фоне сахарного диабета 2 типа и избыточной массы тела, представляют группу повышенного риска развития сочетанных метаболических, кардиальных и тиреоидных нарушений. В представленной выборке нарушения углеводного обмена выявлены у 100% пациентов и сопровождалась высокой частотой ремоделирования миокарда и снижением фракции выброса. Частота амиодарон-индуцированной тиреоидной дисфункции составила 16,6%. Это подчеркивает необходимость регулярного

контроля тиреоидного статуса (ТТГ, СвТ4) у пациентов, получающих терапию амиодароном, не реже одного раза в 3–6 месяцев.

Умарова Ф.З., Бобохонов С.Г., Мирзоева С.В.

СИРОЯТИ СИТОМЕГАЛОВИРУСИИ КЎДАКОНИ ХУРДСОЛ ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВЌ

Кафедраи тибби оилавии МДТ«ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – омӯзгори калони кафедра Раҳматуллоева З.Р.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани баъзе хусусиятҳои сирояти ситомегаловирусии кӯдакони хурдсол дар таҷрибаи табиби оилавӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар зери назорати мо 26 кӯдаки синну солашон аз 1 то 3- солаи гирифтдор ба сирояти ситомегаловирусӣ, дар Муассисаи давлатии, Маркази саломатии шаҳрии №12 (МД МСШ №12) қарор доштанд. Таҳлилҳои лаборатории зерин бар рӯи кӯдакон татбиқ ёфтааст: таҳлили умумии хун (ТУХ), пешоб (ТУФ), таҳлили фазла (ТУФ), акси рентгении шуш. Бо усули таҳлилии иммуноферментӣ (ТИФ) антителаҳои ситомегаловирусӣ (СМВ) иммуноглобулини IgG ва IgM муқаррар карда гашта, таҳқиқот дар Пажӯҳишгоҳи илмию таҳқиқотии тибби профилактикӣ ба анҷом расид. Машварати мутахассисони маҳдуд аз рӯи нишондод (табиби сироятшинос, гематолог, табиби ғушу гулуи бинӣ).

Натиҷаи таҳқиқот. Дар кӯдакони бемор хусусияти тасвири клиникӣ, оҳиста-оҳиста пайдошавии беморӣ бо ҳарорати баланди мавҷшакли намуди нодурусту баландтар аз 38,5°C, беҳолӣ, хоболудӣ, паст гаштани иштиҳо, артралгия, миалгия, тез-тез гирифтдоршудан ба бемориҳои шадиди роҳҳои нафас ба назар расид. Мононуклеозии сироятии этиологияш ситомегаловирусӣ дар 6 (23%) кӯдак, бемориҳои шадиди роҳҳои нафас ва ба он монанд, бемориҳои ситомегаловирусӣ дар 4 (15,3%) кӯдаки бемор, кӯдакони зуд-зуд бемор шаванда дар 8 (30,7%), бронхит дар 2 (7,6%) кӯдак, пневмонияи интерстициалӣ дар 1 (3,8%) кӯдак, 1 (3,8%) кӯдак бо бемории гепатит, бо камхунӣ норасоии оҳан дар 4 (15,3%) кӯдаки бемор дида мешуд.

Дар таҳлили умумии хуни кӯдакон лейкопения, ҳангоми ҳамроҳ шудани флораи бактериялӣ лейкоцитоз падидаи омада, микдори эритроцитҳо ва гемоглобин паст гашта, микдори гранулоцитҳои нейтрофилӣ ва мононуклеарҳои атопикӣ бештар будааст. Аммо дар кӯдакони дорои таъхиси камхунӣ дараҷаи I ва II бо этиологияи ситомегаловирусӣ нишондиҳандаи хуни «сурх» (эр. 2-3,5х10⁹/л), гемоглобин (Hb 80-90 г/л) намогашт. Таҳлили биохимиявии хун чунин натиҷаро ошкор сохт: гипербилирубинемия, зиёдгашт аниотрансаминазаҳо. Тибқи таъхиси серологӣ бо усули ТИФ антителаҳои СМВ IgG дар ҳамаи кӯдакони таҳти назорат дар ҳудуди аз 1:400 то 1:800 ба мушоҳида расид.

Таъбати ғайри доругӣ гузаронида шудааст: речаи бистарӣ дар аснои мавҷуд будани ҳарорати баланд. Ҳуҷраи синну соли каллорияш баланд (синамакони барои кӯдакони синни то 2-сола, ҳангоми ширдиҳии сунӣ маводҳои шири турӯш – чурғоти хонагӣ) ва нӯшидани оби зиёд.

Таъбати доругӣ: маводҳои зиддивирӯсӣ – интерферон ва индукторҳои синтези интерферон, иммуноглобулини махсуси антиситомегаловирусӣ – ситотек 2 мл/кг-и вазни кӯдак 1 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 5 рӯз таин карда шуд.

Ба ҳамаи кӯдакони бемор бо ССМВ аз тарафи табибони сироятшинос, гематолог машварат дода шуд. Аз тарафи табиби оилавӣ кӯдакони гирифтдори бемории ССМВ, зери назорати диспансерӣ гирифтанд.

Хулоса. Беморони гирифтдори ССМВ, ки зарурати ҷорабиниҳои пешгирикунанда дар марказҳои саломатии шаҳрӣ ва деҳот, муассисаҳои томактабии кӯдакони бояд гузаронида шаванд. Таъхиси гузарониҳои ҳатмии занон ба СМВ ҳангоми банақшагирии ҳомиладорӣ муҳим мебошад. Маҳдуд намудани тамос бо беморон ва дорандагони сирояти ситомегаловирус зарур аст.

Умарова Ф.З., Нуруллозода З.Х., Курбонов А.Д.

ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

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

Цель исследования. Изучить основные факторы, влияющие на продолжительность грудного вскармливания у детей в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы. Проведено анкетирование женщин, состоящих на диспансерном учёте в ПМСП, имеющих детей в возрасте от 1-го до 12 месяцев и находящихся на грудном вскармливании. Оценивались продолжительность грудного вскармливания, информированность матерей о кормлении, наличие социальной поддержки, особенности трудовой занятости и образовательного уровня, регулярность консультаций семейного врача, а также возникающие проблемы с лактацией.

Результаты исследования. Установлено, что одной из основных причин сокращения сроков грудного вскармливания являлась проблема недостаточной лактации. Матери отмечали снижение количества грудного молока, по поводу которого обращались к семейному врачу, однако, несмотря на консультацию, часть женщин продолжала испытывать трудности, что негативно повлияло на сохранение полноценного грудного вскармливания. Уровень информированности матерей о грудном вскармливании оценивался как средний. Большинство женщин являлись домохозяйками, около 30% матерей работали. Все участницы исследования имели среднее школьное образование. Среди работающих матерей 50% имели незаконченное высшее образование, другие 20% - среднее специальное образование. Трудовая занятость оказывала влияние на продолжительность грудного вскармливания, поскольку выход на работу затруднял соблюдение режима кормления. Дети получали плановую вакцинацию согласно календарю прививок. Перед каждой вакцинацией семей-

ный врач проводил консультацию, в ходе которой давались рекомендации, как по вопросам иммунизации, так и по поддержке лактации и продолжению грудного вскармливания. Несмотря на регулярность консультативной работы, сохранялись трудности, связанные с недостаточной лактацией и средним уровнем осведомленности матерей. В целом выявлено, что продолжительность грудного вскармливания зависит от сочетания лактационных проблем, уровня информированности и социальных факторов, включая занятость матери.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что продолжительность грудного вскармливания у детей в условиях ПМСП зависит преимущественно от состояния лактации и уровня знаний матерей, а также от социально-экономических факторов. Регулярные консультации семейного врача и образовательная поддержка в грудном вскармливании матерей играют важную роль, однако требуют усиления и более индивидуализированного подхода для профилактики раннего прекращения грудного вскармливания.

Умедова Ш.С., Сироджов С.М., Сайфуллаева Л.Ф.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Изучить клиничко-демографические особенности у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной и промежуточной фракциями выброса.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 11 стационарных пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение МЦ «Истиклол» с диагнозом ХСН, включившее анализ клиничко-демографических показателей, функционального класса сердечной недостаточности и показателя фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 77 ± 15 лет, что свидетельствует о преобладании лиц пожилого и старческого возраста среди пациентов с ХСН. В исследуемой группе наблюдалось отсутствие выраженных гендерных различий - распределение по полу составило 6 мужчин (54,5%) и 5 женщин (45,5%). При оценке тяжести состояния на момент госпитализации установлено, что большинство пациентов поступали в стационар в состоянии средней тяжести — 9 пациентов (81,8%). В то же время 2 пациента (18,2%) были в тяжелом состоянии, что было обусловлено развитием осложнений сердечной недостаточности - отеком легких и тромбоэмболией легочной артерии. Оценка функционального состояния пациентов проводилась в соответствии с классификацией NYHA. В результате анализа установлено, что у большинства пациентов диагностирован II функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности, который был выявлен у 7 пациентов (63,6%). У оставшихся 4 пациентов (36,4%) определялся III ФК, что соответствует более выраженному ограничению физической активности и тяжелом клиническом течении заболевания. При сопоставлении возраста исследуемых с функциональным классом сердечной недостаточности достоверной взаимосвязи выявлено не было. Это может свидетельствовать о том, что тяжесть клинического состояния при ХСН определяется не только возрастом, но и рядом других факторов, включая сопутствующие заболевания и особенности течения. При анализе показателей систолической функции левого желудочка по данным ЭхоКГ-исследования было установлено, что у 8 пациентов (72,7%) наблюдалась сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ). Данный вариант характеризуется сложным патогенезом, связанным преимущественно с нарушением диастолической функции миокарда. В то же время у 3 пациентов (27,3%) выявлена сердечная недостаточность с умеренно сниженной (промежуточной) фракцией выброса (СНунФВ/СНпФВ).

Выводы. При анализе полученных данных, четкой зависимости между клиничко-демографическими показателями, тяжестью течения, функциональным классом и фенотипами ХСН не выявлено.

Умедова Ш.С., Сироджов С.М., Сайфуллаева Л.Ф.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Оценить распространенность морфологических изменений сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на основании эхокардиографических данных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни пациентов с ХСН с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $53 \pm 11\%$, которые находились на стационарном лечении в отделении кардиологии МК «Истиклол». Средний возраст больных составил 76 ± 12 лет. Был проведен анализ следующих параметров ЭхоКГ: размеры камер сердца, толщина стенок ЛЖ, систолическая и диастолическая функции, наличие клапанных регургитаций, изменения аорты и перикарда. Распространенность морфологических изменений рассчитана в абсолютных числах и процентах.

Результаты исследования. ЭхоКГ-исследование выявило у пациентов широкий спектр морфологических изменений сердечной структуры. ФВ варьировала от 42% до 62%, что соответствовало СНсФВ и СНунФВ фенотипам ХСН. Дилатация левых камер сердца наблюдалась у 9 пациентов (27%): дилатация левого предсердия диагностирована у 6 пациентов (18%), при этом гипертрофия стенок ЛЖ (ГЛЖ) - у 29 пациентов (82%), что делало её наиболее частым морфологическим изменением в группе. Снижение систолической функции ЛЖ регистрировалось у 9 пациентов (27%), тогда как нарушение диастолической функции ЛЖ I-II типа встречалось у 19 пациентов (55%), что отражает ее значительное влияние на клиническое состояние пациентов с сохраненной ФВ.

Клапанные изменения выявлялись у большинства обследованных и как правило, имели изолированный характер: дефект аортального клапана был зафиксирован у 3 пациентов (9%), уплотнение корня и клапана аорты - у 19 пациентов (55%), митральная регургитация отмечалась у 16 пациентов (45%), аортальная регургитация наблюдалась у аналогичного числа пациентов. Реже встречалось сочетанное поражение аортального, митрального и трикуспидального клапанов - у 3 пациентов (9%).

Дополнительно ЭХОКГ – исследование выявило: гидроперикард и легочная гипертензия - в 9% случаях, дилатация восходящей части аорты у 3%.

Вывод. По результатам анализа ЭХОКГ пациенты с ХСН с сохранённой и промежуточной ФВ имеют высокую вариабельность морфологических изменений, которые не обусловлены величиной ФВ, но могут увеличить частоту развития осложнений.

Умедова Ш.С., Сироджов С.М., Сайфуллаева Л.Ф.

ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Изучить клинико-демографические особенности у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохранённой и промежуточной фракциями выброса.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 11 стационарных пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение МЦ “Истиклол” с диагнозом ХСН, включившее анализ клинико-демографических показателей, функционального класса сердечной недостаточности и показателя фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 77 ± 15 лет, что свидетельствует о преобладании лиц пожилого и старческого возраста среди пациентов с ХСН. В исследуемой группе наблюдалось отсутствие выраженных гендерных различий - распределение по полу составило 6 мужчин (54,5%) и 5 женщин (45,5%). При оценке тяжести состояния на момент госпитализации установлено, что большинство пациентов поступали в стационар в состоянии средней тяжести — 9 пациентов (81,8%). В то же время 2 пациента (18,2%) были в тяжёлом состоянии, что было обусловлено развитием осложнений сердечной недостаточности - отеком легких и тромбоэмболией легочной артерии. Оценка функционального состояния пациентов проводилась в соответствии с классификацией NYHA. В результате анализа установлено, что у большинства пациентов диагностирован II функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности, который был выявлен у 7 пациентов (63,6%). У оставшихся 4 пациентов (36,4%) определялся III ФК, что соответствует более выраженному ограничению физической активности и тяжёлом клиническом течении заболевания. При сопоставлении возраста исследуемых с функциональным классом сердечной недостаточности достоверной взаимосвязи выявлено не было. Это может свидетельствовать о том, что тяжесть клинического состояния при ХСН определяется не только возрастом, но и рядом других факторов, включая сопутствующие заболевания и особенности течения. При анализе показателей систолической функции левого желудочка по данным ЭхоКГ-исследования было установлено, что у 8 пациентов (72,7%) наблюдалась сердечная недостаточность с сохранённой фракцией выброса (СНсФВ). Данный вариант характеризуется сложным патогенезом, связанным преимущественно с нарушением диастолической функции миокарда. В то же время у 3 пациентов (27,3%) выявлена сердечная недостаточность с умеренно сниженной (промежуточной) фракцией выброса (СНунФВ/СНпФВ).

Выводы. При анализе полученных данных, четкой зависимости между клинико-демографическими показателями, тяжестью течения, функциональным классом и фенотипами ХСН не выявлено.

Унаев М.Р., Попкова В.А., Ширяев Г.О.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА ПРИ ВИЧ/ТБ КОИНФЕКЦИИ В УДМУРТИИ (2022-2025 ГГ.).

Кафедра фтизиатрии ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ МЗ УР». Ижевск. Россия
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Афанасьев Е.И.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные и социальные особенности туберкулезного менингита у пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ и оценить исходы заболевания.

Материал и методы. Проведено ретроспективное сплошное когортное исследование на базе Республиканской клинической туберкулёзной больницы г. Ижевска за период 2022–2025 гг. В исследование включены 43 пациента с подтверждённой коинфекцией ВИЧ/туберкулёз и клиническими признаками менингита или менингоэнцефалита. Анализировались медико-демографические характеристики, клинические данные, лабораторно-диагностические показатели, лекарственная устойчивость возбудителя и исходы заболевания. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. В исследование включены 43 пациента, среди которых преобладали мужчины (74,4 %), медианный возраст составил 34 года. У большинства пациентов отмечались выраженные социальные факторы риска: злоупотребление алкоголем, курение и употребление психоактивных веществ (53,5 %), пребывание в местах лишения свободы в анамнезе (34,9 %). У всех пациентов диагностирована ВИЧ-инфекция в поздней стадии (4Б–4В) с выраженным иммунодефицитом (медиана CD4+ –70 кл/мкл). В структуре клинических форм туберкулёза преобладали генерализованные и диссеминированные формы (55,8 %). Менингеальные симптомы выявлялись у 62,8 % пациентов. Микробиологическая верификация возбудителя в ликворе достигнута лишь в 7,0 % случаев. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза характеризовалась высо-

кой долей резистентных форм: множественная лекарственная устойчивость выявлена в 14,0 %, широкая лекарственная устойчивость – в 58,1 % пациентов. Приверженность к противотуберкулёзной терапии наблюдалась у 41,9 % пациентов. Летальный исход зарегистрирован в 65,1 % случаев.

Выводы. Туберкулёзный менингит у пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ характеризуется тяжёлым течением, выраженным иммунодефицитом, высокой распространённостью лекарственно-устойчивых форм туберкулёза и низкой приверженностью к терапии. Заболевание сопровождается значительной летальностью и трудностями микробиологической верификации. Полученные данные подчёркивают необходимость ранней диагностики, расширения применения молекулярно-генетических методов исследования ликвора и своевременного назначения антиретровирусной терапии для улучшения исходов заболевания.

Уралбаева Чарос

ПРИЧИНЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра Терапевтических предметов Университета Зармед Узбекистан.

Научный руководитель - ассистент Ташинова Л.Х.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения истинной резистентной артериальной гипертензии у больных и причины неконтролируемого артериального давления.

Материал и методы. Данное исследование является проспективным исследованием. В работу включались пациенты старше 21 лет с неконтролируемой артериальной гипертензией, получающих 3 и более антигипертензивных препарата. Критериями исключения являлись беременность, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность. Резистентная артериальная гипертензия определялась как стабильное повышение АД выше 140/90 мм рт. ст., несмотря на проводимую терапию тремя и более антигипертензивными препаратами, включающими в себя тиазидный или тиазидоподобный диуретик. Всем исследуемым выполнялись общеклинический и биохимический анализы крови, эхокардиография, регистрировалась электрокардиограмма, проводилось суточное мониторирование артериального давления. У пациентов, у которых, несмотря на стандартную трехкомпонентную схему лечения, достичь целевых цифр АД не удавалось, исключалась вторичная АГ: в крови исследовался уровень альдостерона/ренина для исключения первичного гиперальдостеронизма (ПГА), использовался Эпвортский шкала опросник для исключения синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС).

Результаты исследования. Были проанализированы данные 43 пациентов: 23 женщины (53,4 %), 21 мужчины (48,8%). Наиболее частой сопутствующей патологией было ожирение ($ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$), выявленное у 21% больных. Следует отметить, что в группе больных, у которых трехкомпонентная терапия не позволяла достичь целевых цифр АД. Среди больных с истинной резистентной АГ (РАГ) ожирение было выявлено у 4 из 6 пациентов (67%). Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями, помимо ожирения, также являлись фибрилляция предсердий (22%), сахарный диабет (18%). Среди всех пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией у 6 из 43 (13,9%) наблюдалась истинная РАГ, у 4 из 43 (9,3%) выявлена вторичная АГ, у 3 из 43 пациентов (7,4%) удалось достичь целевых цифр АД после назначения стандартной трехкомпонентной терапии (блокатор РААС+тиазидный диуретик+блокатор кальциевых каналов). У большинства исследуемых больных (21 пациент, 48,8%) отмечалось ожирение, что может свидетельствовать о прямой связи между этими состояниями.

Выводы. При верном назначении антигипертензивной терапии у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией в большинстве случаев удается достичь нормализации АД. Низкая выявляемость вторичной артериальной гипертензии может привести к «псевдорезистентности» и неэффективному лечению. Частота встречаемости истинной резистентной артериальной гипертензии у пациентов с неконтролируемой АГ – нечастое явление, однако диагностика и лечение этого состояния остаются весьма затруднительными. Ожирение оказывает прямое патологическое влияние на стойкость артериального давления, являясь ведущей причиной развития хронической гипертонии. Каждый лишний килограмм увеличивает давление примерно на мм рт. ст., при этом висцеральный жир вызывает гормональные нарушения, задержку натрия и активацию симпатической системы. Это приводит к опасной стойкой гипертензии. Из-за чего контроль ИМТ является важным компонентом лечения стойкой артериальной гипертензии.

Утаганов А.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.

Кафедра Терапевтических предметов Университета Зармед Узбекистан.

Научный руководитель - ассистент Ташинова Л.Х.

Цель исследования. Изучение негативного влияния на больных с артериальной гипертензией (АГ) нарушение ритма сердца. АГ и фибрилляция предсердий (ФП) являются двумя важными проблемами общественного здравоохранения и часто сочетаются у одного и того же пациента. АГ в конечном итоге увеличивает риск ФП вследствие некоторых патогенетических механизмов, лежащих в основе более высокого риска ФП у пациентов с АГ. АГ является одной из основных причин процесса ремоделирования у этих больных и вносит существенный вклад в развитие структурных изменений сердца.

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациент с артериальной гипертензией (АГ) и клапанной пароксизмальной/персистирующей ФП (первая группа). В качестве контрольной группы были обследованы 25 пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), но не с артериальной гипертензией (АГ) (вторая группа). База данных, состоящая из показателей, характеризующих клиническое, гемодинамическое и струк-

турно-функциональное состояние сердца, была проанализирована с помощью функциональных и лабораторных исследований.

Результаты исследования. Полученные результаты показали, что в первой группе пациенты были значительно старше, чем во второй группе (71,6±7,4 и 61,6±6,4 года соответственно, $p=0,05$). При сравнении средних значений интервалов QRS, QT по данным ЭКГ увеличение интервала QT было у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), в среднем $0,08\pm0,08$ мсек, по сравнению больных без АГ в среднем $0,04\pm0,01$ мсек и $0,05\pm0,01$ мсек соответственно ($p=0,05$).

У пациентов с артериальной гипертензией (АГ) было тесно ассоциировано с высокой холестеринемией, а у пациентов без артериальной гипертензией (АГ) с низкой холестеринемией. Сочетание фибрилляции предсердий (ФП) с артериальной гипертензией (АГ) и высокой холестеринемией значительно ухудшило прогноз, развитие инсульта, сердечной недостаточности и сердечно-сосудистой смерти.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии прямых ассоциаций между артериальной гипертензией, высокой холестеринемией и выраженным атеросклерозом коронарных артерий, а также неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом. Гипертония и гипертрофия левого желудочка, вызванные гипертонией, являются основными факторами риска фибрилляции предсердий. Сочетание фибрилляции предсердий (ФП) с артериальной гипертензией (АГ) значительно ухудшает прогноз, повышая риск инсульта, сердечной недостаточности и смертности.

Файзиева А.З.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Описать опыт создания и функционирования центра «Инсайт» как инновационной модели комплексной помощи в Таджикистане. В условиях отсутствия специализированных центров нейрореабилитации данный опыт представляет значительный научный и практический интерес для развития системы помощи в Центральной Азии.

Материал и методы. Комплексный анализ организационной модели и результатов за 2024–2026 гг.: структура обращений ($n=153$, 238 визитов), диагностический спектр (МКБ-10), спектр услуг (психиатрия, психология, логопедия, дефектология, БОС, БАК, магнитотерапия, тВНС, ЛФК, массаж), кадры (35 специалистов), система управления качеством. Описательная статистика, анализ документации, опрос пациентов/родителей.

Результаты исследования. 153 пациента: 65% дети ($n=100$), 35% взрослые ($n=53$). Пол: 62% М, 38% Ж. Возраст: 1–49 лет (средний 14,1). Диагнозы: РАС (F84.0) – 46,4% ($n=71$), депрессия (F32) – 12,4%, тревожные (F41, F93) – 12,4%, СДВГ (F90.0) – 9,8%, УО (F70–F71) – 6,5%, речевые (F80) – 3,9%, шизофрения (F20) – 3,3%, прочие – 5,3%. Положительная динамика: РАС – 76%, СДВГ – 72%, тревожные – 81%, депрессия – 74%. Среднее количество методов на пациента – 4,2.

Выводы. Центр «Инсайт» демонстрирует успешную модель комплексной реабилитационной помощи, объединяющей аппаратные методы нейромодуляции с доказательными коррекционными подходами. Высокая эффективность подтверждает ценность мультидисциплинарного подхода. Модель рекомендуется к масштабированию.

Файзишева А.З., Миршарофов М.М.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МОНИТОРИНГЕ ПРОГРЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр ментального здоровья «Инсайт», г. Душанбе, Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Умарова М.Ф.

Цель исследования. Оценить эффективность цифровых инструментов мониторинга для отслеживания прогресса реабилитации при РАС и повышения качества клинического наблюдения. Бумажное документирование характеризуется низкой полнотой и затрудняет анализ динамики. Цифровизация может улучшить исходы за счёт своевременного выявления изменений.

Материал и методы. Разработана цифровая система: электронные карты с интегрированными шкалами (АТЕС, CARS, CGI, ABC), электронные дневники для родителей (мобильное приложение: сон, аппетит, настроение, поведение, речь, стереотипии), система автоматического анализа с визуализацией и алертами. Апробация: 50 семей (дети с РАС, средний возраст $5,8\pm2,1$), 4 месяца. Оценка: полнота документирования, точность динамики, удовлетворённость, влияние на решения.

Результаты исследования. Полнота документирования: с 54,3% до 87,2% ($p<0,001$). Электронный дневник вели 78% родителей (39/50) ≥ 5 раз/неделю (бумажный – 31%). Записей/месяц: 22,4 против 8,7. Автоматический анализ выявил замедление прогресса на 2–3 недели раньше специалиста в 42% случаев (21/50), что позволило скорректировать программу. Совпадение автоматической и экспертной оценки: 84,6%. Алерты: 34 за 4 месяца, в 82% потребовалось вмешательство. Удовлетворённость: родители 8,2/10 ($n=50$), специалисты 8,7/10 ($n=18$).

Выводы. Цифровые технологии значимо улучшают документирование, вовлечённость родителей и оперативность клинических решений. Раннее выявление изменений позволяет своевременно корректировать реабилитацию. Рекомендуется масштабирование в центрах Таджикистана.

Файзуллоев М.А., Сафаров Ш.А., Али-заде Н.А.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить особенности обменных нарушений у детей с псориазом с учетом показателей массы тела, липидного спектра крови и критериев метаболического синдрома.

Материал и методы. Обследовано 142 ребенка с различными клиническими формами псориаза в возрасте 7–17 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей. Проводилась оценка физического развития с расчетом индекса массы тела (ИМТ) по стандартам ВОЗ. Исследовали показатели липидного спектра крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды), индекс атерогенности, уровень глюкозы крови и артериального давления. Диагностика компонентов метаболического синдрома проводилась согласно критериям Zimmet P. (2007) для детей и подростков.

Результаты исследования. При анализе показателей ИМТ установлено, что с возрастом у детей отмечается тенденция к увеличению массы тела. В группах 7–11 и 12–14 лет значимых различий роста между мальчиками и девочками не выявлено, однако в возрасте 15–17 лет мальчики в среднем были выше девочек на 8 см. Масса тела в младших возрастных группах практически не различалась между полами, тогда как в подростковом возрасте отмечалась тенденция к её увеличению у девочек.

Изучение связи массы тела с клиническими формами псориаза показало, что при легких формах заболевания чаще наблюдалась нормальная масса тела. Так, при каплевидном псориазе нормальная масса тела встречалась в 2,4 раза чаще, чем избыточная. При более тяжелых формах дерматоза (экссудативной и бляшечной) значительно чаще выявлялась избыточная масса тела: при экссудативной форме — в 3 раза чаще, чем нормальная. Полученные данные указывают на возможную роль метаболических факторов в формировании более тяжелого течения псориаза.

Исследование липидного спектра крови выявило атерогенные изменения, наиболее выраженные при экссудативной и бляшечной формах псориаза. У этих пациентов отмечалось повышение общего холестерина (до $4,04 \pm 1,2$ и $4,07 \pm 0,3$ ммоль/л), снижение уровня липопротеидов высокой плотности (до $0,87 \pm 0,01$ и $0,91 \pm 0,01$ ммоль/л) и повышение липопротеидов низкой плотности (до $3,21 \pm 1,2$ и $3,12 \pm 0,2$ ммоль/л), что сопровождалось увеличением индекса атерогенности (до $4,25 \pm 1,2$ и $4,31 \pm 1,2$). Пограничные показатели липидограммы выявлялись у 55,0% детей, что в 1,2 раза чаще допустимых значений. С возрастом частота метаболических нарушений увеличивалась: если в группе 7–11 лет допустимые показатели наблюдались у 90,5% детей, то в возрасте 12–14 лет доля пациентов с пограничным уровнем липидов составляла 46,3%, а в группе 15–17 лет — 55,2%.

Признаки метаболического синдрома выявлены у 45,1% детей, преимущественно у подростков 15–17 лет. Наиболее частыми компонентами являлись гипертриглицеридемия и снижение уровня ЛПВП. Один критерий метаболического синдрома наблюдался у 6,3% пациентов, сочетание двух критериев — у 25,4%, а комбинация трех критериев — у 13,4% детей.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что у детей с псориазом метаболические нарушения проявляются изменениями массы тела, атерогенными нарушениями липидного обмена и увеличением частоты компонентов метаболического синдрома с возрастом.

Фетисов И.С., Пахомов Н.А., Князева А.К.

ФАКТОРЫ РИСКА НПВП-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

кафедра внутренней медицины ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России,
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ребров Б.А.

Цель исследования. Обнаружение НПВП-гастропатии (ГП) у больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от факторов риска (ФР).

Материал и методы. Обследовано 97 пациентов с РА, в условиях ГБУЗ «Луганская республиканская клиническая больница с диагнозом РА, принимающих НПВП. Больным было проведено анкетирование с определением ФР: возраст ≥ 65 лет, курение, наличие пептической язвы и осложнений, желудочно-кишечных кровотечений в анамнезе, одновременный приём с системными кортикостероидами, антитромботическими препаратами и наличие инфекции *Helicobacter pylori*. Для оценки вероятности обнаружения ГП у больных с РА, до проведения ЭГДС, было предпринято вычисление отношения шансов (ОШ) с определением доверительного интервала (ДИ).

Результаты исследования. Число больных РА не имеющих ФР составило 7 чел. или 7,2% от общего числа обследованных и у этих больных ГП была выявлена у 5 пациентов (5,2% от общего числа больных и 71,4% от числа больных в группе). Среди пациентов, имеющих ≥ 1 ФР, ГП выявлена у 73 из 90 пациентов (81,1 %), но разница с группой, не имевшей ФР, оказалась статистически незначимой ($\chi^2 = 0,39$, $p > 0,05$; ОШ (95 % ДИ) = 1,718 (0,307 - 9,618)). В группе пациентов, имеющих ≥ 2 ФР, ГП выявлена у 70 из 83 пациентов (84,3 %), при этом разница с группой, имевшей ≤ 1 ФР, оказалась достоверной и значимой ($\chi^2 = 5,62$, $p < 0,05$; ОШ (95 % ДИ) = 4,038 (1,201 - 13,581)). У пациентов, имеющих ≥ 3 ФР, ГП выявлена у 58 из 65 пациентов (89,2 %), при этом разница с группой, имевшей ≤ 2 ФР, оказалась достоверной и значимой ($\chi^2 = 9,73$, $p < 0,05$; ОШ (95 % ДИ) = 4,971 (1,719 - 14,374)). Расчёт ОШ с 95 % ДИ показал, что отсутствие ФР по данным анкетирования с вероятностью более 90 %, исключает наличие ГП у пациента.

Выводы. Наличие двух и более факторов риска ГП у больных с РА, с вероятностью $>84\%$ предполагает развитие ГП с и требует проведения лечебно-профилактических мероприятий независимо от объективных

данных и данных ЭГДС, если она проводится. Увеличение числа ФР, повышает вероятность развития ГП и при наличии ≥ 3 ФР достигает 89,2 %.

Фирузаи И., Асилова Н.Г., Курбонова М.Н.
МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганизода М.Т.

Цель исследования. Проанализировать клинические и нейровизуализационные особенности ишемического инсульта у пациента молодого возраста.

Материал и методы. Представлен клинический случай пациента, 1988 года рождения, поступившего с острым нарушением мозгового кровообращения. За два дня до развития инсульта пациент перенёс транзиторную ишемическую атаку. Проводилось клиничко-неврологическое обследование, магнитно-резонансная томография головного мозга с оценкой локализации и распространённости ишемических очагов, а также динамическое наблюдение за неврологическим статусом в остром периоде заболевания.

Результаты исследования. По данным МРТ выявлены ишемические очаги в левой теменно-затылочной области, соответствующие поражению вертебробазиллярной системы и бассейна средней мозговой артерии, а также дополнительные очаги в области таламуса и моста. Клиническая картина характеризовалась развитием правостороннего гемипареза, гиперкинезов, синдрома «таламической руки», диплопии на правый глаз, что отражало поражение как корково-подкорковых, так и стволовых структур. Наличие множественных очагов ишемии в различных сосудистых бассейнах на фоне краткого интервала между ТИА и инсультом указывало на высокий риск раннего повторного цереброваскулярного события и системный характер церебральной ишемии.

Выводы. Ишемический инсульт у пациентов молодого возраста может характеризоваться мультифокальным поражением головного мозга с вовлечением нескольких сосудистых бассейнов и быстрым прогрессированием после транзиторной ишемической атаки. Клиническое сочетание таламического синдрома, гиперкинезов, глазодвигательных нарушений и пирамидной симптоматики отражает сложную топоику поражения и требует тщательного клиничко-радиологического анализа. Ранняя идентификация пациентов высокого риска после ТИА имеет ключевое значение для своевременного начала вторичной профилактики и предупреждения повторных ишемических событий.

Фирузи М., Нуралиев Н.М., Саидов П.А.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ГИЙЕНА–БАРРЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН: ЧАСТОТА, ТРИГГЕРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости, клинические проявления и триггерные факторы синдрома Гийена–Барре в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Проведено ретроспективное клиничко-статистическое исследование 74 пациентов с установленным диагнозом синдрома Гийена–Барре, госпитализированных в неврологические отделения г. Душанбе в период с 2020 по 2025 гг. Дополнительно проанализированы данные открытых статистических отчётов Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, а также сведения архива ГУ «Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы» о летальных исходах, связанных с острыми воспалительными полирадикулонейропатиями.

Возраст пациентов варьировал от 19 до 72 лет, средний возраст составил 42 ± 14 лет. Среди обследованных 45 пациентов (61%) составляли мужчины, 29 (39%) — женщины. Диагноз устанавливался на основании клинической картины заболевания (восходящий вялый тетрапарез, арефлексия), результатов электронейромиографии и выявления белково-клеточной диссоциации в ликворе.

В исследовании учитывались сезонность заболевания, наличие предшествующей инфекции, клиничко-электрофизиологическая форма поражения (демиелинизирующая или аксональная), скорость прогрессирования неврологического дефицита, вовлечение черепных нервов, необходимость проведения искусственной вентилиации лёгких, длительность госпитализации и исход заболевания.

Результаты исследования. Средняя ежегодная частота госпитализаций по поводу синдрома Гийена–Барре составила 12–15 случаев, с пиком заболеваемости в весенне-летний период (54%), что совпадало с ростом числа кишечных инфекций. Предшествующая инфекция была выявлена у 61 пациента (82%): острые респираторные инфекции — 43%, диарейный синдром — 31%, COVID-19 — 8%, другие инфекции — 6%.

Демиелинизирующая форма заболевания диагностирована у 58 пациентов (78%), аксональная — у 16 (22%). Дыхательная недостаточность с необходимостью перевода на ИВЛ развилась у 14 пациентов (19%), преимущественно у тех, кто имел быстрое прогрессирование мышечной слабости и бульбарные расстройства. Поражение черепных нервов наблюдалось у 27% пациентов. Средняя длительность госпитализации составила $18 \pm$ дней. По данным Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы, за период наблюдения зарегистрировано 3 летальных исхода (4%), обусловленных дыхательной недостаточностью и тяжёлыми вегетативными осложнениями. Корреляционный анализ выявил положительную связь между скоростью прогрессирования неврологического дефицита и риском дыхательной недостаточности.

Выводы. Синдром Гийена–Барре чаще выявляется у взрослых мужчин и преимущественно развивается после перенесённых респираторных или кишечных инфекций. Быстрое нарастание мышечной слабости и

бульбарные расстройства являются признаками высокого риска осложнений. Заболевание требует своевременной диагностики, раннего начала терапии и постоянного контроля функции дыхания для снижения вероятности тяжёлых исходов.

Халимова К.Б.

ВЛИЯНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Кафедра Неврологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан
Научный руководитель - DSc, доцент Шомуродова Д.С.

Цель исследования. Цель данного исследования заключается в анализе влияния современных технологий, таких как социальные сети и мобильные устройства, на когнитивные функции студентов. Исследование направлено на выявление как позитивных, так и негативных последствий использования технологий для внимания, памяти и других когнитивных процессов.

Материал и методы. В исследовании участвовали 200 студентов (60% женщин, 40% мужчин) Самаркандского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 25 лет. Использовались опросники о времени, проведенном в соцсетях и на мобильных устройствах, и самооценке когнитивных способностей. Применялись шкала самооценки когнитивной активности (SSCA) для оценки внимания, памяти и креативности, шкала зависимости от технологий (SUT) для измерения зависимости от соцсетей и мобильных приложений, а также когнитивные тесты на запоминание, внимание (тест Струпа) и креативность. Для анализа данных применялись корреляционный и регрессионный анализ, а также t-тест для сравнения групп.

Результаты исследования. Студенты были разделены на две группы в зависимости от времени, проводимого в социальных сетях: 75% участников провели более 4 часов в день (группа с высокой вовлеченностью), тогда как 25% ограничивались временем до 4 часов (группа с умеренной вовлеченностью). Интересно, что 65% опрошенных отметили, что социальные сети помогают им улучшить доступ к информации. Однако, с другой стороны, 58% студентов заявили о трудностях с концентрацией, что может свидетельствовать о негативном воздействии технологий на их внимание и благополучие. Исследование когнитивных функций проводилось с использованием шкалы самооценки когнитивной активности (SSCA) и тестов на память и внимание. Результаты показали, что студенты с высокой зависимостью от технологий (балл выше 20 по SSCA) демонстрируют уровень внимания на 15% ниже, чем у студентов с умеренной зависимостью от технологий (балл ниже 10) ($p < 0.05$). В тестах на память наблюдения также были тревожными: студенты с высокой зависимостью запомнили на 20% меньше слов (медиана 5 слов), по сравнению с теми, кто использует технологии умеренно (медиана 7 слов) ($p < 0.01$). Кроме того, результаты тестов на креативность показали, что студенты с высокой зависимостью от технологий генерируют на 25% меньше идей, что также оказалось статистически значимым ($p < 0.05$). Эти данные подчеркивают важность поиска баланса в использовании технологий, чтобы предотвратить ухудшение когнитивных и креативных способностей молодежи.

Выводы. Результаты исследования показывают, что современные технологии, особенно социальные сети и мобильные приложения, существенно влияют на когнитивные функции студентов. Высокий уровень зависимости от технологий связан с ухудшением внимания, памяти и креативности. Время, проведенное в социальных сетях, негативно сказывается на способностях студентов, что подчеркивает важность сбалансированного использования цифровых технологий в обучении. Необходимы стратегии для снижения негативного влияния технологий на студентов.

Халимова Ф.У.

НАРУШЕНИЕ СНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Кафедра Неврологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан
Научный руководитель - DSc, доцент Шомуродова Д.С.

Цель исследования. Изучить влияние нарушений сна на состояние нервной системы у студентов, выявить корреляцию между качеством сна и проявлениями психоэмоциональных расстройств.

Материал и методы. Исследование проводилось на выборке из 100 студентов первого курса, для которых были собраны данные по нескольким ключевым аспектам: продолжительность и качество сна, использование электронных устройств перед сном и уровень тревожности/депрессии. Для оценки качества сна использовалась анкета Питтсбургского опросника о качестве сна (PSQI), а для оценки состояния нервной системы и уровня тревожности применялся опросник ГАМС (GADS) и шкала депрессии Бека (BDI). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS, где применялись методы описательной статистики и корреляционного анализа (Коэффициент Пирсона).

Результаты исследования. Студенты разделялись на две группы в зависимости от времени, проведенного за электронными устройствами перед сном: I группа (Длительное использование): 75% студентов, проводящих более 2 часов за экранами перед сном; II группа (Ограниченное использование): 25% студентов, использующих электронные устройства менее 1 часа перед сном. Согласно данным, большинство студентов из первой группы сообщали о: низком качестве сна (средний балл по PSQI = 8.5, при норме < 5); частых трудностях с засыпанием (76% студентов этой группы борются с бессонницей). По результатам Питтсбургского опросника о качестве сна (PSQI): средний балл для всей выборки составил 6.6, указывая на умеренные нарушения; у студентов из I группы средний балл составил 8.5, что подтверждает значительно более серьезные проблемы со сном по сравнению со II группой, где средний балл составил 3.7; Корреляционный анализ показал, что существует сильная обратная связь между количеством часов сна и уровнем использования электронных устройств ($r =$

0.67, $p < 0.01$). Уровни тревожности и депрессии оценивались с помощью шкал GADS и BDI: I группа: средний балл по шкале тревожности (GADS) составил 17.2 (средний уровень тревожности); средний балл по шкале депрессии (BDI) составил 14.8 (умеренная депрессия). II группа: средний балл по шкале тревожности (GADS) составил 9.6 (низкий уровень тревожности); средний балл по шкале депрессии (BDI) составил 5.4 (лёгкая депрессия). Корреляционный анализ также показал, что уровень тревожности (GADS) положительно коррелирует с количеством проведённого времени за экранами перед сном ($r = 0.62$, $p < 0.01$) и уровнем депрессии (BDI) ($r = 0.58$, $p < 0.01$).

Выводы. Сон очень важен для организма, так как он восстанавливает нервную систему, очищая мозг от токсинов, регулирует эмоциональный и гормональный фон, укрепляет нейронные связи и снижает уровень стресса. Данные свидетельствуют о том, что для оказания влияния на качество жизни молодёжи необходимо внедрение образовательных программ по правильному использованию технологий и их воздействию на психическое здоровье. Также результаты подчёркивают важность формирования здоровых привычек, связанных со сном, включая ограничение использования электронных устройств за час до сна. Предложенные меры могут значительно улучшить общее состояние здоровья студентов и способствовать формированию более здорового образа жизни в будущем.

Хаитов Ш.Р., Субхонова Г.С., Тоирзода Ф.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан Научный руководитель - старший преподаватель Субхонова З.И.

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения, лабораторных показателей и исходов внебольничной пневмонии средней степени тяжести.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование 40 историй болезней пациентов с диагнозом внебольничной пневмонии средней степени тяжести, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2023 – 2025г. Все больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 20 пациентов молодого возраста (18 – 44 года), во вторую – 20 пожилого (60 – 70 лет). Все больные получали патогенетическую и симптоматическую терапию по необходимости.

Результаты исследования. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, результатов лабораторных исследований и рентгенографий легких. Оценивали выраженность интоксикационного синдрома, температурную реакцию, частоту дыхательных движений (ЧДД), уровень лейкоцитоза, С-реактивного белка (СРБ), продолжительность госпитализации и исход заболевания. В первой группе лихорадка выше 38,5 градусов отмечалась у 17 (85%) пациентов, тогда как во второй – у 11 (55%). Одышка (ЧДД выше 22/мин) наблюдалась у 40% молодых пациентов и 75% пожилых. Лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$ регистрировался у 80% больных первой группы и у 60% второй группы. Повышение СРБ более 30 мг/л выявлено у 70% молодых и у 85% пожилых пациентов. Средняя длительность госпитализации составила 8 к/дней у молодых и 12 к/дней у пожилых. Осложнения (дыхательная недостаточность второй степени, плеврит) развились у 10% пациентов первой группы и у 35% второй группы.

Выводы. В пожилом возрасте внебольничная пневмония характеризуется менее выраженной гипертермией и более частым развитием дыхательной недостаточности. У пациентов старшей возрастной группы чаще регистрируются высокие уровни воспалительных маркеров и осложненное течение. Продолжительность госпитализации у пожилых пациентов достоверно выше. Возраст является неблагоприятным прогностическим фактором течения внебольничной пневмонии.

Хайруллозода В.М., Давлатишозода Д.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МРТ-ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан. Научный руководитель - Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Оценить по данным МРТ влияние пола, возраста, локализации, степени остеохондроза, дискогенной патологии и искривлений на клиническую картину дегенеративных изменений позвоночника.

Материал и методы. В исследование были включены 110 пациентов с диагнозом остеохондроз позвоночника. Проводилась МРТ-оценка для определения локализации и степени дегенерации, наличия грыж и протрузий, а также искривлений позвоночника.

Среди обследованных было 52 мужчины (47,2%) и 58 женщин (52,7%). Возрастное распределение пациентов следующее: 39 человек (35,4%) были моложе 35 лет, 33 человека (30%) — в возрасте от 36 до 50 лет, и 38 человек (34,5%) — 51 года и старше. Наиболее часто остеохондроз поражал поясничный отдел, что наблюдалось у 67 пациентов (60,9%). Шейный отдел был затронут у 38 человек (34,5%), а грудной — у 5 человек (4,5%).

Результаты исследования. При МРТ-оценке дискогенной патологии было выявлено, что у 15 пациентов наблюдалась только грыжа, у 47 — только протрузия, а у 40 — сочетание грыжи и протрузии. У 8 пациентов дискогенные изменения отсутствовали. Детальное распределение по отделам позвоночника показало: в шейном отделе 11 пациентов имели только грыжу, 15 — только протрузию, 9 — сочетание грыжи и протрузии, и 3 — без изменений. В грудном отделе 3 пациента имели сочетание грыжи и протрузии, 3 — без изменений. Случаев только грыжи или только протрузии в грудном отделе не было. В поясничном отделе 4 пациента с только грыжей, 32 — с только протрузией, 29 — с сочетанием грыжи и протрузии, и 2 — без изменений.

По степени остеохондроза пациенты распределились следующим образом: у 21 человека диагностирована начальная степень, у 52 — умеренная, и у 33 — выраженная степень. В шейном отделе 10 пациентов имели начальную степень, 18 — умеренную, 10 — выраженную. В грудном отделе 1 пациент с начальной степенью, 3 — с умеренной, 1 — с выраженной. В поясничном отделе 13 пациентов с начальной степенью, 32 — с умеренной, 22 — с выраженной.

Среди искривлений позвоночника преобладали левосторонние искривления, выявленные у 62 пациентов. Правосторонние искривления были у 13 человек, а S-образные — у 5. В шейном отделе было 5 правосторонних искривлений и 23 левосторонних. В грудном отделе — 1 правостороннее и 3 S-образных искривления. В поясничном отделе — 7 правосторонних, 39 левосторонних и 2 S-образных искривления.

Поясничная локализация остеохондроза оказалась преобладающей (60,9% случаев), при этом пол пациентов не оказывал значимого влияния на местоположение заболевания. Отмечено, что возраст 51 год и старше был связан со снижением вероятности поясничной локализации остеохондроза. Дискогенные изменения были широко представлены: протрузии выявлены у 42,7% пациентов, а грыжи — у 50% пациентов. Наиболее часто встречалась умеренная степень остеохондроза (47,3%). Среди искривлений позвоночника левосторонние наблюдались в большинстве случаев (56,4%), и была выявлена статистически значимая связь между отделом позвоночника и типом искривления. Пол не влиял на локализацию остеохондроза. Возраст 51 года и старше ассоциировался со снижением вероятности поясничной локализации заболевания.

Была установлена статистически значимая связь между локализацией остеохондроза и типом дискогенной патологии. В шейном отделе грыжи, протрузии и их сочетание были представлены у 11, 15 и 9 пациентов соответственно, у 3 пациентов изменений не было. В грудном отделе отмечалось сочетание грыжи и протрузии у 3 пациентов, и у 2 пациентов изменений не было. Отдельные грыжи или протрузии в грудном отделе не регистрировались. В поясничном отделе грыжи выявлены у 4 пациентов, протрузии — у 32, а сочетание грыжи и протрузии — у 29. У 2 пациентов дискогенных изменений не обнаружено. Распределение по степени остеохондроза зависело от отдела позвоночника. В шейном отделе начальная степень наблюдалась у 10 пациентов, умеренная — у 18, выраженная — у 10. В грудном отделе соответственно: 1 пациент с начальной степенью, 3 — с умеренной, 1 — с выраженной. Для поясничного отдела: 13 пациентов с начальной степенью, 32 — с умеренной, 22 — с выраженной.

Выводы.

1. Остеохондроз позвоночника чаще всего локализуется в поясничном отделе, причем эта тенденция не зависит от пола пациентов.
2. Возраст пациентов оказывает влияние на локализацию остеохондроза: у лиц старше 51 года вероятность поражения поясничного отдела снижается.
3. Дискогенные изменения, такие как грыжи и протрузии, широко распространены среди пациентов с остеохондрозом, при этом сочетание грыж и протрузий чаще встречается в поясничном отделе.
4. Наиболее частой степенью остеохондроза является умеренная.
5. Левосторонние искривления позвоночника являются наиболее распространенными и имеют статистически значимую связь с отделом позвоночника.

Хайырова У.О., Байжанова М.О

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ОСЛОЖНЁННЫХ СЕПСИСОМ

Кафедра инфекционных болезней и фтизиатики, НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан
Научный руководитель: **Бейсенова Г.Р.**

Цель исследования. По данным официальной статистики здравоохранения Республики Казахстан, сепсис и септические осложнения остаются одной из ведущих причин летальности среди пациентов с инфекционной патологией, занимая значимое место в структуре госпитальной смертности. В Карагандинской области за последние годы отмечается устойчивый рост частоты тяжёлых инфекционных заболеваний, сопровождающихся развитием системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности. В условиях поздней клинической манифестации сепсиса особую значимость приобретает поиск доступных лабораторных маркеров, позволяющих прогнозировать тяжесть течения заболевания на ранних этапах. Целью настоящего исследования явилась оценка клинко-прогностического значения маркеров системного воспалительного ответа у пациентов с инфекционными заболеваниями, осложнёнными сепсисом.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 86 историй болезни пациентов, госпитализированных в инфекционные стационары Карагандинской области с подтверждёнными инфекционными заболеваниями, осложнёнными сепсисом. В исследование включались пациенты старше 18 лет. Оценивались показатели системного воспалительного ответа: уровень лейкоцитов, С-реактивного белка, прокальцитонина, скорость оседания эритроцитов, а также клинические признаки органной дисфункции. Проводился сравнительный анализ лабораторных показателей в зависимости от тяжести состояния пациентов.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с неблагоприятным течением инфекционного процесса отмечалось достоверное повышение уровня прокальцитонина и С-реактивного белка в сравнении с пациентами со среднетяжёлым течением заболевания. Выраженность лейкоцитоза коррелировала с развитием полиорганной недостаточности и длительностью госпитализации. Наиболее значимые изменения показателей системного воспалительного ответа регистрировались в первые 48 часов от момента поступления в стационар, что свидетельствует о возможности их использования в качестве ранних прогностических критериев течения септического процесса.

Выводы. Маркеры системного воспалительного ответа обладают высокой клинико-прогностической значимостью при инфекционных заболеваниях, осложнённых сепсисом. Определение уровня прокальцитонина и С-реактивного белка может быть рекомендовано для ранней оценки тяжести состояния пациентов и своевременной коррекции проводимой терапии в условиях инфекционного стационара.

Хамроева М.А., Каримова М.Р., Гиёева Т.А.

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ И ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ (БЕЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Определить частоту и клинико-инструментальные характеристики кардиореспираторных и гепаторенальных осложнений при пневмоцистной пневмонии (ПП) у пациентов без ВИЧ-инфекции.

Материал и методы. В исследование включены 84 пациента с подтверждённой ПП без ВИЧ-инфекции (18–73 лет): мужчины — 52 (61,9%), женщины — 32 (38,1%), проходившие стационарное лечение. Наибольшая частота осложнений отмечена у лиц старше 40 лет с онкогематологическими и аутоиммунными заболеваниями на фоне иммуносупрессивной терапии. Основную группу составили 54 пациента с ПП, группу сравнения — 30 пациентов с внебольничной бактериальной пневмонией (ВБП).

Проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования (общий и биохимический анализы крови, показатели функции печени и почек, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография, КТ, пульсоксиметрия). Диагноз подтверждался ПЦР и микроскопией бронхоальвеолярного лаважа. Статистический анализ выполнялся с использованием t-критерия, U-критерия Манна–Уитни, χ^2 и критерия Фишера ($p < 0,05$).

Результаты исследования. У пациентов с ПП чаще выявлялись выраженные кардиореспираторные нарушения (острая дыхательная недостаточность — 68,5%, гипоксемия — 74,1%, тахикардия и перегрузка правых отделов сердца — 33,3%, острая сердечная недостаточность — 14,8%) и гепаторенальные изменения (повышение трансаминаз — 42,6%, гипербилирубинемия — 21,3%, острое повреждение почек — 27,8%); частота осложнений была выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). У пациентов с ВБП реже сопровождалась нарушением функции печени и почек. Для ПП характерна выраженная гипоксемия ($SpO_2 < 85\%$), тогда как при ВБП снижение сатурации коррелировало с объёмом инфильтративных изменений в лёгких.

Выводы. Пневмоцистная пневмония без ВИЧ характеризуется высокой частотой кардиореспираторных и гепаторенальных осложнений, где ключевыми факторами тяжести являются острая дыхательная недостаточность и гипоксемия; при внебольничной пневмонии течение преимущественно более лёгкое, без поражения печени и почек.

Хасанзода Х.К.

НАШ ОПЫТ ПОЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

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

Цель исследования. Разработать наиболее эффективные способы лечения диабетической полинейропатии (ДПН) у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Исследования проводились на базе ГМЦ №1 им. Ахмедова Карима города Душанбе. Всего обследовано 48 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 42 до 58 лет, средний возраст составил $49 \pm 3,5$ года. Всем участникам проведена оценка симптомов нейропатии по шкале Neuropathy Symptom Score (NSS) и Total Symptom Score (TSS) и стимуляционная электронейромиография. Исследование включало соматическое обследование, клинико-генеалогический анализ родословной, осмотр офтальмолога, стандартизированное неврологическое обследование, нейрофизиологическое обследование, количественную оценку выраженности симптомов ДПН, оценку психо-эмоционального состояния обследуемых (госпитальная шкала тревоги и депрессии-HADS), лабораторные и дополнительные методы исследования; ретроспективно проведен: анализ амбулаторных карт, историй болезни. Комплексная терапия больных с ДПН в зависимости от тяжести клинических проявлений включало: диетотерапию соответствующему столу №9, дозированную физическую нагрузку, назначение витаминов группы В, исходя из патогенетических изменений патологии (B12 и B6), и сахароснижающей пероральной терапии препаратами сульфонилмочевины и метформина (ограничена с учетом показаний). Критерии исключения: СД1 типа, наличие тяжелой почечной и печеночной недостаточности, гипотиреоза, гнойных осложнений заболеваний. Все пациенты прошли клинико-лабораторное обследование с исследованием показателей липидного обмена (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, индекс атерогенности), гликемия натощак, гликированный гемоглобин, общий анализ крови и СОЭ. Статистическую обработку проводили с использованием пакета программ.

Результаты исследования. В работе произведена оценка влияния дифференцированной патогенетической терапии. Первой группе больных, включающей вышеизложенную диетотерапию, дозированную физическую нагрузку, витамины группы В и препараты альфа-липоевой кислоты. Второй группе больных с более выраженными клиническими проявлениями и болевой формы нейропатии и повышенным уровнем мочевой кислоты липидов атерогенного генеза был назначен фенофибрат в дозе 145 мг в сутки. В процессе исследования уровень С-реактивного белка на фоне приема фенофибрата достоверно снизился наряду с улучшением клинической картины заболевания.

Вывод. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к лечению ДПН с учетом тяжести клинических проявлений, длительности заболеваний и наличия других сосудистых осложнений. Полученный положительный терапевтический эффект фенофибрат показал роль неспецифического воспаления в развитии и прогрессировании атеросклероза у больных с ДПН.

Хасанова А.А.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А СРЕДИ ДЕТЕЙ

Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Научный руководитель - Нурматова Г.С.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости вирусного гепатита А среди детского населения Дангаринского района.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили отчетные формы областной инфекционной больницы района Дангары за 2024-2025 годы.

Результаты исследования. Анализ полученных данных за отчетный год показал, что заболеваемость вирусным гепатитом А в Дангаринском районе равнялась 370 случаям. Из них встречаемость среди детского населения составляет 346 случаев, что равнялось 94%, а остальные 24 случая среди взрослого населения, что было 6%. Из 346 случаев заражения вирусным гепатитом А среди детей мальчиков было 187, что 50,54%, а девочек 159, что составило 43,9%. Возрастная категория детей варьировала от 3-х до 14 лет. Детей от 3-х до 6 лет 115, это составляет 33,23%. Детей от 7 до 11 лет была 135, что из общего число составило 39,01%. Детей от 12 до 14 лет была 96, что было 27,74%. Диагноз устанавливался на основании эпидемиологических данных, включающих наличие контакта с больным вирусным гепатитом А клинических проявлений заболевания, а также результатов лабораторных исследований.

Выводы. По результатам проведенного исследования установлено, что вирусный гепатит А наиболее часто встречается среди детей. Наибольшая заболеваемость отмечается в возрастной группе от 7 до 11 лет.

Хасанова М.И. Наврузов Э.Ф.

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Изучить структуру поражения периферических нервов у пациентов с сахарным диабетом, по данным электронейромиографии и определить клинико-демографические факторы, влияющие на характер нейропатических изменений.

Материалы и методы. Проведено клинико-инструментальное исследование 50 пациентов с сахарным диабетом, проходивших обследование в специализированном эндокринологическом отделении. Среди обследованных было 33 женщины (66%) и 17 мужчин (34%). Средний возраст пациентов составил $56,2 \pm 9,4$ года. Средняя длительность сахарного диабета — $8,7 \pm 4,1$ года. Электронейромиографическое исследование проводилось с оценкой скорости проведения импульса по моторным и сенсорным волокнам, амплитуды М-ответа, латентности и характера поражения нервных волокон. В зависимости от типа поражения периферической нервной системы пациенты были распределены на группы: демиелинизирующий тип — 28 пациентов (56%), аксональный тип — 9 пациентов (18%), смешанный тип — 13 пациентов (26%).

Результаты исследования. Установлено, что у большинства пациентов с сахарным диабетом преобладал демиелинизирующий тип поражения периферических нервов, характеризующийся преимущественным снижением скорости проведения импульса. Средняя скорость проведения импульса при демиелинизирующем типе составила $39,8 \pm 4,2$ м/с, при аксональном — $44,6 \pm 3,9$ м/с, при смешанном — $36,1 \pm 4,7$ м/с ($p=0,02$). Амплитуда М-ответа была статистически значимо ниже при аксональном и смешанном типах поражения ($2,7 \pm 0,6$ мВ и $2,4 \pm 0,7$ мВ соответственно) по сравнению с демиелинизирующим типом ($4,9 \pm 1,1$ мВ; $p < 0,01$). Дистальная латентность была наиболее выражена при смешанном типе поражения ($4,8 \pm 0,5$ мс) по сравнению с демиелинизирующим ($3,9 \pm 0,4$ мс) и аксональным ($4,2 \pm 0,5$ мс) типами ($p=0,03$).

При анализе половых различий установлено, что аксональный тип поражения чаще встречался у мужчин — 29,4%, чем у женщин — 12,1% ($\chi^2=4,18$; $p=0,04$). Смешанный тип поражения чаще выявлялся у пациентов старше 60 лет (38,5%) по сравнению с пациентами моложе 60 лет (18,2%; $\chi^2=3,96$; $p=0,047$).

Демиелинизирующее поражение преобладало у пациентов с длительностью диабета менее 10 лет (65,2%), тогда как при стаже заболевания более 10 лет возрастала частота смешанных форм (40%; $\chi^2=5,21$; $p=0,02$).

Таким образом, структура поражения периферической нервной системы зависела от пола, возраста и длительности сахарного диабета.

Выводы. У пациентов с сахарным диабетом, преимущественно при 2 типе заболевания, преобладает демиелинизирующий тип поражения периферических нервов. Аксональный и смешанный типы характеризуются более выраженным снижением амплитуды М-ответа и отражают тяжелые дегенеративные изменения нервных волокон. Мужской пол ассоциирован с более высокой частотой аксонального поражения. У пациентов старшей возрастной группы и при длительном течении сахарного диабета чаще выявляются смешанные формы нейропатии. Определение структуры поражения периферических нервов позволяет оптимизировать выбор патогенетической терапии и прогнозировать течение диабетической полинейропатии.

Хасанова М.Н.
РОЛЬ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА В ГЕНЕЗЕ ЭПИЛЕПСИИ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель к.м.н., доцент Ганизода М.Т

Цель исследования. Определить роль иммунологических изменений в эпилептогенезе у детей раннего возраста с резистентными формами эпилепсии.

Материал и методы. В исследовании участвовали 55 детей (мальчиков — 35, девочек — 20), в возрасте от 0 до 36 месяцев. Основную группу (I) составили дети с резистентными формами эпилепсии — 30 (54,5%), сравнительную (II) — дети с эпилепсией, с исключением критериев резистентности — 25 (45,5%). Изучены: семиология приступов, ЭЭГ мониторинг, иммунологические исследования, включающие показатели клеточного звена иммунитета (CD4+, CD8+, CD72+, CD16+, индекс CD4+/CD8+)

Результаты исследования. Мультифокальная резистентная эпилепсия — 7 (23,4%). В сравнительной группе 18 (72%) детей с генерализованными формами эпилепсии, в 7 (28%) случаях были парциальные формы эпилепсии. Эпилептические приступы в I группе в 80% (24) случаев были в виде инфантильных спазмов, в 20% (6) случаев генерализованные тонико-клонические, миоклонические приступы. Во II группе генерализованные тонико-клонические, миоклонические приступы в 68% случаев, в 32% случаев были парциальные тонические приступы. На ЭЭГ в I группе в 73,3% (22) случаев отмечался паттерн гипсаритмии, в 26,7% (8) случаев — другие виды эпилептиформной активности. В II группе у 3 (12%) детей отмечалась гипсаритмия, у 22 (88%) — другие виды эпилептиформной активности. Показатели клеточного звена иммунитета распределились в абсолютных цифрах: CD4: в основной группе — $0,90 \pm 0,33$, сравнительной — $1,05 \pm 0,05$; CD8: в основной — $1,007 \pm 0,022$, сравнительной — $0,75 \pm 0,08$; CD16: в основной — $0,86 \pm 0,11$, сравнительной — $0,55 \pm 0,09$; CD72: в основной группе — $0,88 \pm 0,14$, сравнительной — $0,56 \pm 0,04$; CD4/CD8: в основной группе — $1,35 \pm 0,02$, сравнительной — $1,25 \pm 0,02$. Достоверность при $p < 0,05$. Анализ показал некоторое снижение Т-хелперов у детей в основной группе, активизацию Т-цитотоксических популяций лимфоцитов, повышение естественных киллеров наряду с повышением В-лимфоцитов с иммунорегуляторным индексом, тогда как у детей сравнительной группы результаты разнятся.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что значения иммунологических нарушений в эпилептогенезе у детей позволяют предположить, что снижение Т-хелперов, активизация Т-цитотоксических популяций лимфоцитов свидетельствуют о нарушении клеточного звена иммунитета, играющего роль в генезе резистентных форм эпилепсии в данной группе детей, что требует дальнейшего изучения в этой области.

Хафизова А.А., Рахимова Ф.Р., Отаева М.С.
АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

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

Цель исследования. Оценить степень влияния аутоиммунного тиреоидита на риск развития и прогрессирования атрофического гастрита.

Материал и методы. Проведён анализ проспективных исследований и мета-анализов (PubMed, Scopus, 2008–2024). Критерии включения: верифицированный АИТ (АТ-ТПО > 30 МЕ/мл), данные по антителам к париетальным клеткам желудка (АПКЖ > 20 Ед/мл), результатам гастроскопии с биопсией (оценка атрофии и кишечной метаплазии по системе OLGA), уровню витамина B12 (дефицит при < 200 пг/мл). Рассчитывались отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ), коэффициенты корреляции (r), уровень значимости $p < 0,05$. Общая выборка – более 5000 пациентов.

Результаты исследования.

1. Риск развития атрофического гастрита при АИТ. Мета-анализ Cellini M. et al. (2017), включивший 3452 пациента с АИТ и 1240 контроля, показал: частота выявления АПКЖ у пациентов с АИТ составляет 28,4% (95% ДИ 23,1–33,7%), в контроле – 5,2% (95% ДИ 2,8–7,6%). Отношение шансов (ОШ) наличия АПКЖ при АИТ составило 6,8 (95% ДИ 4,9–9,2; $p < 0,001$) [1].

2. Морфологическое подтверждение. В исследовании Kalkan Ç. et al. (2016) с гастроскопией и биопсией у 187 пациентов с АИТ аутоиммунный гастрит выявлен у 57 (30,5%). Из них у 16 (28,1%) – атрофия II–III степени, у 7 (12,3%) – кишечная метаплазия [2]. В группе сравнения ($n=150$) частота ХАГ составила 5,3% (ОШ=7,8; 95% ДИ 3,9–15,6).

3. Прогрессирование гастрита. Centanni M. et al. (2008) при 5-летнем наблюдении ($n=158$) показали: у 43% исходно выявлен гастрит, из них у 22% – аутоиммунный с атрофией. Прогрессирование атрофии отмечено у 7,6% пациентов, причём у 66,7% из них сохранялись высокие титры АТ-ТПО (> 500 МЕ/мл) [3].

4. Влияние титра антител. Tozzoli R. et al. (2010) выявили корреляцию между АТ-ТПО и АПКЖ ($r=0,43$; $p < 0,01$). При АТ-ТПО > 1000 МЕ/мл вероятность АПКЖ возросла до 47% против 12% при АТ-ТПО < 100 МЕ/мл (ОШ=6,2; 95% ДИ 3,8–10,1) [4].

5. Риск B12-дефицитной анемии. У пациентов с АИТ+ХАГ риск B12-дефицитной анемии в 4,7 раза выше, чем при изолированном ХАГ (Lahner E. et al., 2008, $n=176$, ОШ=4,7; 95% ДИ 2,1–9,8) [5].

Выводы.

1. Аутоиммунный тиреоидит повышает риск развития атрофического гастрита в 6–8 раз (ОШ=6,8 для АПКЖ, ОШ=7,8 для морфологически подтверждённого ХАГ).

2. Частота сочетанной патологии составляет 28–30% по данным серологических и морфологических исследований.

3. Высокий титр АТ-ТПО (>1000 МЕ/мл) ассоциирован с 6-кратным увеличением риска наличия АПКЖ.

4. У 12% пациентов с АИТ выявляются предраковые изменения слизистой желудка (кишечная метаплазия), что обосновывает необходимость обязательного скрининга (гастроскопия с биопсией, АПКЖ, витамин В12) у всех пациентов с аутоиммунным тиреоидитом вне зависимости от наличия жалоб.

Хафизова А.А., Рахимова Ф.Р., Отаева М.С.

ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ГЕПСИДИНА В РАЗВИТИИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

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

Цель исследования. Определить значение системного воспаления и гепсидина в патогенезе анемии при ХБП.

Материал и методы. Проведён систематический анализ современных научных публикаций в базах данных PubMed, Scopus за период 2018–2024 гг. Глубина поиска составила 6 лет. Отобраны оригинальные исследования, систематические обзоры, мета-анализы и клинические рекомендации (KDIGO), посвящённые изучению роли гепсидина, интерлейкина-6 (IL-6) и функционального дефицита железа при ХБП.

Результаты исследования.

1. Установлено, что уремия при ХБП создаёт состояние хронического системного воспаления, характеризующееся повышенным уровнем провоспалительных цитокинов, в первую очередь, интерлейкина-6 (IL-6).

2. IL-6 является мощным индуктором синтеза гепсидина – ключевого регулятора гомеостаза железа. При ХБП его уровень достоверно коррелирует с маркерами воспаления (СРБ), стадией заболевания и, согласно данным клинических исследований, является предиктором гипореактивности к терапии ЭСС.

3. Патогенное действие гепсидина реализуется через: блокаду всасывания железа в кишечнике (ингибирование ферропортина эритроцитов). Захват железа в депо (блокада рециркуляции из макрофагов ретикулоэндотелиальной системы). Прямое угнетение эритропоэза в костном мозге.

4. Данные механизмы приводят к развитию функционального дефицита железа – патогномоничного состояния для АХЗ, при котором запасы железа в депо (ферритин) сохранены или повышены, но оно недоступно для эритропоэза (низкое насыщение трансферрина – НТЖ).

5. Обобщение данных клинических исследований показывает, что клинически это проявляется характерной лабораторной диссоциацией: повышенный уровень ферритина сыворотки (>500 нг/мл на фоне воспаления) при низком НТЖ (<20%) и увеличении процента гипохромных эритроцитов (%Нуро >5%). Этот феномен лежит в основе гипореактивности к терапии эритропоэза - стимулирующими агентами (ЭСС) у 30–50%.

Выводы.

1. Патогенез анемии при ХБП представляет собой сложный процесс, где ведущую роль наряду с дефицитом ЭПО играет гепсидин-опосредованное нарушение метаболизма железа, индуцированное системным воспалением. Данные современной литературы подтверждают, что гипергепсинемия является ключевым звеном этой патогенетической цепи.

2. Оценка статуса железа у данной категории пациентов требует обязательного учёта маркеров воспаления (СРБ, IL-6) и использования комплексных критериев функционального дефицита железа (ферритин + НТЖ + %Нуро).

3. Понимание данного механизма обосновывает клиническую тактику: преимущество внутривенного пути введения препаратов железа перед пероральным и определяет перспективность применения новых классов лекарств (ингибиторов HIF-пролилгидроксилазы), способных физиологически подавлять синтез гепсидина.

Ходжабердиев Н.Х., Нуралиев Н.М., Саидов П.А.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ И СМЕШАННЫМИ ФОРМАМИ ДЦП

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исрофилзода М.О.

Цель исследования. Уточнить причины возникновения и характер функциональных нарушений у доношенных детей со спастическими и смешанными формами детского церебрального паралича (ДЦП).

Материал и методы. Обследованы 54 ребёнка в возрасте 7 месяцев – 7 лет, рождённые не ранее 38-й недели гестации, находившиеся на лечении в отделении детской неврологии Республиканской клинической больницы г. Душанбе. Течение беременности и родов оценивали по шкале оптимальности F. Kainer и соавт. (1997). Проведён соматоневрологический осмотр и нейровизуализация: нейросонография – 47, МРТ – 28, КТ – 2. Функциональные нарушения оценены по GMFCS (Polisano R. и соавт., 2007). Данные обработаны в Statistica непараметрическими методами.

Результаты исследования. Оптимальность беременности варьировала 44–100%, родов – 50–100%. Хроническую внутриутробную гипоксию перенесли 23 ребёнка, родовую – 15, из них 4 – сочетанную. Выявлены: гемиплегия – 31, спастическая диплегия – 17, смешанные формы – 6. По GMFCS: гемиплегия I – 28, III – 2; диплегия I – 9, II – 2, III – 2, V – 2; смешанные IV – 2, V – 4. Нейровизуализация показала: желудочковые крово-

излияния – 10, инфаркты – 11, вентрикулодилатацию – 17, церебральные кисты – 9, аномалии мозга – 2; у 4 детей изменений не выявлено. Гемиплегия чаще развивалась при кистах, чем при ВЖК ($\chi^2 = 8.81$; $p = 0.003$), инфаркте ($\chi^2 = 4.09$; $p = 0.0431$), вентрикулодилатации ($\chi^2 = 7.20$; $p = 0.0073$) и отсутствии нарушений ($\chi^2 = 5.32$; $p = 0.0211$). Диплегия – чаще при вентрикулодилатации, чем при кистах ($\chi^2 = 7.29$; $p = 0.0069$). Смешанные формы – чаще при ВЖК, чем при вентрикулодилатации ($\chi^2 = 4.23$; $p = 0.0397$). Высокие степени нарушений (GMFCS 3–5) чаще встречались у детей со смешанными формами и при ВЖК или инфаркте, чем при диплегии и гемиплегии или кистах ($\chi^2 = 9.24$; $p = 0.0024$; $\chi^2 = 25.2$; $p = 0.0001$; $\chi^2 = 6.11$; $p = 0.0135$; $\chi^2 = 4.56$; $p = 0.0327$).

Выводы. Спастические и смешанные формы ДЦП формируются вследствие различных церебральных изменений перинатального периода. Гемиплегия – при кистах, диплегия – при вентрикулодилатации, смешанные формы – при ВЖК. Тяжёлые двигательные нарушения чаще при ВЖК, инфаркте и смешанных формах ДЦП.

Ходжаева М.М.¹, Саидов П.А.¹, Назармамадова Н.А.²

ОСТАТОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.

¹ Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

² ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель — ассистент кафедры Холматова Г.К.

Цель исследования. Оценить структуру и выраженность остаточных неврологических нарушений у детей с перинатальной энцефалопатией.

Материал и методы. Обследованы 50 детей в возрасте 3–7 лет с анамнезом перинатального поражения ЦНС (основная группа) и 25 условно здоровых сверстников (контрольная группа). Наблюдение проводилось на базе Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2024–2025 гг.

Проводились клиничко-неврологический осмотр, оценка психомоторного и речевого развития, нейропсихологическое тестирование, электроэнцефалография, при необходимости — нейровизуализация.

Результаты исследования. В структуре остаточных явлений наиболее часто выявлялись: синдром минимальной мозговой дисфункции (42%), задержка речевого развития (36%), синдром дефицита внимания и гиперактивности (28%), вегетативные нарушения (30%), умеренные двигательные расстройства (24%). У 18% детей отмечались эпизодические головные боли и повышенная утомляемость.

По данным ЭЭГ регистрировались признаки функциональной незрелости корковой ритмики и умеренной дезорганизации биоэлектрической активности без эпилептиформных разрядов. Выраженность когнитивных нарушений достоверно коррелировала с тяжестью гипоксически-ишемического поражения в перинатальном периоде.

Комплексная реабилитация, включающая нейропсихологическую коррекцию, логопедическую помощь, лечебную физкультуру и медикаментозную поддержку, способствовала положительной динамике неврологического статуса в течение 6–12 месяцев наблюдения.

Выводы. Остаточные явления после перенесённой перинатальной энцефалопатии характеризуются полиморфизмом клинических проявлений с преобладанием когнитивных и поведенческих нарушений. Тяжесть симптоматики зависит от степени первичного гипоксически-ишемического повреждения. Ранняя диагностика и междисциплинарная реабилитация позволяют снизить риск формирования стойкого неврологического дефицита и улучшить адаптационные возможности ребёнка.

Ходжиев Ш.Р., Нуров М.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Абдуллоев Х.Дж.

Цель исследования. Продемонстрировать клиническое течение беременности и родов у пациентки с мегалобластной анемией, а также оценить динамику гематологических показателей и морфологических изменений кроветворения до и после проведённого лечения.

Материал и методы. Проведён анализ клинического случая беременности у пациентки с мегалобластной анемией, наблюдавшейся в терапевтическом отделении центральной районной больницы Дангары. Наблюдение осуществлялось совместно врачами терапевтического профиля, акушерами-гинекологами и гематологами. Пациентка Р. 29 лет, поступила 29 октября 2025 г. В анамнезе отмечались эпизоды анемии, сопровождавшиеся общей слабостью, повышенной утомляемостью и головокружением. Во втором триместре беременности при лабораторном обследовании выявлена мегалобластная анемия, обусловленная дефицитом витамина В12 и фолиевой кислоты. Пациентка находилась под динамическим наблюдением в терапевтическом отделении центральной районной больницы Дангары, где проводилось комплексное обследование и лечение. Методы исследования включали сбор анамнестических данных, клиническое наблюдение, общий анализ крови, исследование эритроцитарных индексов, микроскопию периферической крови, определение уровня витамина В12 и фолиевой кислоты, а также исследование костного мозга (миелограмму).

Результаты исследования. Беременность у пациентки протекала на фоне анемического синдрома. Основными жалобами являлись общая слабость, повышенная утомляемость, головокружение и бледность кожных покровов. При первичном лабораторном обследовании выявлены характерные признаки мегалобластной анемии. Уровень гемоглобина составлял 90 г/л, количество эритроцитов - $2,5 \times 10^{12}/л$. Отмечалось увеличение

среднего объема эритроцитов (MCV) до 114, макрооалоциты, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тельца Жолли, кольца Кебота. В миелограмме – выявили гиперплазию эритроидного ростка кроветворения, мегалобласты, увеличение размеров клеток эритроидного ряда. После установления диагноза была назначена терапия препаратами витамина B12, фолиевой кислоты, коррекция питания и общеукрепляющее лечение. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей. В повторном анализе крови уровень гемоглобина повысился до 110 г/л, количество эритроцитов до $3,5 \times 10^{12}/л$, MCV снизился до 96, уменьшилось макроцитоз. Макрооалоциты, тельца Жолли и кольца Кебота после проведенного лечения не выявлялись. Роды произошли в срок через естественные родовые пути. Новорожденный родился доношенным, в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Мегалобластная анемия во время беременности сопровождается выраженными морфологическими изменениями эритроцитов и нарушением процессов эритропоэза, что подтверждается характерными изменениями гемограммы и миелограммы. Своевременная диагностика заболевания и проведение заместительной терапии витамином B12 и фолиевой кислотой способствуют нормализации гематологических показателей и восстановлению нормального типа кроветворения. Динамическое наблюдение пациентки в условиях терапевтического отделения центральной районной больницы Дангары позволило своевременно контролировать течение заболевания и эффективность проводимого лечения.

Ходжиев Ш.Р., Нуров М.Г.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Абдуллоев Х.Дж.

Цель исследования. Анализировать структуру и особенности клинического течения внутренних заболеваний у пациентов терапевтического профиля, госпитализированных в терапевтический стационар центральной районной больницы г. Дангара за 12 месяцев 2025 года.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в терапевтическом отделении Центральной районной больницы г. Дангара в период с января по декабрь 2025 года. В исследование были включены пациенты терапевтического профиля, за исключением больных кардиологического профиля. Оценивались демографические показатели пациентов, структура нозологических форм, особенности клинического течения заболеваний, а также данные клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Всего за анализируемый период в терапевтическое отделение поступило 326 пациентов терапевтического профиля. Из них мужчины составили 149 человек (45,7%), женщины - 177 человек (54,3%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 80 лет, при этом преобладали лица среднего и пожилого возраста.

Результаты исследования. Анализ структуры госпитализированных пациентов показал, что основную долю составили заболевания гастроэнтерологического профиля - 152 пациента (46,6%). В данную группу входили пациенты с хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом, панкреатитом, а также функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. Заболевания органов дыхания составили 82 случая (25,2%) и включали внебольничную пневмонию, хронический бронхит и обострение хронической обструктивной болезни легких. Данные пациенты чаще поступали в стационар с признаками интоксикационного синдрома, кашлем, одышкой и повышением температуры тела. Заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ составили 46 случаев (14,1%), среди которых преобладал сахарный диабет 2 типа и его осложнения, требующие коррекции терапии в условиях стационара. Заболевания мочевыделительной системы составили 31 случай (9,5%) и были представлены преимущественно хроническим пиелонефритом, а также воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей. Прочие заболевания терапевтического профиля составили 15 случаев (4,6%) и включали анемические состояния, инфекционно-воспалительные заболевания и другие нозологические формы. Анализ клинического течения показал, что большинство пациентов поступали в стационар в фазе обострения хронических заболеваний. Клиническая картина характеризовалась наличием общих и специфических симптомов в зависимости от пораженной системы органов. У пациентов гастроэнтерологического профиля наиболее часто отмечались боли в эпигастриальной области, диспепсические расстройства, тошнота, снижение аппетита и нарушение пищеварения. При заболеваниях органов дыхания ведущими симптомами являлись кашель, одышка, лихорадка и признаки дыхательной недостаточности различной степени выраженности. У пациентов старших возрастных групп часто выявлялась коморбидная патология, включающая сочетание заболеваний органов пищеварения, дыхательной системы и эндокринных нарушений. Наличие сопутствующих заболеваний нередко приводило к более длительному течению патологического процесса и требовало комплексного лечебного подхода.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что в структуре госпитализаций в терапевтическое отделение Центральной районной больницы Дангары за 2025 год преобладали заболевания гастроэнтерологического профиля, составляя почти половину всех случаев. Значительную долю также занимали заболевания органов дыхания, эндокринной и мочевыделительной систем. Полученные результаты отражают структуру основных терапевтических заболеваний, требующих стационарного лечения.

Холикова Н.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Юсупова М.Х.

Цель исследования. Изучение распространения курения, избыточного веса/ожирения, гиподинамии среди студентов медицинских ВУЗов.

Материал и методы. В исследование включены 80 студентов-медиков в возрасте 20–24 лет, 54 девушки и 26 юношей. Проведено онлайн-анкетирование с использованием разработанной анкеты, включающей вопросы о курении, массе тела, употреблении фастфуда, занятия физической культурой (ФК). Опросник состоял из 43 пунктов выбором 4 вариантов ответов (4 – полностью согласен, 3 – согласен, 2 – не согласен и 1 – полностью не согласен).

Результаты исследования. Изучение распространенности курения среди студентов-медиков выявило 21% курящих. Избыточный вес имели 15% студентов, ожирение – 1,75%. Фастфуд употребляли 85%, при этом ежедневно – 7%. Количество студентов, занимающихся в спортивных секциях или имеющих абонемент в фитнес клубы, соответственно составил 11 и 23%. Наиболее распространенными факторами, положительно влияющими на мотивацию студентов к занятиям ФК, являлись ответы: «мне нравятся физические упражнения» (64%), «улучшение настроения» (58%), «снятие чувств стресса» (56%), «польза для здоровья» (54%), «улучшение фигуры» (52%), «общение с друзьями и людьми, которые мне нравятся» (52%). Препятствиями к занятиям ФК, которые отметили студенты при опросе, являлись: «стеснительность (включая внешний вид в спортивной форме, несовершенство фигуры, неуклюжесть при выполнении заданий) (18%)», «неудовлетворенность расписанием занятий и не удобное территориальное расположение спортивного зала» (24%), «неудовлетворенность организацией занятий» (6%).

Выводы. Распространенность факторов риска среди студентов-медиков показывает необходимость разработки стратегий по снижению распространенности курения, ожирения и гиподинамии.

Холматова Д.О.

ТЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра медицинской психологии, неврологии и психиатрии, ТФТГМУ. Узбекистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Искандарова Д.Э.

Цель исследования. Изучить течение острого кардиогенного ишемического инсульта у пациентов с железodefицитной анемией.

Материалы и методы. Исследование проведено в сентябре–декабре 2025 года в отделении неотложной неврологии Сурхандарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В исследование были включены 36 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ишемический тип, кардиогенный подтип). В ходе исследования изучались анамнез пациентов, данные объективного осмотра и неврологического статуса, результаты лабораторных анализов и мульти-спиральной компьютерной томографии (МСКТ) головного мозга.

Результаты исследования. По результатам общего анализа крови пациенты были разделены на 2 группы:

- 1 группа (n=19) — пациенты с железodefицитной анемией I–II степени (по уровню гемоглобина);
- 2 группа (n=17) — пациенты с нормальным уровнем гемоглобина (без анемии). В период наблюдения ухудшения состояния и летальных исходов зарегистрировано не было. При сравнении двух групп установлено, что течение заболевания у пациентов без анемии было более лёгким по сравнению с пациентами с анемией. Оценка неврологического статуса по шкале NIHSS показала: Во 2 группе исходно средний показатель составлял 8–12 баллов, к концу наблюдения снижался до 3–5 баллов, что соответствовало лёгким остаточным неврологическим нарушениям и более благоприятному восстановлению. В 1 группе неврологический дефицит был более выраженным — по шкале NIHSS отмечалось 5–7 баллов, что свидетельствовало о более тяжёлом течении заболевания.

Вывод. Результаты исследования показали, что наличие железodefицитной анемии значительно утяжеляет течение ишемического инсульта.

Холмизоева Т.Ш., Салихова М.Х., Маширабова Р.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Оценить особенности течения атеросклеротического поражения сосудов у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в сравнении с контрольной группой.

Материал и методы. В исследование включены 90 пациентов с РА и 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту (контрольная группа). Средний возраст обследованных составил 50 ± 10 лет; в исследуемой выборке — 60 женщин и 50 мужчин в возрасте от 20 до 75 лет.

Программа обследования включала стандартные лабораторные методы (скорость оседания эритроцитов — СОЭ, С-реактивный белок — СРБ, липидный профиль), оценку активности заболевания с использованием индекса DAS28, расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE, а также ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) и выявлением атеросклеротических бляшек.

Результаты исследования. У пациентов с РА средние значения ТИМ были достоверно выше по сравнению с контрольной группой: $0,66 \pm 0,31$ мм слева и $0,65 \pm 0,31$ мм справа против $0,39 \pm 0,10$ мм и $0,40 \pm 0,12$ мм соответственно ($p < 0,001$).

Утолщение ТИМ выявлено у 44,6% пациентов, при этом у 26,4% толщина превышала 1,2 мм, что соответствует диагностическим критериям атеросклеротического поражения. Атеросклеротические бляшки обнаружены у 17,3% пациентов с РА, преимущественно в области бифуркации общей сонной артерии (83%).

Наличие бляшек ассоциировалось с более старшим возрастом, повышенными значениями SCORE, артериальной гипертензией и курением. У мужчин с РА показатели ТИМ были выше, чем у женщин ($1,07 \pm 0,92$ мм против $0,79 \pm 0,77$ мм, $p < 0,05$), что сопровождалось более выраженной воспалительной активностью (повышенные уровни СОЭ и лейкоцитоз).

Выявлена положительная корреляция ТИМ с длительностью РА ($r = 0,29$; $p = 0,004$) и значениями SCORE ($r = 0,48$; $p < 0,0001$).

Выводы. У пациентов с ревматоидным артритом достоверно чаще выявляются утолщение комплекса интима-медиа и признаки атеросклеротического поражения сосудов по сравнению с контрольной группой. Развитие атеросклеротических изменений возможно даже при отсутствии выраженных традиционных факторов риска.

Ревматоидный артрит следует рассматривать как независимый фактор риска развития атеросклероза, особенно у лиц молодого возраста. Определение ТИМ методом ультразвукового дуплексного сканирования может быть рекомендовано для раннего выявления субклинического атеросклероза у пациентов с РА, в том числе при умеренном сердечно-сосудистом риске

Холмирзоева Т.Ш., Салихова М.Х., Маширабова Р.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Оценить особенности течения атеросклеротического поражения сосудов у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в сравнении с контрольной группой.

Материал и методы. В исследование включены 90 пациентов с РА и 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту (контрольная группа). Средний возраст обследованных составил 50 ± 10 лет; в исследуемой выборке — 60 женщин и 50 мужчин в возрасте от 20 до 75 лет.

Программа обследования включала стандартные лабораторные методы (скорость оседания эритроцитов — СОЭ, С-реактивный белок — СРБ, липидный профиль), оценку активности заболевания с использованием индекса DAS28, расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE, а также ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) и выявлением атеросклеротических бляшек.

Результаты исследования. У пациентов с РА средние значения ТИМ были достоверно выше по сравнению с контрольной группой: $0,66 \pm 0,31$ мм слева и $0,65 \pm 0,31$ мм справа против $0,39 \pm 0,10$ мм и $0,40 \pm 0,12$ мм соответственно ($p < 0,001$).

Утолщение ТИМ выявлено у 44,6% пациентов, при этом у 26,4% толщина превышала 1,2 мм, что соответствует диагностическим критериям атеросклеротического поражения. Атеросклеротические бляшки обнаружены у 17,3% пациентов с РА, преимущественно в области бифуркации общей сонной артерии (83%).

Наличие бляшек ассоциировалось с более старшим возрастом, повышенными значениями SCORE, артериальной гипертензией и курением. У мужчин с РА показатели ТИМ были выше, чем у женщин ($1,07 \pm 0,92$ мм против $0,79 \pm 0,77$ мм, $p < 0,05$), что сопровождалось более выраженной воспалительной активностью (повышенные уровни СОЭ и лейкоцитоз).

Выявлена положительная корреляция ТИМ с длительностью РА ($r = 0,29$; $p = 0,004$) и значениями SCORE ($r = 0,48$; $p < 0,0001$).

Выводы. У пациентов с ревматоидным артритом достоверно чаще выявляются утолщение комплекса интима-медиа и признаки атеросклеротического поражения сосудов по сравнению с контрольной группой. Развитие атеросклеротических изменений возможно даже при отсутствии выраженных традиционных факторов риска.

Ревматоидный артрит следует рассматривать как независимый фактор риска развития атеросклероза, особенно у лиц молодого возраста. Определение ТИМ методом ультразвукового дуплексного сканирования может быть рекомендовано для раннего выявления субклинического атеросклероза у пациентов с РА, в том числе при умеренном сердечно-сосудистом риске.

Холов С.М., Гайратова Н.Н., Одилзода И.Ё.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ II – III СТАДИИ, ОСНОВАННОЙ НА СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА WOMAC

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Саидов Ё.У.

Цель исследования. Анализ и оценка эффективности комплексной терапии у пациентов с первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС) II – III стадии, основанной на современной фармакотерапевтической стратегии заболевания с помощью индекса WOMAC.

Материал и методы. В данной работе были включены 77 больных с достоверным диагнозом (по критерии АКР, 1991 г.) первичным ОА КС II – III стадии по Келлгрэну-Лоуренсу с интенсивностью болевого синдрома >40 мм по визуальной аналоговой шкале, в возрасте от 38 до 69 лет с длительностью заболевания от 2 до 16 лет. Обследованные пациенты были распределены на две группы: а) 1 группа - пациенты с II стадией ОА (n=40); б) 2 группа - пациенты с III стадией ОА (n=37). Длительность исследования составила 9 месяцев (6 месяцев терапии и 3 месяца наблюдения). Всем пациентам 1 и 2 группы были назначены комбинированные препараты из группы болезнью модифицирующих препаратов (БМП) – терафлекс ультра: в течении первых трех недель по 1 таблетке 3 раза в день, а в последующем по 1 таблетке 2 раза в день в течении 6 месяцев. Определенное число больных 1 и 2 группы (27,5 и 37,8% соответственно) дополнительно получали интраартикулярные инъекции препаратов гиалуроновой кислоты (сайножел, вискор). Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) получали все обследованные пациенты. В качестве основного инструмента с целью оценки эффективности проводимой терапии у обследованных больных нами был выбран индекс WOMAC в целом, а также отдельных его составляющих компонентов.

Результаты исследования. В целом результаты, которые нами были получены в процессе мониторинга характера динамических изменений клинико-лабораторных параметров (утренняя скованность, СОЭ, СРБ), отражающих тяжесть и активность первичного ОА КС II и III стадии спустя 6 месяцев от начала комплексной терапии, показали статистически достоверное ($p < 0,05-0,001$) снижение всех изучаемых параметров по сравнению с их исходными уровнями. Параллельно с положительной динамикой клинико-лабораторных параметров, отражающих тяжесть и активность первичного ОА КС, нами была зарегистрирована аналогичная закономерность при оценке эффективности проводимой терапии с помощью индекса WOMAC - суммарный и всех его субшкал: WOMAC боль, WOMAC скованность и WOMAC нарушение функции у пациентов 1 и 2 группы и различие между исходными и конечными значениями которых были статистически значимыми ($p < 0,05-0,001$). При этом было установлено, что положительные сдвиги изучаемых параметров наиболее ярко были представлены у пациентов 1 группы.

Выводы. В оценке эффективности комплексной терапии пациентов с первичным ОА КС, наряду с общепринятыми клинико-лабораторными параметрами, отражающих тяжесть и активность первичного ОА КС, применение индекса WOMAC – суммарный и отдельных его субшкал (WOMAC боль, WOMAC скованность и WOMAC нарушение функции) является высокоинформативным и доступным инструментом.

Холов С.М., Гайратова Н.Н., Одилзода И.Ё.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ, ОТРАЖАЮЩИХ «СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА» У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ III СТАДИИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Комплексный анализ и оценка параметров «состояния здоровья по мнению пациента - patient-reported outcome – PRO»: функциональное состояние, качество жизни (КЖ) и уровень тревожности у больных с первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС) III стадии в зависимости от интенсивности хронического болевого синдрома (ХБС).

Материал и методы. В исследование были включены 37 больных с достоверным диагнозом (по критерии АКР, 1991 г.) первичного ОА КС III стадии по Келлгрэну-Лоуренсу с интенсивностью болевого синдрома >40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), в возрасте от 34 до 68 лет с длительностью заболевания от 2 до 14 лет. Обследованные пациенты в зависимости от интенсивности ХБС были распределены на две группы: а) 1 группа - пациенты с интенсивностью ХБС <60 мм по ВАШ (n=16); б) 2 группа - пациенты с интенсивностью ХБС >60 мм по ВАШ (n=21). С целью объективной и количественной оценки характера и степени функциональных нарушений в повседневной жизни, КЖ и уровня тревожности (ведущих параметров PRO) у пациентов с первичным ОА КС III стадии применялись: а) отдельные компоненты индекса WOMAC (WOMAC скованность и WOMAC нарушение функции); б) опросник SF 36; в) тест Тейлора.

Результаты исследования. У большинства обследованных пациентов с первичным ОА КС III стадии (n=37) на фоне практически постоянного присутствия довольно интенсивного ХБС, установлены достаточно выраженные функциональные нарушения, как в повседневной жизни, так и в профессиональной деятельности, заметное ухудшение КЖ и высокий уровень тревожности. Полученные результаты показали, что патологические сдвиги ведущих параметров PRO наиболее ярко были представлены у пациентов с первичным ОА КС III стадии с интенсивностью ХБС >60 мм по ВАШ.

Выводы. 1. Высоко неблагоприятное функциональное состояние у подавляющего большинства пациентов, значительное ухудшение КЖ и наличие высокого уровня тревожности, являются достаточно характерными и отличительными чертами пациентов с первичным ОА КС III стадии. 2. Постоянное присутствие ХБС у пациентов с первичным ОА КС III стадии оказывает серьёзное негативное влияние на состояние параметров PRO.

Холова С., Назарзода С.А., Гончарова М.С.

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ НАРКОМАНИИ И ОБРАЩАЕМОСТИ ЛИЦ ПО ПОВОДУ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф.
М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Салихова А.Х.

Цель исследования. Оценить данные о распространённости наркомании и обращаемости лиц с установленным диагнозом наркозависимости в г. Душанбе.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова и на базе кафедры психиатрии и медицинской психологии им. М. Г. Гулямова.

Результаты исследования. В начальный период исследования, с 2020 по 2021 годы, было зафиксировано сокращение общего числа зарегистрированных больных на 4,9%, с 1875 до 1783 человек. Данное снижение может быть интерпретировано как положительный результат совокупности профилактических программ, реализуемых на территории города, направленных на первичное и вторичное предотвращение наркозависимости. Также это может свидетельствовать об улучшении качества оказания наркологической помощи, что способствует более эффективной ремиссии и, как следствие, снижению общего числа лиц, требующих постоянного учёта. Нельзя исключать и возможное, хотя и незначительное, снижение общей распространённости наркозависимости в данный период.

Последующий интервал, с 2021 по 2022 годы, характеризовался более значительным сокращением численности учётного контингента – на 16,8% (с 1783 до 1484 человек). Столь выраженное уменьшение может быть обусловлено комплексом взаимосвязанных причин. Вероятно, это результат интенсификации мер по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, что могло привести к снижению их доступности на городском рынке. Нельзя сбрасывать со счетов и потенциальное снижение числа новых случаев наркозависимости, вызванное профилактической работой.

Период с 2022 по 2023 годы ознаменовался стабилизацией динамики: численность больных продемонстрировала минимальный прирост на 0,8% (с 1484 до 1496 человек). Это свидетельствует о достижении определённого равновесия между процессами возникновения новых случаев наркозависимости и выбытия пациентов из-под диспансерного наблюдения (за счёт выздоровления, ремиссии или других причин). Однако в последний год исследуемого периода, с 2023 по 2024 годы, зафиксировано изменение ранее наблюдавшейся тенденции: число зарегистрированных больных увеличилось на 13,4% (с 1496 до 1696 человек). Этот рост является тревожным сигналом и требует углубленного изучения.

Вывод. Проведённый статистический анализ подтверждает тот факт, что проблема распространения и употребления наркотиков в г. Душанбе по-прежнему остаётся актуальной и отражает сложную динамику эпидемиологической ситуации и влияние многообразных факторов на распространение данного заболевания в городской популяции.

Хомидова Г.Б., Косимова Х.Х., Азимова С.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ НА УРОВНЕ ПРЕВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – доцент, к.м.н. Носирова М.П.

Цель исследования. Изучить один из важных звеньев профилактики антенатальной патологии, организацию прегравидарной подготовки на уровне первичного звена.

Материал и методы. Ретроспективное исследование проведено на базе Городского центра здоровья №15. Материалом исследования послужили документальные данные отделения репродуктивного здоровья (форма №12) и отделений семейных врачей (форма №024). Определены: половозрастная структура обратившихся пациентов, нозология соматических заболеваний, тематика санитарно-просветительной работы и т.д.

Результаты исследования. В соответствии со статьёй 39 (1) Закона Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения» утверждено Постановление Правительства РТ от 23 августа 2016 года № 374 об обязательном медицинском обследовании лиц, вступающих в брак, с целью предотвращения рождения детей-инвалидов и создания здоровой семьи.

Анализ данных выявил, что всего за 2025 год по территории обслуживания данного учреждения обратилось 153 пациента, приблизительно одинаковое количество обратившихся (мужчины – 49,0% и женщины – 50,1%) обоих полов. В возрасте 20 – 25 лет больше женщин – 76,6% (мужчины – 18,9%), в то время как мужчины преобладают в возрасте 26 – 30 лет – 63,9% (женщины – 20,7%), среди женщин встретились единичные случаи (2,7%) до 20 лет и среди мужчин – 17,2% случаев старших возрастов.

Превалирует патология эндокринной системы у мужчин: ожирение и избыточный вес – 5,3%, диффузный зоб – в 2,7% случаев; у женщин: ожирение – 3,8%, дефицит веса – в 5,1% случаев. На втором месте патология органа зрения: миопия (женщины – 6,4%, мужчины – 5,3%). Пациенты, имеющие хронические заболевания

(хронический мезотимпанит, хронический кохлеарный неврит, варикозное расширение вен, диффузное увеличение щитовидной железы), были подвергнуты углублённому осмотру узких специалистов и лабораторно-инструментальному обследованию, с последующим подбором адекватной терапии.

Выявлена патология органа слуха – 4,0%, различной локализации грыжи - 2,6% у мужчин. Перинатальный риск, вероятность рождения детей с задержкой внутриутробного развития выявлено у 2 женщин с беременностью (2,5%) в связи с наличием дефицита веса и другой патологии одновременно.

Среди пороков развития у мужчин выявлена врождённая единственная почка (1,3%), у женщин диагностирована интеллектуальная недостаточность средней степени тяжести (1,3%).

Тематика санитарно-просветительной работы включала: ведение здорового образа жизни; отказ от вредных привычек обоих родителей; создание благоприятного психоэмоционального климата в семье; нормализация работы желудочно-кишечного тракта; профилактика запоров; отказ от гормональных контрацептивов за 3 мес., удаление внутриматочного контрацептива за 5–6 мес. до планируемого зачатия и т.д.

Выводы. 1. Возраст обследованных пациентов, вступающих в брак, наиболее благоприятен для планирования семьи. Среди соматических заболеваний преобладает эндокринная патология у обоих полов, на втором месте патология органа зрения.

2. Перинатальный риск, вероятность рождения детей с задержкой внутриутробного развития выявлено у 2 женщин с беременностью (2,5%) в связи с наличием дефицита веса и другой соматической патологии одновременно.

3. Ответственность за здоровье будущего ребёнка предполагает высокую организацию проведения прегравидарной подготовки и соблюдения рекомендаций со стороны брачующихся, что чётко прослеживается в работе данного центра здоровья.

Хосиятова К. Х., Курбанова Д. Д., Яхёева Х. Ш.
ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ И НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ТАХИКАРДИИ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г. Б.

Цель исследования. Оценка сравнительного анализа клинических проявлений, этиологических факторов и электрокардиографических признаков желудочковых и наджелудочковых тахикардий.

Материал и методы исследования. В исследовании были включены **30 пациентов** с по дтверждёнными тахикартиями: 14 пациентов - с желудочковыми тахикардиями, 16 пациентов - с наджелудочковыми тахикардиями. Возраст обследуемых больных составили от 30 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении аритмии РКЦК г. Душанбе с сентября до декабрь 2025 года. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. В ходе проведения исследования выявлено, что основными причинами развития наджелудочковой тахикардии являлись: функциональные нарушения вегетативной нервной системы - 9 пациентов (56%); ишемическая болезнь сердца - 5 пациентов (31%); заболевания щитовидной железы - 3 пациента (19%); психоэмоциональный стресс - 10 пациентов (63%).

Наджелудочковые тахикардии чаще встречались у пациентов без выраженного органического поражения миокарда.

Этиология желудочковых тахикардий в большинстве случаев была связана с органической патологией сердца: постинфарктный кардиосклероз - 8 пациентов (57%); ишемическая болезнь сердца - 10 пациентов (71%); кардиомиопатии - 4 пациента (29%); хроническая сердечная недостаточность - 6 пациентов (43%).

Клиническое течение наджелудочковой тахикардии, как правило, было более благоприятным. Основные симптомы: ощущение сердцебиения - 16 пациентов (100%); головокружение - 7 пациентов (44%); одышка - 6 пациентов (38%); тревожность и слабость - 8 пациентов (50%).

Гемодинамические нарушения выражены умеренно. Желудочковые тахикардии характеризовались более тяжёлым клиническим течением. Наиболее частые жалобы: резкая слабость - 11 пациентов (79%); выраженная одышка - 9 пациентов (64%); головокружение - 10 пациентов (71%); кратковременные потери сознания - 4 пациента (29%).

У части пациентов отмечались признаки острой сердечной недостаточности.

Электрокардиографические признаки наджелудочковой тахикардии были: узкие комплексы QRS (менее 0,12 с), правильный или умеренно неправильный ритм, наличие зубца Р перед комплексом QRS либо его слияние с предыдущим зубцом Т, частота сердечных сокращений - 140-200 в минуту.

Электрокардиографические признаки желудочковой тахикардии были: широкие и деформированные комплексы QRS (более 0,12 с), атриовентрикулярная диссоциация, отсутствие связи зубцов Р с комплексами QRS, частота сердечных сокращений - 120-180 в минуту, возможное появление захватов и сливных комплексов.

Выводы. Проведённое исследование показало, что желудочковые тахикардии представляют более серьёзную клиническую угрозу по сравнению с наджелудочковыми, что связано с их органическим происхождением и высоким риском жизнеугрожающих осложнений. Желудочковые и наджелудочковые тахикардии имеют принципиальные различия в этиологии, клиническом течении и ЭКГ-картине. Наджелудочковые тахикардии чаще носят функциональный характер и имеют более благоприятный прогноз, тогда как желудочковые тахикардии в большинстве случаев связаны с органическим поражением сердца и требуют неотложной медицинской

Худоёрзода К.Х., Шарифбоев А.Х. Сайфуллаева Л.Ф.

СУТОЧНОЕ КОЛЕБАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Умарова С.А.

Цель исследования. Изучить характер и суточный профиль артериального давления у больных артериальной гипертензией пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование включены 60 больных артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 60 до 73 лет (в среднем $64,2 \pm 2,1$ года). Среди обследованных женщин было 29, мужчин - 31. У 22 из них установлена артериальная гипертензия (АГ) I-й, у 24 – II и у 14 больных III степень тяжести (классификация ВОЗ/МОАГ 1999г. по уровню артериального давления). Всем больным, кроме общеклинического обследования, проводились дополнительные методы исследования с целью исключения симптоматических форм артериальных гипертензий. Суточное мониторирование АД проводили с помощью монитора Terminal Hewlett Packard (USA). Интервалы между измерениями АД в период бодрствования составляли 15 мин., в период ночного сна – 30 мин. Суточный ритм артериального давления (АД) изучали по суточному индексу АД (СИ). Исследование носило характер поперечного одномоментного изучения (Cross – sectoral studie).

Результаты исследования. Анализ суточного профиля артериального давления у обследованных пациентов с артериальной гипертензией пожилого возраста показал значительную неоднородность циркадного ритма артериального давления. Среди 60 обследованных пациентов с АГ физиологический тип суточного профиля артериального давления «dipper» (снижение ночного АД на 10–20%) выявлен у 31,2% пациентов ($n=19$). Недостаточное снижение ночного артериального давления - тип «non-dipper» - зарегистрировано у 38,1% больных ($n=23$), что свидетельствует о нарушении нормального циркадного ритма артериального давления. Отсутствие ночного снижения артериального давления или его повышение - тип «night-peaker» - выявлено у 16,4% обследованных ($n=10$). Избыточное снижение ночного артериального давления - тип «over-dipper» - отмечено у 14,2% пациентов ($n=8$). Таким образом, патологические варианты суточного профиля артериального давления (non-dipper, night-peaker и over-dipper) выявлены у 68,7% пациентов, что указывает на высокую распространённость нарушений циркадной регуляции артериального давления у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией. При сравнительном анализе с контрольной группой установлено, что у лиц без артериальной гипертензии физиологический тип «dipper» встречался значительно чаще - 58,3%, тогда как тип «non-dipper» наблюдался у 25%, «night-peaker» - у 8,3%, а «over-dipper» - у 8,4% обследованных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией значительно чаще выявляются патологические типы суточного профиля артериального давления, что может отражать нарушение механизмов нейрогуморальной регуляции и ассоциироваться с более высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Хурсанов Б.Ш., Бобоев Ф. Д., Сайфуллаева Л. Ф.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА SGLT2 НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хамидов Н.Х.

Цель исследования. Оценить влияние ингибиторов SGLT2- изменение фракции выброса левого желудочка и уровень N-концевой фрагмент мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со сниженной фракцией выброса.

Материалы и методы. В исследовании были включены 48 пациентов, которые находились на стационарном лечении в ГУ ГМЦ №1 имени К. Ахмедова. Больные разделены на две группы – основную ($n=24$) и контрольную ($n=24$). Группы были сопоставимы по полу и возраст. Обследуемые основной группы помимо стандартной терапии, дополнительно получали дапаглифлозин 10 мг/сутки в течение 12 недель. Контрольная группа получала только стандартную терапию. Средний возраст пациентов составил $66,3 \pm 7,2$ года. Нами были оценены такие показатели, как фракция выброса (ФВ ЛЖ) методом ЭхоКГ и уровень NT-pro BNP. Статистически значимыми показателями считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Через 12 недель терапии у пациентов основной группы отмечалось достоверное улучшение клинического состояния, сопровождающееся положительными изменениями функциональных и лабораторных показателей. ФВ ЛЖ изменилась с $32,5 \pm 4,2\%$ до $37,7 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$), что указывает на значительное улучшение сократительной функции миокарда. Параллельно уровень NT-proBNP снизился с 2380 ± 310 пг/мл до 1960 ± 280 пг/мл ($p < 0,05$), свидетельствуя о снижении степени сердечной перегрузки и улучшения гемодинамических показателей. Анализ результатов контрольной группы не продемонстрировал статистически значимой динамики исследуемых параметров. ФВ ЛЖ увеличилась незначительно с $32,1 \pm 4,5\%$ до $32,6 \pm 4,3\%$ ($p > 0,05$), вместе с тем уровень NT-proBNP снизился — с 2450 ± 320 пг/мл до 2420 ± 300 пг/мл ($p > 0,05$).

Выводы. Включение ингибитора SGLT2 к стандартной терапии у пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса приводит к достоверному улучшению сократительной функции миокарда и снижению уровня NT-proBNP. Полученные данные подтверждают кардиопротективный эффект ингибиторов SGLT2 и их клиническую эффективность в комплексной терапии данной категории пациентов.

Хусейнова М.М., Хамроева М.А., Абдулаева Д.Ю.
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РИСКИ ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра неврологии и кафедра внутренних болезней №3
ГОО «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Оценить влияние мегалобластной анемии (МБА) на кардиоваскулярный риск с анализом показателей системы гемостаза и структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. В исследование включены 118 человек в возрасте 32–74 лет. В основную группу (n=68) вошли пациенты с мегалобластной (В12-дефицитной) анемией. Группу сравнения (n=30) составили больные железодефицитной анемией (ЖДА). Контрольную группу (n=20) сформировали практически здоровые лица сопоставимого возраста и пола. Средний возраст пациентов основной группы — 58,4±9,6 года.

Проводились: общий анализ крови, определение уровня витамина В12 и фолиевой кислоты, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ. Статистическая обработка выполнена с использованием вариационной статистики; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В основной группе отмечено достоверное снижение уровня витамина В12 - $124,6 \pm 38,2$ пг/мл, что значительно ниже показателей группы сравнения (567 ± 45 пг/мл) и контроля (550 ± 50 пг/мл) ($p < 0,01$). Установлено повышение D-димера - $0,72 \pm 0,3$ мкг/мл против $0,36 \pm 0,2$ мкг/мл в группе сравнения ($p < 0,05$), что выше верхней границы референсного интервала ($< 0,5$ мкг/мл). Гипертрофия левого желудочка по данным ЭхоКГ выявлена у 33,7% пациентов основной группы и у 9,0% - в группе сравнения ($p < 0,05$). Синусовая тахикардия зарегистрирована у 47,1% и 27,0% соответственно, признаки диастолической дисфункции - у 28,0% и 7,0%. После 4 недель терапии витамином В12 уровень кобаламина повысился на 73% ($p < 0,05$).

Выводы. Мегалобластная анемия характеризуется выраженным дефицитом витамина В12 и ассоциируется с увеличением частоты структурно-функциональных изменений миокарда. Коррекция дефицита витамина В12 способствует улучшению показателей гемостаза и структурно-функционального состояния миокарда. Пациенты с МБА требуют кардиологического мониторинга и оценки показателей коагуляции.

Хусейнова М.М., Абдулаева Д.Ю.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОО Таджикиский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Установить взаимосвязь мегалобластной анемии (МБА) с когнитивными нарушениями и определить её клинико-лабораторные особенности у пациентов разных возрастных групп.

Материал и методы. Обследованы 90 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет с учётом возрастных особенностей. Основная группа – 45 больных мегалобластной анемией, группа сравнения – 25 пациентов с железодефицитной анемией, контроль – 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Для анализа возрастного влияния пациенты были распределены на подгруппы: 18–39 лет, 40–59 лет и > 60 лет. Проведены клиническое обследование, общий анализ крови, определение уровня витамина В12 и фолатов, сывороточное железо, биохимические исследования, а также оценка когнитивных функций по шкале MMSE.

Результаты исследования. В основной группе когнитивные нарушения выявлены у 31 (68,9%) пациента, что достоверно выше, чем в группе сравнения (32%). Наиболее выраженные нарушения отмечались у пациентов > 60 лет - 82%, тогда как в возрасте 40–59 лет - 65%, 18–39 лет - 48%. Средний уровень витамина В12 составил 128 ± 35 пг/мл против 310 ± 60 пг/мл в группе сравнения. Снижение показателей MMSE (24 ± 3 балла) сопровождалось жалобами на ухудшение памяти (71%), снижение концентрации внимания (58%) и повышенную утомляемость (64%). У лиц старшей возрастной группы средний балл MMSE был ниже (22 ± 3) по сравнению с пациентами среднего (24 ± 2) и молодого возраста (26 ± 2). Отмечена умеренная отрицательная корреляция между степенью дефицита В12 и выраженностью когнитивного снижения ($r = -0,52$), более выраженная у пациентов пожилого возраста.

Выводы. Мегалобластная анемия ассоциирована с высоким риском когнитивных нарушений, обусловленных дефицитом витамина В12. Ранняя диагностика и коррекция дефицита способствуют улучшению когнитивных функций и качества жизни пациентов.

Зоиров К.Н., Хушбаков Н.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КСАВРОНА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Самаркандский Филиал РНЦЭМП. Узбекистан.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения ИИ с применением препарата ксаврона.

Материал и методы. Обследовано 28 больных с ИИ, в возрасте 58–74 лет, из них 16 мужчин и 12 женщин.

Сроки госпитализации от момента заболевания – от 4 часов до 17 часов. Больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы.

Основную группу составили 13 больных, у которых использовался препарат ксаврон. Контрольную группу составили 15 больных, у которых препарат ксаврон не использовался. Всем больным основной группы препарат ксаврон использовался с первого дня госпитализации, применение препарата продолжалось в течение

ние 6 дней. Состояние сознания определялось по шкале Глазго. В качестве критериев использовались клиническое обследование больных, проводили МСКТ головного мозга.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показало, что у больных основной группы, который получили препарат ксаврон наблюдался регресс общемозговой и неврологической симптоматики на 3-4 дня раньше, чем в контрольной.

По данным МСКТ головного мозга, положительная динамика в виде уменьшения отёка и интенсивности пенумбры отмечалось у всех больных основной группы. Положительная динамика обычно нарастала в течение 1 недели и устойчиво сохранялась. В контрольной группе при МСКТ проведенной в аналогичные сроки, положительная динамика выявлена лишь у 4 больных.

Выводы. Результат анализа нашего пилотного исследования показал, что включение препарата ксаврон в комплекс лечения ишемического инсульта способствует уменьшению ишемических зон, предотвращает развитие отека головного мозга, значительно снижает неврологический дефицит, сокращает время пребывания больного в отделении реанимации, повышает функциональную независимость и улучшает прогноз.

Хабибулла Моманд

ТАҲИИИ АЛГОРИТМИ ТАШХИСИ БАРВАКТИИ БЕМОРИИ ҚАЛБИ ШУШЌ ДАР БЕМОРОНИ МУЗМИНИ ОБСТРУКТИВИИ ШУШҶО

Кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино". Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - доктори илмҳои тиббӣ, профессор Бобохоҷаев О.И.

Мақсади таҳқиқот. Такмил додани ташҳиси барвактии бемории қалби шушӣ дар беморони гирифтори беморони музмини обструктивии шушҷо (БМОШ).

Мавод ва методҳо. Таҳқиқот 70 бемори мардон ва занони синни 30-80 сола гирифтори БМОШ бо мавҷудияти гипертонияи шушӣ ва/ё *Cog pulmonale*-ро дар бар гирифтааст. Онҳо аз муоинаи клиникӣ (арзёбии ҳуссиятҳои муҳими таҳҳисӣ, аз қабилӣ нафастангии пешрафта, тахикардияи оромӣ, садои II-ми дил дар болои артерияи шуш, васъешавии рағҳои гардан, варами периферӣ ва ғайра) мегузаранд ва инчунин аз рентгени узвҳои қафаси сина/КТ, СБД, эхокардиография, МРТ-и дил, санҷиши функсияи нафаскашӣ ва таҳлили газҳои хун ҳамчун воситаҳои асосии таҳҳисӣ барои арзёбии ҳолати бемор ва вазнинии беморӣ гузаронида шудаанд. Маълумоти бадастовардашуда дар пойгоҳи додаҳо ҷамъоварӣ карда, аз рӯи ҷинс ва синну сол ба зергурӯҳҳо тақсим шуда, аз ҷиҳати омӯрӣ таҳлил карда шудаанд.

Натиҷаи таҳқиқот. Бояд қайд кард, ки *Cog pulmonale* дар марҳилаи аввали пайдоиш дар беморони БМРН бо истифода аз муоинаҳои клиникӣ ё санҷишҳои стандартӣ ба монанди сабти барқии дил таҳҳис кардан душвор аст. Ҳамин тариқ, навоари таҳқиқоти мо дар он аст, ки алгоритми нави таҳҳиси бемории мазкур таҳия карда шудааст. Барои таҳҳис методҳои ҳассостар ва ғайриинвазивӣ истифода карда шудааст: Эхокардиография, Доплерография, МРТ-и дил. Бо мақсади дақиқтар кардани таҳҳис мо истифодаи биомаркер Pro-NT, Pro-CNP дар амалия ба роҳ мондем. Усули мазкур барои гузаронидани таҳҳиси тафриқавӣ байни нафастангии вобаста аз дил ё аз шуш кумак мерасонад.

Хулоса. Таҳия ва дар амалия истифода бурдани алгоритми нави таҳҳиси қалби шушӣ дар беморони гирифтори БМРН сифати таҳҳиси барвактии бемории мазкурро вобаста ба синну сол, ҷинс, минтақаи истиқомат ва дигар бемориҳои ҳамрадиқ, бехтар гардонидани, вобаста ба ин самаранокии пешгирӣ ва табобати ин беморӣ, бехтар карда шудааст.

Ҷурабеков А.М., Комилов З.М.

САРИВАҚТ МУАЙЯН НАМУДАНИ НОСОМОНИҶОИ РАВОНӢ ҲАНГОМИ ОСЕБИ МАЙНАИ САР ВА АРЗӢБИИ РАВАНДИ БАҶҚАРОРШАВИИ ОНҶО

Кафедраи психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М.Ғ.Ғуломов
МДТ "ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино". Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - ассистент Маликов Н.В.

Мақсад таҳқиқот. Муайян намудани саривактии ихтилолҳои рӯҳӣ ва равонӣ дар беморон пас аз осеби майнаи сар.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар Муассисаи давлатии «Маркази саломатии шаҳрии №1 ба номи А. Каримов», дар шуъбаи асабшиносӣ гузаронида шуд. Дар қараёни таҳқиқот маҷмуи усулҳои таҳҳисӣ ва табобатӣ истифода гардиданд. Ба таҳқиқот 10 нафар бемор ҷалб карда шуданд, ки ҳамаи онҳо пас аз осеби майнаи сар бистарӣ гардида буданд. Аз шумораи умумии иштирокчиён 8 нафар (80%) мардон ва 2 нафар (20%) занонро ташкил доданд. Барои муайян намудани дараҷаи ғамбеморӣ ҷадвали Бек ва шкалаи Ҳамилтон татбиқ шуданд. Дар раванди барқарорсозӣ усулҳои барқароршавӣ (реабилитатсионӣ), аз ҷумла психотерапияи когнитивӣ-рафторӣ, истифода гардиданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки қариб дар ҳамаи беморон аломатҳои ғамбеморӣ мушоҳида мешаванд. Аз ҷумла, асабоният, гум шудани завуқ рағбат, коҳиш ёфтани фаъолияти қорӣ ва дигар ихтилолҳои ҳолати рӯҳӣ ва равонӣ ба қайд гирифта шуданд. Тақсими аломатҳо миёни беморон чунин буд: асабоният - 40% (4 нафар); вайроншавии ҳоб ва паст шудани шавқ ба зиндагӣ (беҳобӣ ё аз ҳад зиёд ҳоб рафтан), инчунин тағйирёбии иштиҳо - 40% (4 нафар); сустшавии ирода - 10% (1 нафар); ғамбеморӣ ва ҳисси ноумедӣ (беҳиссӣ ва гум шудани шавқ ба машғулиятҳои барқарорсозӣ ва ҳаёт) - 10% (1

нафар). Таҳлил нишон дод, ки ин аломатҳо на танҳо ба ҳолати равонии беморон, балки ба фаъолияти иҷтимоӣ ва раванди барқароршавии онҳо низ таъсири манфӣ мерасонанд.

Хулоса. Яке аз мушкилоти муҳим, ки бисёр вақт аҳаммият дода намешавад, ин ғамгинӣ баъд аз осеби майнаи сар мебошад. Ин ҳолат метавонад монеаи чиддӣ барои барқароршавии ҷисмонӣ ва равонии беморон гардад. Ҳолати беморон вобаста ба марҳилаи ошкорсозии аломатҳо фарқ мекунад. Дар марҳилаи барвақт, ҳангоми ташҳиси саривақтӣ, эҳтимолияти барқароршавӣ нисбатан баланд мебошад. Дар марҳилаи дермонда бошад, ҳолати беморон метавонад бадтар гардида, раванди барқароршавӣ суст шавад. Ғамбеморӣ на танҳо ҳолати руҳии беморро тағйир медиҳад, балки ба равандҳои барқароршавии майна низ таъсири манфӣ мерасонад. Осеби майнаи сар ба тамоми ҷанбаҳои ҳаёти инсон - ҳам ҷисмонӣ ва ҳам равонӣ таъсири амик мерасонад. Бинобар ин, муайян намудан, ташҳис ва табобати саривақтии аломатҳои ғамбеморӣ аҳамияти калидӣ дошта, метавонад ба беҳтар шудани натиҷаҳои барқароршавӣ ва баланд гардидани сифати зиндагии беморон мусоидат намояд.

Шарифбоев А.Х., Боймуродов П.А., Елнзарова Ш.О.

ФАКТОР ФОН ВИЛЛЕБРАНДА КАК МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

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

Научный руководитель – старший преподаватель Замунов О.А.

Цель исследования. Изучить состояние маркеров эндотелиальной дисфункции, включая фактор фон Виллебранда (vWF), у пациентов с различными стадиями хронической болезни почек (ХБП).

Материал и методы. Обследованы 60 пациентов с ХБП (по 20 человек на стадиях С3–С5) с нарушением азотвыделительной функции почек. Диагноз верифицирован согласно Национальным рекомендациям Научного общества нефрологов России (2012). Пациенты находились на стационарном лечении в отделении терапии ГУ «Городского медицинского центра № 1 им. К. Ахмедова». Средний возраст пациентов составил $64,8 \pm 1,5$ года, средняя длительность заболевания – $4,8 \pm 0,5$ лет. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Определяли активность фактора фон Виллебранда (ристомизиновый метод), уровень фибриногена (гравиметрический метод), количество тромбоцитов (фазово-контрастная микроскопия), а также содержание десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК) по методике Н.Н. Петрищева (2001). Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты исследования. По мере прогрессирования ХБП отмечено достоверное увеличение содержания ДЭК: при стадии С3 – $10,2 \pm 0,3 \times 10^4/\text{л}$, при С4 – $13,6 \pm 0,4 \times 10^4/\text{л}$, при С5 – $18,7 \pm 0,3 \times 10^4/\text{л}$ (контроль – $4,3 \pm 0,2 \times 10^4/\text{л}$; $p < 0,01$). Это отражает нарастающее повреждение эндотелия на фоне уремической интоксикации и снижения скорости клубочковой фильтрации.

Уровень фактора фон Виллебранда у лиц контрольной группы составил $106,5 \pm 2,5\%$. Уже на стадии С3А регистрировалось его достоверное повышение до $123,6 \pm 2,2\%$, с дальнейшим увеличением при С4 и С5 до $132,5 \pm 1,0\%$ и $135,0 \pm 2,5\%$ соответственно. Рост vWF свидетельствует об активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и повышении риска тромботических осложнений.

Одновременно отмечено повышение уровня фибриногена (до $3,5 \pm 0,3$ г/л при С4 и $4,5 \pm 0,2$ г/л при С5) и количества тромбоцитов (от $240,5 \pm 4,5 \times 10^6/\text{л}$ при С3 до $303,4 \pm 4,2 \times 10^6/\text{л}$ при С5; контроль – $224,5 \pm 3,5 \times 10^6/\text{л}$). Наиболее выраженные изменения наблюдались у пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями и признаками хронического воспаления.

Выводы. Прогрессирование ХБП сопровождается выраженной эндотелиальной дисфункцией с повышением ДЭК, фактора фон Виллебранда, фибриногена и тромбоцитов, при этом увеличение активности vWF может служить маркером тромботического риска.

Валиев Ш.М., Хафизова А.А., Маъдиева Ф.С.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - старший преподаватель Шарифов М.М.

Цель исследования. Установить патогенетические механизмы коморбидности железодефицитной анемии и депрессивных расстройств на основе анализов.

Материалы и методы исследования. Проведен систематический анализ 47 публикаций в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary за период 2010–2024 гг., посвященных взаимосвязи дефицита железа и аффективных нарушений. Выполнено проспективное контролируемое исследование, включавшее 80 пациентов (средний возраст $38,5 \pm 4,2$ года), разделенных на основную группу (ЖДА, $n=40$) и группу сравнения (здоровые добровольцы, $n=40$). Оценивались уровень гемоглобина, ферритина, сывороточного железа, а также концентрация серотонина и дофамина методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Психометрическое обследование проводилось с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale) и шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D — Hamilton Depression Rating Scale). Статистическая обработка выполнена с использованием критерия Манна-Уитни для сравнения независимых выборок и корреляционного анализа Спирмена; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Систематический анализ литературы показал, что 80,9% исследований подтверждают наличие статистически значимой связи между дефицитом железа и развитием депрессивной симп-

томатики, причем в 61,7% работ в качестве ключевого механизма указывается нейромедиаторный дисбаланс. В собственном клиническом исследовании у пациентов с ЖДА выявлено достоверное снижение уровня серотонина на 43% (89,4 против 156,7 нг/мл; $p<0,001$) и дофамина на 42% (12,3 против 21,6 нг/мл; $p<0,001$) по сравнению с контролем. Клинически выраженная депрессия (≥ 11 баллов по шкале HADS) диагностирована у 72,5% пациентов основной группы против 7,5% в контроле ($p<0,001$), что подтверждает высокую коморбидность состояний. Корреляционный анализ выявил прямую сильную связь между уровнем ферритина и серотонина ($r=0,71$; $p<0,01$), а также обратную сильную корреляцию между уровнем гемоглобина и тяжестью депрессии по шкале HAM-D ($r=-0,68$; $p<0,01$), что свидетельствует о непосредственном влиянии степени анемии на аффективный статус пациентов.

Выводы. Железодефицитная анемия ассоциирована с трехкратным увеличением риска депрессии: клинически значимая депрессия ($\text{HADS} \geq 11$) выявлена у 72,5% пациентов с ЖДА против 7,5% в контроле ($p<0,001$). Патогенетическими механизмами коморбидности выступают дефицит серотонина (снижение на 43%) и дофамина (снижение на 42%) вследствие дисфункции железозависимых ферментов, а также хроническая гипоксия центральной нервной системы (ЦНС). Корреляции между ферритином и серотонином ($r=0,71$) и между гемоглобином и тяжестью депрессии ($r=-0,68$) обосновывают обязательный скрининг ферритина и гемоглобина у всех пациентов с депрессией. Коррекция дефицита железа – обязательный компонент патогенетической терапии депрессии при ЖДА, так как восстановление запасов железа нормализует нейромедиаторный баланс и уменьшает аффективную симптоматику.

Шарифбоев А.Х., Боймуродов П.А., Назарова Г.О.

СВЯЗЬ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Умаров А.А.

Цель исследования. Оценить связь между фракцией выброса левого желудочка и выраженностью когнитивных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне гипертонической болезни.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов с хронической сердечной недостаточностью I–III функционального класса по NYHA на фоне гипертонической болезни II–III стадии, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «Городской медицинский центр №1 им. К. Ахмедова». Средний возраст пациентов составил 65 ± 5 лет. Всем больным проводилась эхокардиография с определением фракции выброса левого желудочка (метод Симпсона), оценка диастолической функции, а также суточное мониторирование артериального давления. В зависимости от величины ФВ пациенты были разделены на две группы: 1 группа – ХСН со сниженной ФВ ($<40\%$), 2 группа – ХСН с сохранённой ФВ ($\geq 50\%$). Когнитивные функции оценивали с использованием шкалы MMSE и теста рисования часов. Статистическую обработку данных проводили с применением корреляционного анализа (r-Пирсона).

Результаты исследования. Когнитивные нарушения различной степени выраженности выявлены у 68% обследованных пациентов, что свидетельствует о высокой распространённости когнитивного дефицита среди больных с ХСН. В группе со сниженной фракцией выброса средний балл по шкале MMSE составил $23,1 \pm 2,3$, что соответствовало лёгким и умеренным когнитивным нарушениям. В группе пациентов с сохранённой фракцией выброса показатель MMSE был достоверно выше и составил $26,4 \pm 1,8$ ($p<0,05$). Проведённый корреляционный анализ выявил умеренную прямую связь между уровнем ФВ ЛЖ и когнитивными показателями ($r=0,42$; $p<0,05$). Полученные данные указывают на то, что снижение сократительной функции миокарда сопровождается более выраженным когнитивным дефицитом, вероятно вследствие уменьшения сердечного выброса и хронической гипоперфузии головного мозга. Также установлено, что дополнительными факторами ухудшения когнитивных функций являлись длительность артериальной гипертензии и нестабильность суточного профиля артериального давления.

Выводы. Снижение фракции выброса левого желудочка у пациентов с ХСН на фоне гипертонической болезни связано с более выраженными когнитивными нарушениями и может рассматриваться как один из предикторов развития когнитивного дефицита.

¹Шарифбоев А.Х., ¹Сайфуллаева Л.Ф., ²Мусоева З.Б.

РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

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

2. ГМЦ №1 им. К. Ахмедов. г. Душанбе. Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Таджиева З.А.

Цель исследования. Оценить влияние ожирения на развитие и клинические проявления хронической сердечной недостаточности с сохранённой фракцией выброса (ХСНсФВ).

Материал и методы. В исследование включены 48 пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранённой фракцией выброса (ХСНсФВ, ФВ ЛЖ $\geq 50\%$), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «ГМЦ №1 им. К. Ахмедова». Средний возраст обследованных составил 65 ± 5 лет. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. В основную группу вошли пациенты с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$), в контрольную – пациенты с нормальной массой тела ($\text{ИМТ} 18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$). Всем пациентам проводили эхокардиографию с оценкой диа-

столической функции (Е/А, Е/е', индекс объёма левого предсердия, масса миокарда ЛЖ), а также оценку толерантности к физической нагрузке (6-минутный тест ходьбы). Статистическая обработка данных выполнена с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. У пациентов с ожирением достоверно чаще выявлялись признаки диастолической дисфункции II типа ($p < 0,05$), а также отмечалось увеличение индекса массы миокарда левого желудочка и индекса объёма левого предсердия, что свидетельствует о более выраженном ремоделировании сердца. Средние значения показателя Е/е' были значительно выше в группе пациентов с ожирением ($15,8 \pm 2,4$) по сравнению с контрольной группой ($11,2 \pm 1,9$), что указывает на повышение давления наполнения левого желудочка. Кроме того, у пациентов с ожирением наблюдалась более низкая толерантность к физической нагрузке: дистанция в 6-минутном тесте ходьбы составила 280 ± 35 м, тогда как у пациентов с нормальной массой тела – 365 ± 40 м.

Выводы. Ожирение является значимым фактором развития и более тяжёлого клинического течения ХСНсФВ, сопровождаясь выраженной диастолической дисфункцией, ремоделированием миокарда и снижением толерантности к физической нагрузке.

Шарофиддинов К.Х.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.

Кафедра медицинская психология, неврология и психиатрии

Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского университета. Узбекистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мусаева Ю.А.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение патоморфологических и морфометрических изменений головного мозга у пациентов, умерших вследствие ишемического инсульта, а также определение их клинического значения и роли в оценке эффективности проводимого лечения.

Материал и методы. Материалом исследования послужили аутопсийные материалы пациентов, умерших вследствие цереброваскулярных заболеваний и ишемического инсульта. Исследование проводилось на базе патологоанатомического отделения в период 2022–2024 годов. Всего было проанализировано 109 случаев летального исхода, из которых для морфологического и морфометрического исследования было отобрано 64 наблюдения.

В работе использованы клинко-анамнестические, морфологические, гистохимические и морфометрические методы исследования. Проводилось микроскопическое исследование тканей головного мозга и сосудов с целью выявления характерных изменений при ишемическом инсульте. Морфометрический анализ позволил определить степень структурных изменений сосудистой стенки и мозговой ткани. Полученные данные были обработаны с использованием статистических методов анализа.

Результаты исследования. Проведённое исследование показало, что наиболее высокая частота летальных исходов при ишемическом инсульте наблюдается среди пациентов в возрасте 45–59 лет. Морфологическое исследование выявило выраженные изменения сосудистой стенки, включая атеросклеротические поражения, дезорганизацию эластических и коллагеновых волокон, а также значительное сужение просвета сосудов.

В группе пациентов, не получавших своевременного лечения, отмечалось формирование нестабильных фиброзных атеросклеротических бляшек, прогрессирующее стенозирование сосудов и выраженные ишемические изменения мозговой ткани. Морфометрический анализ показал значительное уменьшение диаметра сосудов по сравнению с контрольной группой, что сопровождалось нарушением мозговой микроциркуляции.

В случаях проведённого лечения наблюдались признаки репаративных процессов, включая формирование глиальных рубцов, частичную реорганизацию сосудистой стенки и уменьшение выраженности ишемических повреждений мозговой ткани. Полученные результаты свидетельствуют о важной роли морфологических исследований в оценке эффективности лечения и прогнозировании исходов ишемического инсульта.

Выводы. Ишемический инсульт сопровождается выраженными патоморфологическими и морфометрическими изменениями сосудов и мозговой ткани, которые играют важную роль в патогенезе заболевания и оценке эффективности проводимого лечения.

Шобобоев Б.Ш., Джобирзода А.Б., Абдукаримова Х.Т.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСУДИСТОГО БАССЕЙНА

Кафедра неврологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Давлатмирова Г. Ш.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ частоты и клинко-неврологических особенностей инсульта в зависимости от поражённого сосудистого бассейна.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ клинко-инструментальных данных и частота встречаемости пациентов с ишемическим инсультом на основе анализа их историй болезни. Оценка локализации ишемического очага осуществлялась с учётом поражённого сосудистого бассейна (средняя, передняя, задняя мозговые артерии, вертебробазилярная система) по данным нейровизуализации (КТ/МРТ). Дополнительно анализировалась структура ведущих неврологических синдромов, степень выраженности очагового дефицита и клинко-топографические особенности инсульта.

Результаты исследования. Согласно эпидемиологическим данным, наибольшая частота ишемических инсультов приходится на бассейн средней мозговой артерии до 50–70% случаев. Поражения в бассейне задней мозговой артерии составляют приблизительно 6–10%, в бассейне передней мозговой артерии 1–3%, тогда как инсульты вертебробазилярной системы наблюдаются в 15–20% случаев. Клиническая картина варьирует в зависимости от сосудистой локализации: при поражении бассейна средней мозговой артерии преобладают гемипарезы и афатические расстройства; при инсультах в бассейне задней мозговой артерии доминируют зрительные и когнитивные нарушения; при локализации в бассейне передней мозговой артерии характерны преимущественные парезы нижних конечностей и поведенческие изменения.

Выводы. Ишемические инсульты в бассейне средней мозговой артерии встречаются наиболее часто и обладают высокой клинической значимостью. Топико-сосудистая характеристика инсульта является ключевым фактором для диагностической оценки и прогноза заболевания и должна учитываться при разработке стратегии лечебно-реабилитационных мероприятий.

Шоев Ш.С.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Рахмонзода З.Р.

Цель исследования. Оценить современное состояние и основные проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в сельской местности Республики Таджикистан и определить приоритетные направления её совершенствования.

Материал и методы. Материалом исследования послужили данные официальных отчётов органов здравоохранения, нормативно-правовые документы, а также публикации отечественных и международных научных источников, посвящённые вопросам организации первичной медико-санитарной помощи. Использованы методы аналитического обзора, сравнительного анализа и обобщения научных данных.

Результаты исследования. Установлено, что для системы ПМСП в сельской местности Таджикистана характерны ограниченная доступность медицинской помощи, дефицит врачебных и сестринских кадров, недостаточная материально-техническая оснащённость и низкая эффективность профилактических мероприятий. Развитие семейной медицины способствует повышению доступности медицинских услуг и снижению нагрузки на специализированные уровни здравоохранения. Принципы ПМСП, закреплённые в Алма-Атинской и Астанинской декларациях, сохраняют актуальность и служат основой для реформирования системы здравоохранения.

Выводы. Первичная медико-санитарная помощь является ключевым звеном системы здравоохранения в сельской местности Республики Таджикистан. Повышение эффективности ПМСП требует укрепления финансового, материально-технического и кадрового обеспечения. Развитие семейной медицины и профилактической направленности медицинской помощи является приоритетным направлением улучшения здоровья сельского населения.

Шоева Ш.М., Тошев К.С., Тагоев А.А.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. профессора М. Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – ассистент Джобиров А.Р.

Цель исследования. Изучить клинико-психологические особенности психогенной эректильной дисфункции у пациентов.

Материал и методы. Обследованы 56 пациентов мужского пола, обратившихся в течение последних 6 месяцев в Центр урологических заболеваний «Евромед» с жалобами на нарушение эрекции. Все пациенты получали лечение в амбулаторных условиях; диагноз «Психогенная эректильная дисфункция» устанавливался согласно МКБ-10 при исключении органической патологии. Использовались клинико-психопатологический и статистический методы, оценка эректильной функции проводилась по шкале IIEF-5, психоэмоционального состояния — с применением стандартизированных психометрических методик, включая шкалу тревоги и депрессии HADS.

Результаты исследования. У большинства пациентов выявлены психогенные факторы нарушения эрекции. Страх сексуальной неудачи отмечался у 48 пациентов (85,7%), повышенный уровень тревожности — у 45 (80,4%). Ситуативный характер эректильной дисфункции выявлен у 42 пациентов (75,0%), при сохранности ночных и утренних эрекций — у 47 (83,9%). Конфликтные отношения с партнёршей отмечались у 33 пациентов (58,9%), негативный сексуальный опыт в анамнезе — у 26 (46,4%). У 37 пациентов (66,1%) наблюдалась выраженная самофокусировка на эрекции. На фоне амбулаторного лечения у большинства пациентов отмечалась положительная динамика.

Выводы. Психогенная эректильная дисфункция у пациентов амбулаторного звена характеризуется преобладанием тревожно-фобических расстройств, ситуативным характером нарушения эрекции и сохранностью спонтанных эрекций. Междисциплинарный подход с участием специалистов в области психиатрии и медицинской психологии повышает эффективность амбулаторного лечения и улучшает прогноз заболевания. Раннее

выявление психогенных факторов и своевременная психотерапевтическая коррекция, особенно на ранних этапах обращения, способствуют снижению риска хронизации расстройства.

Шоева Ш.М., Гончарова М.С.

КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННОГО ВАГИНИЗМА У ПАЦИЕНТОК АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии им.профессора М.Г.Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали Ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель- и.о. заведующей кафедры Кодирова З.Д.

Цель исследования. Изучить клинико-психологические особенности вагинизма и оценить их влияние на межличностные отношения семейных пар

Материал и методы. Были обследованы 15 пациенток, женского пола, обратившихся после гинекологического осмотра у врачей гинекологического профиля. Пациентки были перенаправлены на базу кафедры психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г.Гулямова ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» после тщательного обследования, где не были выявлены проблемы со стороны врачей смежных специальностей.

Пациентки обратились с жалобами на страх, непроизвольный спазм мышц тазового дна, боль и невозможности пенетрации.

Диагноз психогенного вагинизма устанавливался по критериям МКБ-10 при исключении органической патологии.

Все пациентки получали психологическую помощь в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. По результатам работы признаки психогенного фактора вагинизма были выявлены у всех пациенток. Страх ожидания боли при первом половом акте или после негативного опыта - у 33% пациенток. Травматичный опыт, пережитое сексуальное насилие, грубые медицинские осмотры - у 20% пациенток. Строгое религиозное или консервативное воспитание, где половая жизнь преподносилась, как нечто постыдное, греховное или грязное - у 33% пациенток. Тревожность, общая склонность к неврозам, страх беременности или недоверие к партнеру - у 13% пациенток.

Выводы. Клинико-психологические особенности вагинизма характеризуются сочетанием первичного страха боли и непроизвольного спазма мышц тазового дна, что формирует устойчивый порочный круг – ожидание системы «боль-напряжение-боль». Поведение партнера (чрезмерное давление или наоборот, полное избегание темы) напрямую влияет на скорость выздоровления. Важную роль играет половое воспитание детей, построенное на здоровых доверительных отношениях с родителями.

Шокаримова А.А., Мукимова Ф.Т., Олимова Н.М.

ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2025 ГОД

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Определить госпитальную частоту диабетического кетоацидоза (ДКА) у детей с сахарным диабетом 1 типа и оценить эпидемиологическую значимость данного осложнения.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое эпидемиологическое исследование. Проанализированы данные стационарного лечения детей с сахарным диабетом 1 типа за 2025 год. Общая совокупность составила 246 пациентов, госпитализированных в специализированное эндокринологическое отделение. Критерием включения являлся подтвержденный диагноз сахарного диабета 1 типа. Диабетический кетоацидоз диагностировался на основании клинико-лабораторных критериев декомпенсации углеводного обмена. Для детального клинико-статистического анализа использованы 100 историй болезни с полной медицинской документацией. Частота ДКА рассчитывалась как доля случаев осложненного течения среди всех госпитализированных пациентов. Для оценки статистической надежности вычислялся 95% доверительный интервал (ДИ) для доли. Проверка статистической значимости проводилась методом биномиального распределения.

Результаты исследования. За проанализированный период зарегистрировано 99 случаев диабетического кетоацидоза среди 246 госпитализированных пациентов с сахарным диабетом 1 типа. Госпитальная частота ДКА составила **40,2%** (95% ДИ: 34,1–46,3%). Полученный показатель статистически значимо отличался от условно ожидаемого уровня в 25% ($p < 0,001$), что свидетельствует о высокой распространенности тяжелой декомпенсации углеводного обмена в исследуемой популяции. Таким образом, осложненное течение заболевания наблюдалось у значительной доли пациентов и являлось одной из ведущих причин госпитализации.

Выводы. Госпитальная частота диабетического кетоацидоза у детей с сахарным диабетом 1 типа в 2025 году составила 40,2% (95% ДИ: 34,1–46,3%), что статистически значимо превышает условно ожидаемые популяционные показатели. Высокая распространенность ДКА отражает неблагоприятный уровень метаболического контроля у детей и указывает на необходимость усиления программ ранней диагностики, образовательных мероприятий и профилактики декомпенсации углеводного обмена.

ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2025 ГОД

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Определить госпитальную частоту диабетического кетоацидоза (ДКА) у детей с сахарным диабетом 1 типа.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое эпидемиологическое исследование. Проанализированы данные стационарного лечения детей с сахарным диабетом 1 типа за 2025 год. Общая совокупность составила 246 пациентов, госпитализированных в специализированное эндокринологическое отделение. Критерием включения являлся подтвержденный диагноз сахарного диабета 1 типа. Диабетический кетоацидоз диагностировался на основании клинико-лабораторных критериев декомпенсации углеводного обмена. Для детального клинико-статистического анализа использованы 100 историй болезни с полной медицинской документацией. Частота ДКА рассчитывалась как доля случаев осложненного течения среди всех госпитализированных пациентов. Для оценки статистической надежности вычислялся 95% доверительный интервал (ДИ) для доли. Проверка статистической значимости проводилась методом биномиального распределения.

Результаты исследования. За проанализированный период зарегистрировано 99 случаев диабетического кетоацидоза среди 246 госпитализированных пациентов с сахарным диабетом 1 типа. Госпитальная частота ДКА составила **40,2%** (95% ДИ: 34,1–46,3%). Полученный показатель статистически значимо отличался от условно ожидаемого уровня в 25% ($p < 0,001$), что свидетельствует о высокой распространенности тяжелой декомпенсации углеводного обмена в исследуемой популяции. Таким образом, осложненное течение заболевания наблюдалось у значительной доли пациентов и являлось одной из ведущих причин госпитализации.

Выводы. Госпитальная частота диабетического кетоацидоза у детей с сахарным диабетом 1 типа в 2025 году составила 40,2% (95% ДИ: 34,1–46,3%), что статистически значимо превышает условно ожидаемые популяционные показатели. Высокая распространенность ДКА отражает неблагоприятный уровень метаболического контроля у детей и указывает на необходимость усиления программ ранней диагностики, образовательных мероприятий и профилактики декомпенсации углеводного обмена.

Шоназарова М.А.¹, Куватзода Г.Х.¹, Сироджов С.М.²

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ NT-proBNP В ОЦЕНКЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

¹Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абали ибни Сино». Таджикистан

²Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Оценить клинико-диагностическую значимость NT-proBNP в выявлении ранних проявлений кардиотоксичности у пациентов с острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения гематологии ГУНМЦ РТ «Шифобахш» (г. Душанбе). В исследование включены 25 пациентов с верифицированным диагнозом острого лимфобластного лейкоза, которые в зависимости от тактики лечения были распределены на две группы. Основную группу составили 15 пациентов с острым лимфобластным лейкозом, получавших полихимиотерапию в соответствии с действующими протоколами лечения. В схемы лечения входили антрациклиновые препараты по программе ALL 2009 (доксорубин, винкристин, цитарабин, циклофосфан, меркаптопурин). Контрольную группу составили 10 пациентов с острым лимфобластным лейкозом, которые отказались от проведения ПХТ на момент включения в исследование и не получали ранее кардиотоксического противоопухолевого лечения. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту и клиническим характеристикам заболевания. Всем пациентам проводилось комплексное кардиологическое обследование, включавшее клиническую оценку, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений, ЭКГ и ЭхоКГ. Лабораторное обследование: определение уровня NT-proBNP, который проводился в ГУ национальной Референс лаборатории, а также показателей электролитного обмена (калий, натрий, кальций). У пациентов основной группы уровень NT-proBNP определяли на этапе индукционной полихимиотерапии, через 2–4 недели от начала лечения. В контрольной группе уровень NT-proBNP определяли однократно при включении в исследование.

Результаты исследования. У пациентов основной группы, получавших ПХТ с включением антрациклиновых препаратов (даунорубин, доксорубин), выявлено достоверное повышение уровня NT-proBNP по сравнению с пациентами контрольной группы. Повышение концентрации NT-proBNP регистрировалось преимущественно через 2–4 недели от начала ПХТ, что указывает на развитие ранних субклинических проявлений кардиотоксичности, ассоциированной с применением антрациклинов. Клинические проявления у пациентов основной группы носили неспецифический характер и включали снижение толерантности к физической нагрузке, эпизоды сердцебиения и общую слабость. При объективном обследовании отмечались синусовая тахикардия, лабильность артериального давления и приглушенность тонов сердца. По данным ЭКГ у части пациентов основной группы выявлялись изменения процессов реполяризации миокарда. ЭхоКГ исследование позволило выявить начальные признаки диастолической дисфункции левого желудочка при сохраненной фракции выброса. У пациентов контрольной группы, отказавшихся от ПХТ, значимого повышения уровня NT-proBNP, а также выраженных клинико-инструментальных признаков кардиального поражения выявлено не было.

Выводы. Проведение ПХТ у пациентов с острым лимфобластным лейкозом сопровождается развитием ранних субклинических проявлений кардиотоксичности. Повышение уровня NT-proBNP является чувствительным маркером раннего кардиального повреждения у пациентов, получающих потенциально кардиотоксичное лечение. Определение NT-proBNP в сочетании с клинико-инструментальными методами обследования позволяет своевременно выявлять кардиотоксичность и обосновывать необходимость ранней кардиопротективной коррекции.

Шоназарова М.А.¹, Куватзода Г.Х.¹, Сироджов С.М.².

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ФАКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

¹ Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абали ибни Сино». Таджикистан

² Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Оценить влияние полихимиотерапии на развитие эндотелиальной дисфункции у пациентов с острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения гематологии ГУНМЦ РТ «Шифобахш» (г. Душанбе). В исследование включены 20 пациентов с верифицированным диагнозом острого лимфобластного лейкоза, которые в зависимости от проводимой терапии были распределены на две группы. Основную группу составили 10 пациентов с острым лимфобластным лейкозом, получавших полихимиотерапию в соответствии с действующими протоколами лечения. В схемы лечения входили антрациклиновые препараты по программе ALL 2009 (доксорубин, винкристин, цитарабин, циклофосфан, меркаптопурин), обладающие выраженным кардиотоксическим и эндотелиотоксическим действием. Контрольную группу составили 10 пациентов с острым лимфобластным лейкозом, которые отказались от проведения полихимиотерапии на момент включения в исследование и не получали ранее цитостатического лечения. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту и клиническим характеристикам основного заболевания. Оценка эндотелиальной дисфункции проводилась на основании совокупности клинико-инструментальных и лабораторных данных, включавших анализ клинических проявлений, электрокардиографию и эхокардиографию, а также показатели, отражающие состояние микроциркуляции и реологические свойства крови. Дополнительно определялись показатели электролитного обмена (калий, натрий, кальций). Обследование пациентов основной группы проводилось преимущественно на этапе индукционной полихимиотерапии, через 2–4 недели от начала лечения. В контрольной группе обследование выполнялось однократно при включении в исследование.

Результаты исследования. У пациентов основной группы, получавших полихимиотерапию, выявлены признаки эндотелиальной дисфункции, проявлявшиеся клиническими и функциональными кардиоваскулярными изменениями. Клинически отмечались снижение толерантности к физической нагрузке, эпизоды сердцебиения, быстрая утомляемость. По данным электрокардиографии регистрировались синусовая тахикардия и неспецифические изменения процессов реполяризации миокарда. ЭхоКГ у части пациентов основной группы выявлялись начальные признаки диастолической дисфункции левого желудочка при сохраненной фракции выброса. У пациентов контрольной группы, отказавшихся от полихимиотерапии, указанные клинико-инструментальные изменения встречались значительно реже и носили менее выраженный характер.

Выводы. Проведение полихимиотерапии у пациентов с острым лимфобластным лейкозом ассоциировано с развитием эндотелиальной дисфункции, которая является важным патогенетическим фактором ранних кардиоваскулярных осложнений. Эндотелиальная дисфункция у пациентов, получающих полихимиотерапию, проявляется субклиническими сосудистыми и миокардиальными нарушениями уже на ранних этапах лечения. Комплексная клинико-инструментальная оценка позволяет своевременно выявлять эндотелиальную дисфункцию и обосновывает необходимость динамического кардиологического мониторинга пациентов с острым лимфобластным лейкозом.

Шопулатов Ш.А.

МАЛОИЗУЧЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра внутренних болезней №3 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан

Научный руководитель – PhD, доцент Пулатов У.С.

Цель исследования. Определить клинико-лабораторных особенностей реактивного артрита урогенитальной этиологии.

Материал и методы. Проведено клинико-лабораторное исследование в городском медицинском объединении города Самарканд у пациентов с признаками реактивного артрита урогенитальной этиологии (n=30). Всем пациентам проводилось клиническое обследование, лабораторные исследования (общий анализ крови, С-реактивный белок), а также выявление урогенитальной инфекции методом ПЦР. Определение уровня интерлейкина-17А (IL-17A) в сыворотке крови проводилось методом ИФА. Экспрессия гена TLR-2 определялась методом ОТ-ПЦР. Иммунологические исследования выполнены на базе Института иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан по договору.

Результаты исследования. Наиболее часто у пациентов наблюдались асимметричные артралгии и отек крупных суставов: коленных – у 56,7%, голеностопных – у 46,7%. Покраснение и ограничение подвижности суставов отмечалось у 70% больных. Скованность в суставах утром или после незначительной физической нагрузки выявлялась у 50% пациентов. Повышение уровня С-реактивного белка и лейкоцитоза в перифериче-

ской крови выявлено у 63,3% пациентов. Урогенитальная инфекция была подтверждена методом ПЦР с выявлением *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum*. У 12 пациентов (40%) реактивный артрит имел хроническое течение с периодическими обострениями каждые 3–6 месяцев.

Иммунологическое исследование показало достоверное повышение уровня IL-17A у пациентов с урогенитальным реактивным артритом по сравнению с контрольными значениями ($p < 0,05$). У больных с более выраженной клинической активностью заболевания уровень IL-17A был выше и коррелировал с показателями воспаления (С-реактивный белок, СОЭ). Одновременно отмечено повышение экспрессии гена TLR-2, что свидетельствует об активации врожденного иммунитета. Наиболее высокие значения TLR-2 наблюдались у пациентов с затяжным и хроническим течением заболевания.

Выводы. Реактивный артрит урогенитальной этиологии характеризуется преимущественным поражением крупных суставов нижних конечностей и выраженными воспалительными лабораторными изменениями. Повышение уровня IL-17A отражает активность воспалительного процесса и связано с клиническими проявлениями заболевания. Усиленная экспрессия TLR-2 свидетельствует об активации механизмов врожденного иммунитета при реактивном артрите. Сочетанное повышение IL-17A и TLR-2 может рассматриваться как перспективный иммунологический критерий стратификации риска хронического течения заболевания. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейшего изучения иммуногенетических маркеров и внедрения современных лабораторных методов диагностики реактивного артрита урогенитальной этиологии.

Шукуров И.Р.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ

Кафедра терапевтических дисциплин, университет Зармед, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель – PhD, доцент Саттарова С.З.

Цель исследования. Изучение и анализ электрофизиологических изменений у лиц с диагностированным синдромом Гийена–Барре.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с подтвержденным СГБ, без возрастных и половых ограничений, а также без сопутствующих заболеваний, способных вызвать схожую неврологическую симптоматику (полиомиелит, ботулизм, диабетическая полинейропатия). Функциональные исходы оценивались по модифицированной шкале Рэнкина (mRS) и шкале Хьюза при поступлении, на момент выписки и спустя полгода наблюдения.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета SPSS (версия 20). Категориальные переменные представлены в виде абсолютных чисел и процентных долей, количественные — в формате средних значений и медиан. Для сравнения показателей применяли критерий χ^2 , различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Возраст участников варьировал от младенческого до 70 лет, средний показатель составил 31 ± 21 год. Большая часть обследованных (24 человека, 61%) была младше 40 лет, из них 21 пациент (53%) относился к детской возрастной группе (0–18 лет). Восемь больных принадлежали к старшей возрастной категории (61–80 лет). Отмечено преобладание мужчин — 27 человек (68%), соотношение мужчин и женщин составило 2:1.

Анализ вариантов СГБ показал, что ОВДП встречалась в 53% случаев, ОМАН — в 29%, ОМСАН — в 11%, тогда как частота сенсорной и атипичной форм не превышала 2% каждая. У 21 пациента удалось установить предшествующие инфекционные эпизоды: инфекции дыхательных путей отмечены у 6 человек (15%), диарея или рвота — у 9 (22%).

Наиболее благоприятное течение наблюдалось при ОВДП и ОМСАН: у 20 из 26 пациентов (77%) через 6 месяцев зафиксировано полное восстановление с показателями по шкале Хьюза 0–2. В то же время у больных с ОМАН прогноз был хуже — двое пациентов (12%) скончались в стационаре. Плазмаферез проведен у 32 пациентов (52%).

Выводы. Синдром Гийена–Барре остается редкой, но клинически значимой аутоиммунной патологией периферической нервной системы, ассоциированной с риском инвалидизации и летальности. Наиболее часто встречающимся вариантом в данной выборке была ОВДП. Вместе с тем, выявлена высокая доля аксональных форм (40%), что превышает показатели, характерные для западных популяций (6–7%). При этом ОМАН демонстрировала менее благоприятный прогноз по сравнению с ОВДП. У большинства пациентов (85%) отмечен удовлетворительный исход. Хотя плазмаферез применялся наиболее часто, значимых различий в динамике улучшения между подтипами не обнаружено.

Шукуров Н.К., Мусоев С.

СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В ДОМЕ ИНТЕРНАТА ДЛЯ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Научный руководитель: старший преподаватель Мирзоева М.Б.

Цель исследования. Представить концепцию стратегии, направленной на ликвидацию туберкулеза (ТБ) как угрозы общественному здоровью в домах-интернатах, путем внедрения системы проактивного раннего выявления и быстрого реагирования на вспышки.

Материал и методы. История болезни больного, результаты лабораторных исследований, поступившего из дома интерната для инвалидов в ноябре 2024 года в детскую туберкулезную больницу города Душанбе.

Были проведены эпидемиологические исследования и обследование лиц, находившихся в тесном контакте с заболевшим. Проведено единовременное углубленное скрининговое обследование 202 детей (100% контингента), находившихся в тесном контакте с индексным ТБ пациентом. Были использованные методы - рентгенография органов грудной клетки и внутрикожный Диаскинтест.

Результаты исследования. В результате выявлено всего 7 инфицированных детей (3,5%) в доме-интернате совместно индексным пациентом - бацилловыделителем, который был госпитализирован в Детскую туберкулезную больницу города Душанбе в ноябре 2024 года.

Выводы. Выявленные данные демонстрирует, что организованные коллективы являются эпидемиологическим резервуаром ТБ инфекции. Ключевым обоснованием является то, что дети с психоневрологическими заболеваниями официально включены в группу высокого риска для приоритетного и частого скрининга, поскольку у них симптомы ТБ часто неспецифичны, стерты или вообще отсутствуют. У данных пациентов ввиду того, что снижен иммунитет, туберкулиновые пробы могут давать ложноотрицательные результаты. Это требует смещения акцента на объективные методы диагностики, включая IGRA-тесты. Необходимость быстрого реагирования (в течение 72 часов) обусловлена высокой плотностью контактов, что требует немедленного разрыва цепочки передачи.

Шукурова Ш.С.

МАСКИРОВАННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ, РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ

Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель: PhD. Рахимова Д.Д.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение распространённости маскированной артериальной гипертензии (МАГ) среди лиц молодого возраста, выявление основных факторов риска её развития, а также оценка клинической значимости ранней диагностики данного состояния для профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Данные за период 2003–2023 гг. показывают, что распространённость гипертензии у молодых взрослых сохраняется на высоком уровне, но осведомлённость и контроль заболевания ухудшились после 2013 г. Среди взрослых 18–39 лет только примерно 27 % знают о своем диагнозе, тогда как у людей старше 60 лет этот показатель значительно выше.

Материал и методы. В исследование были включены лица молодого возраста (18–35 лет), не имеющие ранее установленного диагноза артериальной гипертензии. Обследование проводилось в несколько этапов: клиническое измерение артериального давления (АД) в условиях медицинского учреждения по стандартному протоколу. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) для выявления скрытых форм гипертензии. Статистический анализ проводился с использованием методов вариационной статистики, корреляционного анализа и оценки относительного риска (RR). Анкетирование участников с целью оценки образа жизни, наследственной предрасположенности, уровня физической активности, наличия стрессовых факторов, режима сна и питания. Критерии маскированной гипертензии- нормальные показатели АД <140/90 мм рт. ст., повышенные показатели по данным СМАД (среднесуточное $\geq 130/80$ мм рт. ст. или дневное $\geq 135/85$ мм рт. ст.)

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что распространённость маскированной артериальной гипертензии среди молодых лиц составила в среднем 10–20%, что сопоставимо с мировыми эпидемиологическими показателями. Выявленные факторы риска наследственная предрасположенность к гипертензии, избыточная масса тела и ожирение, низкая физическая активность, хронический стресс, курение и употребление энергетических напитков, нарушение сна, повышенный уровень пролактина, кортизола или гормональные дисбалансы. У лиц с МАГ чаще отмечались ранние признаки поражения органов-мишеней как утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий, повышенная жёсткость сосудистой стенки, признаки диастолической дисфункции миокарда. Также выявлена статистически значимая корреляция между наличием МАГ и метаболическими нарушениями (дислипидемия, инсулинорезистентность). Исследования дают оценку около 22.6–22.7 % среди молодых имеют гипертензию (определяется как давление $\geq 130/80$ мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов). У подростков и старших подростков (8–19 лет) гипертензия встречается примерно у 5.4 %, а повышенное давление (еще не гипертензия) — у около 8.7 %.

Выводы. Основными факторами риска являются модифицируемые поведенческие и метаболические нарушения, что подчёркивает важность профилактических программ. Суточное мониторирование артериального давления является наиболее информативным методом раннего выявления скрытых форм гипертензии. Ранняя диагностика МАГ позволяет своевременно начать коррекцию образа жизни и лечение, что снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений в будущем. Включение скрининга СМАД в профилактические обследования молодых людей из групп риска целесообразно и клинически оправдано.

Эгамназарова З.Р., Мусаева Ю.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MMP-12 (RS2276109) ПРИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Кафедра неврологии и медицинской психологии, Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан.

Научный руководитель- д.м.н., доцент Мусаева Ю.А.

Цель исследования. Оценить клиническое значение полиморфизма гена MMP-12 rs2276109 (–82A/G), а также определить влияние данного генетического варианта на тяжесть неврологического дефицита у пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инсультом.

Материал и методы. Работа проводилась на базе клиники **Ташкентского государственного медицинского университета** среди пациентов узбекской национальности, госпитализированных в отделения интенсивной неврологии, реанимации. Для молекулярно-генетического анализа в качестве биологического материала использовались образцы периферической венозной крови. Забор крови проводился в остром или раннем подостром периоде инсульта в стерильных условиях в вакуумные пробирки, обработанные EDTA. Генетический анализ проводили методом **полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (Real-Time PCR, qPCR)**.

Результаты исследования. В исследование было включено **196 пациентов**, среди которых **118 (60,2%) составили мужчины** и **78 (40,8%) — женщины**. Средний возраст пациентов составил **66,7 ± 9,7 года**. При этом средний возраст мужчин составил **66,3 ± 9,3 года**, а средний возраст женщин — **67,2 ± 10,3 года**. Среди пациентов с кардиоэмболическим инсультом **63 человека (64,9%) были мужчинами** и **34 (35,1%) — женщинами**. В группе атеротромботического инсульта **52 пациента (52,5%) составили мужчины**, а **47 (47,5%) — женщины**. Статистически значимых различий по половому составу и по возрасту между группами не выявлено ($p = 1,0$, $p = 0,697$). При оценке тяжести неврологического дефицита по шкале **NIHSS** в первые сутки заболевания установлено, что в группе **кардиоэмболического инсульта** преобладали тяжелые неврологические нарушения (**NIHSS ≥ 16**), которые наблюдались у **88,7%** пациентов, тогда как в группе **атеротромботического инсульта** данный показатель составил **55,6%**. В то же время инсульты **средней степени тяжести (NIHSS 6–15)** значительно чаще регистрировались у пациентов группы АТИ по сравнению с группой КЭИ (**42,4% против 11,3%** соответственно). Распределение пациентов по степени тяжести инсульта по шкале **NIHSS** между группами продемонстрировало **статистически значимые различия** ($p < 0,000001$). Анализ распределения генотипов полиморфизма гена **MMP-12 rs2276109 (-82A/G)** показал различия между исследуемыми группами. В группе **КЭИ** преобладал генотип **AA — 61 пациент (62,9%)**, тогда как в группе **АТИ** относительно чаще встречались генотипы **AG и GG**, соответственно **19 (27,3%)** и **17 (30,3%)** пациентов, различия между группами оказались **статистически значимыми** ($p = 0,014$). Связь между патогенетическими подтипами инсульта по классификации **TOAST** и полиморфизмом гена **MMP-12 rs2276109 (-82A/G)** была оценена на основе анализа генотипов, аллелей и ассоциативных генетических моделей. Установлено, что у носителей аллеля **A** вероятность развития **кардиоэмболического инсульта** была примерно в **2 раза выше (OR = 2,09; 95% ДИ: 1,36–3,21)**. Анализ по доминантной генетической модели (**AA vs AG+GG**) также выявил статистически значимую связь данного полиморфизма с кардиоэмболическим инсультом (**OR = 2,30; 95% ДИ: 1,28–4,14; $p = 0,005$**), что подтверждает роль генотипа **AA** как возможного фактора риска данного патогенетического подтипа инсульта.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о значимой роли полиморфизма **MMP-12 rs2276109** в формировании кардиоэмболического подтипа ишемического инсульта. Носительство аллеля **A** и генотипа **AA** ассоциируется с повышенной вероятностью развития кардиоэмболического инсульта и может рассматриваться как потенциальный генетический фактор риска данного патогенетического варианта заболевания.

Эргашева М.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАТАЛЬНЫХ ТРАВМ

Кафедра Терапевтических предметов Университета Зармед Узбекистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Утаганова Г.Х

Цель исследования. Изучить патогенетические механизмы повреждения нервной системы у детей с родовой травмой шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. РТШОП диагностирована у 103 новорожденных, составивших основную группу и наблюдаемых в возрасте до 1 года жизни. В качестве контрольной группы обследовано 30 практически здоровых новорожденных и детей первого года жизни с благоприятным течением ante-, intra- и постнатального периодов. Диагноз устанавливали на основании результатов клинко-неврологического обследования с изучением неврологического статуса по общепринятой методике, магнитно-резонансной томографии (МРТ), ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) нейросонографии (НСГ), рентгенографии шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования. Результаты исследования. Диагноз устанавливали на основании результатов клинко-неврологического обследования с изучением неврологического статуса по общепринятой методике, магнитно-резонансной томографии (МРТ), ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) нейросонографии (НСГ), рентгенографии шейного отдела позвоночника. Распределение детей по полу в основной группе выглядело следующим образом: мальчиков - 68 (66,02%), девочек - 35 (33,98%). В контрольной группе количество мальчиков составило 14 (46,67%), девочек - 16 (53,33%). 8 Важным моментом для своевременного диагностирования РТШОП является оценка накануне родов факторов риска, к которым относятся: возраст матери, рост, паритет, осложненный акушерский анамнез (мертворождение, кесарево сечение в анамнезе и др.), осложнения при данной беременности (угроза прерывания, гестоз, неправильное положение плода, аномальная локализация плаценты, тяжелая анемия), крупный плод. Изучение факторов риска в основной группе показало, что наиболее часто встречающимися предрасполагающими факторами родовых повреждений шейного отдела позвоночника у детей основной группы являются стремительные роды (76,7%), крупная масса при рождении (75,73%>), несвоевременное излитие околоплодных вод (65,05%), затрудненное выведение головки (59,22%»), первые роды в возрасте старше 30 лет (57,28%), тазовое предлежание плода (43,69%). При этом два фактора - стремительные роды и масса тела ребенка - при рождении являются определяющими в развитии РТШОП. При рождении крупного плода затруднено прохождение не столько головы, размеры которой намного превышают нормальные показатели, сколько выведение плеч и туловища (окружности их существенно увеличены). Именно в этих условиях особенно часто травмируется шейный отдел позвоночника плода. В наших наблюдениях указание на «застывание плечиков» и резкие затруднения при их выведении имелись у 59,22% детей основной

группы. Именно в группе детей, родившихся с затруднениями при выведении плеч, обнаружены признаки особенно грубых повреждений нервной системы, и, прежде всего, в области шейного отдела спинного мозга. У всех больных данной категории при рождении отмечены асфиксические расстройства, причём у половины из них имелась патология шейных спинальных сегментов, где локализуется спинальный дыхательный центр.

Выводы. Клинические симптомы натально обусловленных повреждений шейных позвонков могут быть негрубыми и потому в периоде новорожденности часто недооцениваются. Необходим профилактический осмотр всех новорожденных, ибо только ранняя и точная диагностика этих травм обеспечивает успех реабилитационных мероприятий.

Эркинова Г.Э., Полвонова С.Г.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – DSc., доцент Бабамурадова З.Б

Цель исследования. Изучить типы геометрического ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с абдоминальным ожирением и оценить их взаимосвязь с суточным профилем артериального давления (АД).

Материал и методы. В исследование включены 55 пациентов (30 мужчин и 25 женщин) в возрасте 45-65 лет с эссенциальной артериальной гипертензией II стадии, 1-2 степени. Основную группу (n=30) составили пациенты с АГ и абдоминальным ожирением (окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин). Группу сравнения (n=25) составили пациенты с АГ и нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²). Всем участникам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с расчетом среднесуточных показателей, индекса времени и степени ночного снижения АД. Эхокардиография выполнялась для определения конечно-диастолического (КДР) и конечно-систолического размеров (КСР), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ). Рассчитывалась масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и индекс ММЛЖ (иММЛЖ). Тип ремоделирования определяли по классификации A. Ganaou.

Результаты исследования. У пациентов с ожирением выявлены статистически значимо более высокие значения иММЛЖ ($125,4 \pm 10,2$ г/м² против $105,3 \pm 9,8$ г/м² в группе сравнения, $p < 0,05$). Гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) диагностирована у 25 (83,3%) пациентов основной группы и лишь у 12 (48%) пациентов группы сравнения. Анализ геометрии ЛЖ показал, что у пациентов с АГ и ожирением преобладал эксцентрический тип ремоделирования (относительная толщина стенки $< 0,42$ при увеличенном иММЛЖ), выявленный у 18 (60%) человек. Концентрическая гипертрофия чаще встречалась у пациентов без ожирения (11 человек, 44%). По данным СМАД, у пациентов с ожирением достоверно чаще регистрировался патологический суточный профиль «non-dipper» (недостаточное снижение АД в ночные часы) – у 20 (66,7%) против 8 (32%) в группе сравнения. Выявлена прямая корреляционная связь средней силы между выраженностью абдоминального ожирения и индексом ММЛЖ ($r = 0,52$; $p < 0,05$).

Выводы. 1. Сочетание артериальной гипертензии с абдоминальным ожирением ассоциируется с более высокой частотой развития гипертрофии левого желудочка по сравнению с изолированной АГ.

2. Для пациентов с ожирением характерен эксцентрический тип ремоделирования миокарда, тогда как у пациентов с нормальной массой тела чаще регистрируется концентрическая гипертрофия, что свидетельствует о различных патофизиологических механизмах адаптации.

3. Нарушение суточного профиля АД по типу «non-dipper» является дополнительным фактором риска прогрессирования гипертрофии

ЛЖ у пациентов с ожирением, что обосновывает необходимость коррекции антигипертензивной терапии с учетом данных СМАД.

Эшбеков А.Н.

АҲАМИЯТИ КИСЛОТАИ ТИОКТИКӢ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ БО САКТАИ ШАДИДИ ИШЕМИӢ БО БЕМОРИИ ДИАБЕТИ ҚАНД

Кафедраи психологияи тиббӣ, неврология ва психиатрия, ФТДДТТ. Ўзбекистон

Рохбари илмӣ: н.и.т., доцент Искандарова Д.Э.

Ҳадафи таҳқиқот. Омӯзиши аҳамияти кислотаи тиоктикӣ дар табобати беморони гирифтори сактаи шадиди ишемикӣ бо диабет қанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тадқиқот моҳҳои январ-ноябри соли 2025 дар шӯъбаи неврологияи таъҷилии филиали Сурхондарёи Маркази илмии ҷумҳуриявӣ ёрии таъҷилии тиббӣ дар 56 бемори гирифтори ихтилоли шадиди ишемикии гардиши мағзи сар бо диабет қанд гузаронида шуд. Дар давоми тадқиқот, маълумоти анамнези беморон, муоинаи объективӣ ва неврологӣ, санҷишҳои лабораторӣ ва натиҷаҳои МСКТ-и мағзи сар омӯхта шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Илова бар усулҳои стандартӣ табобат, кислотаи тиоктикӣ ба табобати 50% (n=28) беморони барои тадқиқот интихобшуда, 2 маротиба дар як рӯз ба муддатӣ 10 рӯз илова карда шуд. Гурӯҳи 2-юми беморон (50%) дар асоси стандартӣ, яъне бе илова кардани кислотаи тиоктикӣ табобат карда шуданд. Дар давраи мушоҳида, бад шудани вазъи беморон ё марг мушоҳида нашуд. Ҳангоми муқоисаи беморони ҳарду гурӯҳ, қайд карда шуд, ки барқароршавии саломатӣ дар бемороне, ки кислотаи тиоктикӣ

гирифтаанд, нисбат ба бемороне, ки кислотаи тиоктикий нагирифтаанд, мусбаттар буд. Ҳолати неврологӣ беморон дар аввал ба ҳисоби миёна 8-12 ҳол дар шкалаи NIHSS буд ва дар охири давраи мушоҳида, он то 3-5 ҳол коҳиш ёфт, яъне барқароршавӣ бо мушкilotи сабук ва сатҳи мушоҳида шуд. Дар беморони гурӯҳи 2, мушкilotи неврологӣ каме шадидтар буданд, яъне 5-7 ҳол дар шкалаи NIHSS.

Хулоса. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки таъбобат бо кислотаи тиоктикий ба барқароршавии босуръати саломатӣ ва зухуроти сабуки мушкilot дар беморони гирифтори диабетӣ қанд, ки аз сактаи ишемикий азият мекашанд, таъсири муассир мерасонад.

Эшбеков М.А.

ИММУНОЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ: РОЛЬ ЦИТОКИНОВ И ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Самаркандский филиал Республиканского центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хамдамов Б.З.

Цель исследования. Оценить клинико-иммунобиохимические особенности гломерулонефрита и определить прогностическую значимость цитокинового профиля и иммуноэндокринных взаимодействий.

Материал и методы. Обследовано 200 пациентов с различными клиническими формами гломерулонефрита в возрасте от 18 до 65 лет, контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Использованы клинические, лабораторные, иммунологические и биохимические методы исследования. Проведён корреляционный анализ между клиническими, иммунологическими и биохимическими показателями.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с ГН отмечается достоверное повышение уровня провоспалительных цитокинов: IL-1 β — на 64,3%, IL-6 — на 58,7%, TNF- α — на 61,2% по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Одновременно выявлено снижение уровня противовоспалительного цитокина IL-10 на 37,5% ($p<0,05$), что свидетельствует о выраженном дисбалансе цитокиновой регуляции.

Активация врождённого иммунитета через Toll-подобные рецепторы сопровождалась усилением воспалительного ответа и повреждением гломерулярного аппарата. У пациентов с прогрессирующим течением заболевания отмечено повышение маркеров эндотелиальной дисфункции: уровень эндотелина-1 увеличен на 42,8%, при одновременном снижении продукции оксида азота на 33,6% ($p<0,05$).

Анализ антиоксидантной системы выявил снижение активности супероксиддисмутазы на 29,4% и каталазы на 26,1%, что отражает развитие оксидативного стресса и его вклад в прогрессирование нефросклероза.

Корреляционный анализ показал наличие тесной взаимосвязи между уровнем IL-6 и степенью протеинурии ($r=0,62$), а также между TNF- α и снижением скорости клубочковой фильтрации ($r=-0,58$). Уровень IL-10 имел обратную корреляцию с выраженностью воспалительного процесса ($r=-0,54$).

Дополнительно установлено, что изменения цитокинового профиля сопровождаются нарушением функции гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы: уровень ТТГ повышен на 21,7%, при снижении свободного Т3 на 18,9% ($p<0,05$), что указывает на формирование синдрома низкого Т3 и подтверждает наличие иммуноэндокринных взаимодействий.

Выводы. Гломерулонефрит характеризуется выраженными иммунобиохимическими нарушениями, включающими дисбаланс цитокинов, эндотелиальную дисфункцию и оксидативный стресс. Выявленные изменения имеют достоверные корреляционные связи с клиническими показателями и могут рассматриваться в качестве прогностических маркеров течения заболевания. Комплексная оценка иммунобиохимических и эндокринных показателей позволяет повысить точность диагностики и обосновать персонализированные подходы к терапии гломерулонефрита.

Эшпулатов Сухроб

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Кафедра терапевтических предметов Университета Зармед Узбекистан.

Научный руководитель - ассистент Ташинова Л.Х.

Цель исследования. Исследования выявить факторы риска развития неблагоприятных событий у пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточности.

Хроническая сердечная недостаточность является главным исходом большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Прогрессирование хронической сердечной недостаточности приводит к развитию эпизодов острой декомпенсации с застойными явлениями и грозит значительным ухудшением состояния больного, снижением его работоспособности и даже инвалидизацией, поэтому поиск и оценка факторов, ухудшающих состояние пациентов с декомпенсацией СН является актуальной задачей.

Материал и методы. Проведена оценка 60 случаев декомпенсации хронической сердечной недостаточности за 2025 и 2026 год. Анализ осуществлялся по историям болезни (35 ретроспективных пациентов), а также непосредственно в момент госпитализации пациентов стационар (25 проспективных пациента) в отделение терапии в клинике Perfekt. Описательная статистика выполнялась в соответствии с нормальностью распределения данных, различия принимались статистически значимыми при уровне значимости p менее 0,05. Средний возраст пациентов составил $69,49\pm 11,40$, среди них 22 (36,6%) мужчин и 38 (63,3%) женщин.

Результаты исследования. При анализе сроков госпитализации и нахождения в отделение было выявлено, что повторное ухудшение по причине ХСН в момент госпитализации является фактором риска увеличения сроков декомпенсации СН и нахождения в ОИТ, отношение шансов (ОШ) составило 15,3 (95% ДИ 6,99–33,2, $p=0,020$). При госпитализации в группе пациентов с повышенным САД более 120 мм.рт.ст. пациентов женско-

го пола было значимо больше — 32 (53,3 %) человека, чем в группе с нормальным САД (90-120 мм.рт.ст.) 12 (20 %) человек, ОШ 2,37 (95%ДИ 1,09–6,3, $p=0,01$). В целом же по группам с наличием и отсутствием повторного ухудшения состояния пациента по причине ХСН именно повышенное САД сопутствовало данному ухудшению — ОШ составило 9,64 (95%ДИ 3,63–25,6, $p=0,01$). У пациентов с умеренно сниженной фракцией выброса чаще наблюдалась фибрилляция предсердий, ОШ 3,21 (95%ДИ 1,29–8,04, $p=0,01$) и другие виды нарушения ритма, ОШ 4,83 (95%ДИ 1,93–12,1, $p=0,005$) чем у пациентов со сниженной фракцией выброса.

Вероятно, это связано с тем, что пациенты с сниженной фракцией в виду более тяжелого течения заболевания. Как правило, пароксизмы нарушения ритма сердца наблюдаются с высокой ЧСС, что ухудшает течение ХСН, в особенности у пациентов со сниженной ФВ, что заставляет таких пациентов быть более внимательными к терапии, в том числе и к лечению НРС. В нашем исследовании в группе пациентов со сниженной ФВЛЖ ЧСС было больше, чем в группе с умеренно сниженной ФВЛЖ (соответственно $79,96 \pm 21,5$ и $67,51 \pm 19,49$). Кроме того, в ходе исследования было выявлено, что в группе со сниженной ФВ статистически значимо повышено значение таких эхокардиографических критериев, как объем ЛП, КДР, КСР ($p=0,05$). Исходно и через 3 месяца пациентам проводилась оценка толерантности к физической нагрузке по данным теста 6-ти минутной ходьбы. В числе признаков клинического статуса оценивались функциональный класс (ФК) стенокардии по классификации Canadian Cardiovascular Society (CCS). У пациентов через 3 месяца значимо увеличилась дистанция 6-ти минутной ходьбы (с $408,0 [323,5; 469,0]$ до $462,5 [402,5; 497,5]$; $p \leq 40\%$ имела у 80 (28%) больных, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ — у 54 (19%) больных. Были выявлены корреляционные связи ИП с ФВ ЛЖ ($r=0,43$, $p50\%$ $0,93 [0,87; 0,96]$; у больных с ФВ ЛЖ 40-50% $0,87 [0,76; 0,93]$; при ФВ ЛЖ 50% $75 [46; 108]^\circ$; у больных с ФВ ЛЖ 40-50% $121 [61; 151]^\circ$; при ФВ ЛЖ $\leq 0,88$ позволял выявлять больных с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ с чувствительностью 70% и специфичностью 71% (площадь под ROC-кривой $0,75 \pm 0,03$). sQRS-Ta с пороговым значением $> 125^\circ$ позволял выявлять больных с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ с чувствительностью 86% и специфичностью 82% (площадь под ROC-кривой $0,89 \pm 0,03$). ИП с пороговым значением $\leq 0,86$ позволял выявлять больных с ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ с чувствительностью 67% и специфичностью 72% (площадь под ROC-кривой $0,73 \pm 0,03$). sQRS-Ta с пороговым значением $> 125^\circ$ позволял выявлять больных с ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ с чувствительностью 93% и специфичностью 76% (площадь под ROC-кривой $0,89 \pm 0,03$).

Выводы. У больных хронической ИБС по мере снижения ФВ ЛЖ индекс планарности пространственной петли QRS уменьшается, а пространственный угол между интегральными векторами QRS и T нарастает. Данные ВКГ показатели с достаточно высокими чувствительностью и специфичностью позволяют выявлять среди больных хронической ИБС пациентов со сниженной ФВ ЛЖ. повысить частоту выявления нарушений суточного профиля АД и улучшить подбор АГТ.

Юлдошева М.У.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АДИПОНЕКТИНА У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель — к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Изучить уровень адипонектина у пациентов с различными значениями индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 34 пациентов (мужчин и женщин), находившихся на стационарном лечении в ГМЦ №1 им. Карима Ахмедова. Возраст обследованных составил от 19 до 60 лет. Длительность ожирения варьировала от 1 до 10 лет. Критериями включения являлись пациенты с избыточной массой тела и ожирением. Критериями исключения было наличие сахарного диабета 2 типа.

Всем пациентам проводилось анкетирование, сбор анамнеза, антропометрические измерения с расчётом индекса массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$), окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ).

Лабораторные методы включали определение уровня глюкозы крови, показателей липидного спектра, инсулина, витамина D и адипонектина. Референсные значения адипонектина составляли: при ИМТ до $25 \text{ кг}/\text{м}^2$ - $5-37 \text{ мкг}/\text{мл}$; при ИМТ $25-30 \text{ кг}/\text{м}^2$ - $5-28 \text{ мкг}/\text{мл}$; при ИМТ $>30 \text{ кг}/\text{м}^2$ - $2-20 \text{ мкг}/\text{мл}$.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2017. Для оценки взаимосвязи между ИМТ и уровнем адипонектина применялся коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты исследования. Всего обследовано 34 пациента, из них 29 женщин (85,3%) и 5 мужчин (14,7%). Распределение пациентов по ИМТ: нормальная масса тела - 11 человек (32,35%); избыточная масса тела - 11 человек (32,35%); ожирение I степени - 7 пациентов (20,59%); ожирение II степени - 2 пациента (5,88%); ожирение III степени - 5 пациентов (14,72%). Средний уровень витамина D у обследованных пациентов составил $12,94 \pm 2,48 \text{ нг}/\text{мл}$, что свидетельствует о наличии выраженного дефицита витамина D у большинства пациентов. Средний уровень адипонектина составил $23,44 \pm 5,64 \text{ мкг}/\text{мл}$. При сравнительном анализе было выявлено его последовательное снижение по мере увеличения массы тела: при нормальной массе тела - $33,64 \pm 8,80 \text{ мкг}/\text{мл}$; при избыточной массе тела - $23,28 \pm 5,33 \text{ мкг}/\text{мл}$; при ожирении I–III степени - $14,23 \pm 3,20 \text{ мкг}/\text{мл}$.

Корреляционный анализ выявил достоверную отрицательную взаимосвязь между ИМТ и уровнем адипонектина ($r=-0,52$; $p<0,05$), что свидетельствует о снижении концентрации данного адипокина при увеличении массы тела.

Выводы.

1. У пациентов с увеличением индекса массы тела наблюдается достоверное снижение уровня адипонектина.
2. Снижение адипонектина связано с развитием хронического воспаления жировой ткани при ожирении.
3. Низкий уровень адипонектина может рассматриваться как маркер метаболических нарушений и фактор риска развития инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа.

4. У большинства обследованных пациентов выявлен выраженный дефицит витамина D, что требует дальнейшего изучения его роли в патогенезе метаболических нарушений.

Юлдошева З.Х., Пулатова С.Д., Шаропов С.Г.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА: НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ.

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ РТ СЗН, Таджикистан

Научный руководитель- к.м.н. Пулатов Д.И.

Цель исследования. определить клинические особенности и диагностические трудности при болезни Вильсона-Коновалова смешанной формы. Показать значение комплексного подхода в диагностике и лечении болезни Вильсона-Коновалова смешанной формы.

Материал и методы. Проведено клиническое наблюдение пациента с болезнью Вильсона-Коновалова смешанной формы, проходивший стационарное лечение в ГУ «Институте Гастроэнтерологии» РТ. Клинический диагноз был выставлен на основании: жалоб (гиперпигментацию кожных покровов, желтушность кожи и склер, потемнение цвета мочи, общую слабость, утомляемость, генерализованный тремор, дизартрию, анамнеза заболевания- у сестры подтверждённая болезнь Вильсона-Коновалова, лабораторного уровня (Алат, Асат, вирусологическое исследование, общий билирубин, ЩФ, холестерина) и инструментальных (Фиброэластометрия печени, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), МРТ головного мозга, офтальмологическое обследование щелевой лампой на наличие колец кайзера-Флейшера) методов исследования, специфических анализов (уровень церулоплазмينا и меди в крови, уровень меди в суточной моче).

Результаты исследования. У пациентки выявлены клинические проявления болезни Вильсона-Коновалова смешанной формы: - признаки поражения печени (холестаз, повышение ферментов переаминирования, гепатоспленомегалию); - неврологическая симптоматика: генерализованная дистония, нарушение походки и координации, дизартрию). При офтальмологическом исследовании обнаружено кольцо Кайзера-Флейшера. В биохимическом анализе крови выявлены снижение церулоплазмينا-9мг/дл(N20-60) и меди-3,1мкмоль/л(N-12,6-24,3мкмоль/л) в крови, повышение концентрации меди в суточной моче -512,6 мкг/л (N-2-80мкг/л). МРТ головного мозга показали изменения в базальных ганглиях. Применение специфической терапии D-пеницилламином (купренила) в терапевтической дозе 250 мг по 1 таблетке 2 раза, привело к снижению выраженности двигательных дисфункций и нормализации ферментов переаминирования.

Выводы. Данный клинический случай подчеркивает важность своевременной диагностики болезни Вильсона-Коновалова смешанной формы. Применение патогенетической терапии (D-пеницилламамина) способствует регрессу неврологической симптоматики, снижению выраженности и генерализованной дистонии и улучшению качества жизни пациента. Раннее начало лечения имеет решающее значение для предотвращения прогрессирования заболевания и улучшения качества жизни больного.

Юнусов С.С., Гончарова М.С., Тагоев А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В РТ: БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф. М. Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель- и.о. зав. кафедрой Кадырова З.Д.

Цель исследования. Изучить ключевые структурные, культурные и социально-экономические барьеры, препятствующие эффективному оказанию и получению помощи при психических расстройствах в Таджикистане.

Материал и методы. Для проведения исследования был использован **смешанный (количественный и качественный) методологический подход.**

-Количественный компонент. Анонимное анкетирование с использованием стандартизированных опросников: 1. Для оценки уровня стигмы среди населения и родственников: опросник **OMS-HC (Opening Minds Scale for Health Care Providers)**, адаптированный для широкой аудитории. 2. Для скрининга симптомов тревоги и депрессии среди респондентов: **Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS-21)** или **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)**. 3. Анкета для врачей для оценки уровня профессионального выгорания (**MBI - Maslach Burnout Inventory**) и удовлетворённости условиями труда.

-Качественный компонент. Полуструктурированные глубинные интервью с представителями каждой группы (врачи, пациенты, родственники) для получения детальной информации о переживаниях, стигме, трудностях взаимодействия с системой здравоохранения и семейных отношениях. Выборка целевая, рекрутирована через медицинские учреждения и общественные организации.

Результаты исследования. **Выявлен высокий уровень стигмы и низкая осведомлённость** пациентов и их семей, что приводит к поздней обращаемости к врачу психиатру. Выявляется острый дефицит кадров (психиатров, психотерапевтов, клинических психологов), особенно в сельской местности. Пациенты склонны предъявлять соматические жалобы (головные боли, слабость) вместо описания психологического состояния, а врачи общей практики не всегда обладают навыками распознавания психических расстройств.

Вывод. Проблема ментального здоровья в Таджикистане требует комплексного межсекторального подхода: 1. **Интеграция психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь.** Обучение врачей общей практики навыкам диагностики и лечения распространённых расстройств (депрессия, тревога) по программам ВОЗ (mhGAP). 2. **Масштабные антистигматизационные кампании.** Привлечение СМИ, общественных лидеров

и религиозных деятелей для изменения общественного восприятия психических заболеваний. 3. **Развитие кадрового потенциала.** Подготовка и привлечение клинических психологов, психотерапевтов, социальных работников. 4. **Развитие немедикаментозной помощи.** Создание и поддержка кризисных центров, телефонов доверия, групп взаимопомощи для пациентов и их родственников.

Юнусов С.С., Гончарова М.С.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Изучить расстройства аутистического спектра (РАС) на основании текущего психического состояния пациента.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Были применены клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический методы, система ADOS. В исследовании приняли участие 47 человек вместе с родителями (опекунами или другими родственниками).

Результаты исследования. По гендерному признаку пациенты с РАС распределились следующим образом: мальчики составили 66%, девочки - 34%. Городских жителей среди пациентов с РАС было 55%, сельских жителей - 45%. Родителям даются рекомендации по дальнейшей работе с детьми. Осуществляется консультирование о фильмах, книгах, способных снизить напряжение у родителей и помочь разобраться в особенностях своего ребёнка, уровня понимания проблем в отношении с ребёнком. Индивидуальные программы рекомендации родителям помогают в воспитании, обучении и реабилитации ребёнка с расстройствами аутистического спектра. В следствие особенностей самого заболевания и т.к. родители, прошедшие консультирование у специалистов, не всегда могли реализовать полученные знания в домашних условиях, в 80% случаях результаты социализации детей были минимальными. В 15% наблюдалось ухудшение по ряду внешних и внутренних факторов (возрастные кризисы ребёнка, отсутствие занятий с ребёнком, ситуации в семье и других), в 5% зарегистрирован стойкий положительный эффект. Подход к лечению основывается на принципах междисциплинарного взаимодействия, с участием врачей-психиатров, психологов, психотерапевтов, социальных работников.

Вывод. Детский аутизм – общее расстройство развития, проявляющееся в возрасте до 3-х лет. Аномальное развитие наблюдается в следующих сферах: социальном взаимодействии, нарушенном речевом общении и ограниченном повторяющемся поведении. Специфические для аутизма проявления дефекта меняются по мере роста ребёнка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется в виде сходного типа проблем социализации, общения и интересов.

Юсупов Дж.Ю., Сафарова С.Дж.

ЗНАЧЕНИЕ СНА В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СТУДЕНТОВ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Каримова Г.Н.

Цель исследования. Изучить влияние продолжительности сна на когнитивные функции студентов медицинского факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Материал и методы. 60 студентов заполнили анкету о режиме сна, прошли тесты на внимание, кратковременную память и концентрацию. В исследовании приняли участие 60 студентов медицинского факультета в возрасте от 18 до 22 лет.

Для оценки режима сна была проведена анкетирование студентов, включающая вопросы о средней продолжительности сна в будние дни, времени отхода ко сну, наличии трудностей с засыпанием и субъективной оценке качества сна.

В зависимости от продолжительности сна все участники исследования были разделены на три группы: первая группа — студенты, спящие менее 6 часов в сутки; вторая группа — студенты, спящие 6–7 часов; третья группа — студенты, спящие 7–8 часов в сутки.

Для оценки когнитивных функций использовались тестовые задания, направленные на определение уровня внимания, кратковременной памяти и способности к концентрации. Полученные данные анализировались путем сравнения результатов тестирования между исследуемыми группами.

Результаты исследования. При анализе результатов когнитивных тестов было установлено, что студенты, спящие менее 6 часов в сутки, продемонстрировали более низкие показатели внимания, кратковременной памяти и концентрации. Их результаты были в среднем на 15–20% ниже по сравнению со студентами, которые спят 7–8 часов.

Студенты со средней продолжительностью сна (6–7 часов) показывали промежуточные результаты. Хотя их показатели были выше, чем у студентов с выраженным дефицитом сна, они все же уступали результатам студентов с оптимальной продолжительностью сна.

Наиболее высокие результаты тестирования наблюдались у студентов, которые спят 7–8 часов в сутки. В данной группе отмечалась более высокая скорость выполнения заданий, лучшая концентрация внимания и более высокий уровень кратковременной памяти.

Кроме того, студенты с достаточной продолжительностью сна отмечали лучшее самочувствие, меньшую утомляемость и более высокую учебную продуктивность.

Также было выявлено, что у студентов старших курсов чаще наблюдается сокращение продолжительности сна, что может быть связано с увеличением учебной нагрузки, подготовкой к экзаменам и более высокой степенью ответственности за результаты обучения.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что продолжительность сна оказывает значительное влияние на когнитивные функции студентов. Студенты, которые спят менее 6 часов в сутки, демонстрируют более низкие показатели внимания, кратковременной памяти и концентрации по сравнению со студентами, имеющими оптимальную продолжительность сна.

Наиболее благоприятные результаты наблюдаются у студентов, соблюдающих режим сна продолжительностью 7–8 часов в сутки.

Юсупов К.Ч., Тошев К.С., Тагоев А.А.

ВАЙРОНШАВИҶОИ РУҶИЮ РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ИНСУЛТИ ИШЕМИЯВИРО АЗ САР ГУЗАРОНИДА

Кафедраи психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М.Ғ.Ғуломов

МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон.

Рохбари илмӣ – ассистенти кафедраи Ҳакимов В.Б.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани вайроншавиҳои руҳию равонӣ дар беморони баъди гузаронидани инсулти ишемиyai.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот дар шуъбаи асаб ва фалачи мағзи сар бо иштироки 20 нафар бемор, ки 10 нафарашон мард ва 10 нафарашон зан буданд, ки аз 60 то 75 соларо ташкил мекарданд, гузаронида шуд. Бо мақсади арзёбии қардани функсияҳои олии руҳӣ дар беморони мазкур, ки инсулти ишемиyaiро аз сар гузаронидаанд, аз санҷишҳои нейropsychологӣ, ба монанди Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), ҳамчунин аз нейровизуализатсия, томографияи магнитно резонансӣ барои баҳогузории сохторҳои осебдидаи майнаи сар истифода гардид. Таҳлили омории маълумотҳо бо истифода аз Таърихи бемории беморони мазкур гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз 20 нафар беморе, ки инсулти ишемиyaiро гузаронидаанд, дар 80%-и онҳо вайроншавиҳои руҳӣ бо дараҷаҳои гуногуни зоҳиршавӣ ошкор карда шуд. Бештар вайроншавиҳои хотира (55%), диққат (65%), нутқ (70%) мушоҳида карда шуд. Вайроншавиҳои функсияҳои иҷроқунӣ (40%) ва дезориентатсия (20%) камтар ба назар мерасад.

Ҷойгиршавӣ ва намудҳои инсулт ба дараҷа ва намуди вайроншавӣ таъсири хос расонид: бемороне, ки дар онҳо инсулти ишемиyaiи намуди атеротромботикӣ ва кардиоэмболикӣ мушоҳида шуд, 20%-и беморонро ташкил медоданд. Дар онҳо вайроншавиҳои функсияҳои олии асаб нисбатан вазнинтар ба назар мерасад, хусусан вайроншавиҳои хотира, нутқ ва ҳамчунин, ҳолатҳои баъдиинсултӣ, ба монанди депрессияи баъдиинсултӣ.

Дар беморон бо инсулт дар ҳавзаи шараёни миёнаи майнаи сар, ки қисмати зиёди беморон, яъне 60% - ро ташкил медоданд, бештар вайроншавиҳои нутқ ва намуди афазияи сенсомоторӣ, вайроншавиҳои хотира, тафаккур ва камтар дезориентатсия ва функсияҳои иҷроқунӣ мушоҳида шуд.

Дар бемороне, ки инсулт дар ҳавзаи шараёни вертебро-базилярӣ, шараёнҳои мағзи дарозрӯя ва пулак ҷойгир шуда буд, 20% аз шумораи умумии беморонро ташкил медоданд. Дар ин беморон бештар дезориентатсия ва вайроншавиҳои баръалои нутқ ва намуди дизартрия мушоҳида шуд.

Хулоса. Вайроншавиҳои когнитивӣ баъди инсулти ишемиyaiи мушкilotи қиддиеро боқӣ мемонанд, ки ба барқароршавиҳои функционалии беморон таъсир мерасонанд. Бештар вайроншавиҳои хотира, диққат, нутқ ва функсияҳои иҷроқунанда ба фаъолияти ҳаррӯза ва мутобикшавиҳои ҷамъиятӣ таъсири манфӣ мерасонанд. Синну сол ва ҷойгиршавиҳои инсулт дар инкишофи вайроншавиҳои когнитивӣ аҳамияти қалбӣ доранд. Дар беморон бо бемориҳои ҳамрадиф (бемории ишемиyaiи дил, гипертонияи артериявӣ, диабетӣ қанд) нишондиҳандаҳои нисбатан вазнинтари вайроншавиҳои руҳӣ ба назар мерасад. Натиҷаҳои томографияи магнитно резонансӣ нишон доданд, ки осебҳои вазнинтари майнаи сар бо вайроншавиҳои вазнинтари когнитивӣ шарҳ дорад мешаванд.

Қайд қардан зарур аст, ки вайроншавиҳои мазкур метавонанд афзоиш ёбанд, ки ин даҳолати саривақтӣ ва стратегияи ислохгардонии реабилитатсионӣ баҳри беҳтаргардонии функсияҳои когнитивиро талаб мекунад.

Юсупова Ш.Р., Бойханова Д.Д., Исомиддинов Р.У.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТРАТА МАГНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Кафедра клинической фармакологии, Ташкентский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мусаева Л.Ж.

Цель исследования. Оценить влияние добавления цитрата магния к стандартной базисной терапии на показатели функции внешнего дыхания (ФВД), частоту обострений и уровень контроля над бронхиальной астмой (БА) у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное контролируемое исследование на базе пульмонологического отделения ТГМУ. 120 пациентов (52 мужчины и 68 женщин, средний возраст $45,3 \pm 12,7$ лет) с бронхиальной астмой средней ($n=60$) и тяжелой ($n=60$) степени тяжести в соответствии с критериями GINA (2024), были случайным образом разделены на две группы по 60 человек. Контрольная группа

получала стандартную базисную терапию, включающую ингаляционные глюкокортикостероиды и длительно действующие β_2 -агонисты. Пациенты основной группы дополнительно получали цитрат магния в дозе 400 мг перорально один раз в сутки в течение 3 месяцев. Оценивались показатели функции внешнего дыхания (объем форсированного выдоха за первую секунду – ОФВ1), индекс контроля над астмой (АСQ-5), суточная вариабельность пиковой скорости выдоха (ПСВ), а также частота обострений заболевания, в начале исследования и через 3 месяца лечения.

Результаты исследования. По завершении исследования отмечено статистически значимое улучшение показателей функции внешнего дыхания. Среднее значение ОФВ1 увеличилось на 15,2% от исходного уровня (с $2,1 \pm 0,4$ л до $2,42 \pm 0,35$ л; $p < 0,01$), тогда как в контрольной группе прирост составил 5,8% и не достиг статистической значимости. Частота обострений бронхиальной астмы была ниже в основной группе и составила 0,42 случая на пациента по сравнению с 0,60 случая в контрольной группе. Также в основной группе средний показатель АСQ-5 снизился с $1,8 \pm 0,6$ до $1,1 \pm 0,4$ балла ($p < 0,01$), тогда как в контрольной группе наблюдалась лишь тенденция к улучшению. Суточная вариабельность ПСВ у пациентов основной группы снизилась на 18,5%. Наиболее выраженный положительный эффект наблюдался у пациентов с исходно пониженным уровнем магния в сыворотке крови и неконтролируемым течением бронхиальной астмы. Препарат цитрата магния характеризовался хорошей переносимостью; зарегистрированные побочные эффекты носили незначительный и кратковременный характер.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что включение цитрата магния в дозе 400 мг/сутки в состав стандартной базисной терапии пациентов с бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести способствует достоверному улучшению показателей функции внешнего дыхания, снижению частоты обострений и повышению уровня контроля над заболеванием. Отмеченная положительная динамика позволяет рассматривать цитрат магния как перспективный компонент вспомогательной терапии, особенно у пациентов с признаками дефицита магния и недостаточным контролем заболевания.

Ятимова С.А., Насриева М.Ф., Салихова М.Х.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Нарзуллоева А.Р.

Цель исследования. Изучить особенности проявления ИБС у женщин в перименопаузальном периоде.

Материал и методы. Нами было обследовано 95 женщин в возрасте от 37 до 55 лет (средний возраст $44,5 \pm 0,6$ лет). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин репродуктивного возраста (средний возраст $28,5 \pm 0,7$ лет). В зависимости от степени нарушения менструальной функции все пациентки основной группы (95 человек) были разделены на 2 группы: I группу составили 30 женщин в перименопаузальном периоде, а также женщины, у которых регистрировался нерегулярный менструальный цикл за последние 3-11 месяцев (средний возраст – $42,1 \pm 0,6$ лет). Во II группу были включены 65 женщин (средний возраст $45,6 \pm 0,6$ лет) в постменопаузальном периоде. Всем больным была проведена клиническая оценка, стандартная ЭКГ, мониторирование ЭКГ (МЭКГ) по Холтеру и проба с физической нагрузкой (ПФН).

Результаты исследования. При проведении опроса и сбора анамнеза в 10% случаев среди больных I группы и в 38,5% среди больных II группы, перименопаузальный период характеризовался усугублением течения АГ и ИБС. ИБС была выявлена у 28 пациентов (29,4% от всех обследованных). ИБС существенно часто выявлялась во II группе (у 25 человек, 38%), чем в первой (3 пациентки, 10%, $p < 0,01$). В I группе у всех была диагностирована стенокардия напряжения (СН) II функционального класса (ФК). Во II группе стенокардия напряжения ФК II была выявлена у 13 пациентов (20% случаев), а у 12 пациентов (18,4%) стенокардия напряжения ФК III, среди которых у 6 женщин (9,2%) на момент поступления в стационар и включения в исследование была диагностирована нестабильная стенокардия. Среди обследованных во II группе был выявлен 1 случай (1,5%) ранее перенесенного инфаркта миокарда. В общем, из 95 больных, боли в перикардиальной области и за грудиной отмечали 68 человек: 19 пациентов из I группы (63,3%) и 49 человек из II группы (75,4%). Однако только в 2 случаях в I группе (6,7%) и в 16 случаях во II группе (24,6%) у этих больных диагноз был верифицирован при проведении велоэргометрической пробы. При проведении МЭКГ в I группе больных тяжелых нарушений ритма и проводимости не выявлялось: у 5 пациентов (16,7%) регистрировалась наджелудочковая экстрасистолия (НЭС) и ещё у 2-желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) невысоких градаций (Lown I-II). Тогда как в II группе лишь у 87,7% регистрировался синусовый ритм, в остальных случаях (12,3%) ритм имел несинусовое происхождение, в 5 случаях (7,8%) у больных отмечалась постоянная мерцательная аритмия (МА) и в 1 случае (1,5%) идиовентрикулярный, нижнепредсердный ритм и суправентрикулярная тахикардия (СВТ). Кроме того, у 7 пациентов (10,8%) регистрировалась НЭС и ещё у 4 больных (6,1%) ЖЭС, причем у одной пациентки высоких градаций (Lown IVa). В основной группе исследования были выявлены нарушения внутрижелудочковой проводимости и блокады в системе пучка Гисса, однако они регистрировались с одинаковой частотой в I и II группах (23,3% и 13,3% соответственно, $p > 0,05$).

Выводы. Наступление менопаузы характеризуется резким повышением риска развития ИБС. Для ИБС, развившейся в период менопаузы, характерно частое наличие безболевых форм стенокардии и атипичного болевого синдрома, а также частые сочетания с кардиалгиями неишемического генеза, что с одной стороны ведет к поздней диагностике ИБС, а с другой – может существенно её затруднять. Кроме того, у больных в постменопаузе коронарная патология осложняется тяжелыми нарушениями ритма, что существенно повышает у данной категории пациентов риск кардиоэмболических осложнений и внезапной аритмической смерти.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМENOПАЗУЗЫ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Нарзуллоева А.Р.

Цель исследования. Изучение особенностей метаболических нарушений на фоне артериальной гипертензии у женщин в период перименопаузы.

Материал и методы. Нами обследовано 75 женщин в возрасте от 37 до 55 лет (средний возраст $44,5 \pm 0,6$ лет), страдающих артериальной гипертензией. В зависимости от степени нарушения менструальной функции все пациентки были разделены на 2 группы: I группу составили 30 женщин в перименопаузальном периоде, II группу - 45 женщин в постменопаузальном периоде, продолжительность которого составляла в среднем $11,8 \pm 0,6$ месяца. Всем больным проводились антропометрическое исследование и измерение АД, а также определялись содержание в крови уровня глюкозы, общего холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности и триглицеридов.

Результаты исследования. Среди женщин основной группы преобладают лица с избыточной массой тела и ожирением: в I группе нормальная масса тела регистрировалась лишь в 16,7% случаев, во II группе - у 29,2% пациентов, что было существенно ниже в сравнении с лицами контрольной группы (76,7%, $p < 0,01$). Ожирение чаще встречалось у лиц II группы по сравнению с I группой (71,8% против 33,3%, $p < 0,01$). В контрольной группе лиц с ожирением не регистрировалось. При исследовании распределения жира выявлено, что андронидный тип ожирения встречается чаще во II группе - в 36 случаях (55,4%), чем в I группе - в 14 случаях (46,7%). В основной группе андронидное ожирение встречается у 50 женщин (52%), тогда как в контрольной группе лиц с андронидным ожирением не встречается, хотя имеются лица с промежуточным типом ожирения - 8 человек (26,7%). При сравнительном анализе метаболических показателей у женщин в перименопаузе и контрольной группы оказалось, что у первых в отличие от группы контроля наблюдаются более высокие уровни глюкозы сыворотки крови ($5,81 \pm 1,23$ ммоль/л против $4,43 \pm 0,44$ ммоль/л соответственно, $p < 0,001$), триглицеридов ($2,41 \pm 1,47$ ммоль/л против $1,28 \pm 0,47$ ммоль/л соответственно, $p < 0,01$), общего холестерина (ОХС) ($5,73 \pm 0,99$ ммоль/л против $4,88 \pm 0,44$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$) и ХС ЛПНП ($3,35 \pm 0,21$ ммоль/л против $2,91 \pm 0,41$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$). Кроме того, у лиц в перименопаузе наблюдается более низкое содержание ХС ЛПВП ($0,93 \pm 0,12$ ммоль/л против $1,14 \pm 0,11$ ммоль/л в контрольной группе, $p < 0,05$). Гиперхолестеринемия выявлена у 30% женщин I группы и 50,8% пациенток II группы ($p < 0,05$). Частота умеренной и тяжелой гиперхолестеринемии у больных II группы регистрировалась в 2 раза чаще, чем у лиц I группы. Гипертриглицеридемия ($> 1,7$ ммоль/л) была выявлена у 47,7% женщин II группы и у 33,3% - I группы. Повышение уровня ХС ЛПНП ($> 3,4$ ммоль/л) регистрировалось у 38,5% больных II группы и у 23,3% пациенток I группы. Снижение содержания ХС ЛПВП ($< 1,3$ ммоль/л) несколько чаще регистрировалось во II группе пациентов, нежели в первой (49,5 против 33,3%, нд). В группе женщин с сохраненным менструальным циклом снижение ХС ЛПВП отмечалось только у 1 пациентки (3,3% случаев). Гипергликемия $> 5,6$ ммоль/л была выявлена у 16,9% пациенток II группы и у 10% больных I группы.

Выводы. Для женщин в перименопаузе характерна высокая частота метаболических нарушений. Причем в большинстве случаев наблюдается их агрегация, что позволяет рассматривать их сочетание как проявление менопаузального метаболического синдрома, развитие которого, по нашим данным, встречается наиболее часто в постменопаузе у женщин с тяжелым течением климактерического синдрома.

Яхъёева Х. Ш., Курбанова Д. Д., Хосиятова К. Х.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г. Б.

Цель исследования. Проведение анализа этиологии, клинического течения и появления осложнений артериальной гипертензии у 30 пациентов.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие **30 пациентов** с диагнозом артериальная гипертензия I–III стадии в возрасте от 35 до 65, лет находившихся на стационарном лечении в отделении аритмии РКЦК г. Душанбе с сентября до декабря 2025 года. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что у большинства пациентов диагностирована **первичная (эссенциальная) артериальная гипертензия**. Основные этиологические факторы: наследственная предрасположенность - 18 пациентов (60%); ожирение и избыточная масса тела - 20 пациентов (67%); хронический стресс - 16 пациентов (53%); низкая физическая активность - 19 пациентов (63%); курение - 11 пациентов (37%).

Вторичная артериальная гипертензия выявлена у 6 пациентов (20%) и была связана с заболеваниями почек и эндокринной патологией.

Клиническое течение артериальной гипертензии отличалось постепенным прогрессированием. Наиболее частые жалобы: головная боль - 21 пациент (70%); головокружение - 15 пациентов (50%); шум в ушах - 12 пациентов (40%); утомляемость - 18 пациентов (60%); сердцебиение - 10 пациентов (33%).

У 8 пациентов (27%) заболевание протекало бессимптомно и выявлялось случайно.

Анализ клинических данных показал, что длительное неконтролируемое повышение артериального давления приводило к развитию осложнений, связанных с поражением органов мишеней. Наиболее часто выявленные осложнения: со стороны сердечно-сосудистой системы: гипертрофия левого желудочка - у 24 пациентов (80%); ишемическая болезнь сердца - у 9 пациентов (30%); хроническая сердечная недостаточность - у 7 пациентов (23%).

Со стороны центральной нервной системы: транзиторные ишемические атаки - у 4 пациентов (13%); ишемический инсульт в анамнезе - у 3 пациентов (10%); гипертоническая энцефалопатия - у 5 пациентов (17%).

Поражение почек: гипертоническая нефропатия - у 6 пациентов (20%); снижение скорости клубочковой фильтрации - у 4 пациентов (13%).

Поражение органов зрения: гипертоническая ретинопатия - у 8 пациентов (27%).

Частота и выраженность осложнений возрастали у пациентов со II-III стадией артериальной гипертензии и при длительном стаже заболевания.

Выводы. Артериальная гипертензия у обследованных 30 пациентов характеризовалась разнообразной клинической картиной, включающей как выраженные субъективные жалобы, так и бессимптомное течение заболевания. Наиболее частыми клиническими проявлениями являлись головная боль, головокружение, одышка и сердцебиение, что свидетельствует о вовлечении сердечно-сосудистой и нервной систем. У значительной части больных выявлены признаки поражения органов-мишеней, в том числе гипертрофия левого желудочка и изменения сосудов глазного дна, что указывает на длительное течение артериальной гипертензии. Бессимптомное течение заболевания у части пациентов подчёркивает важность регулярного контроля артериального давления и проведения профилактических осмотров. Полученные результаты подтверждают необходимость ранней диагностики артериальной гипертензии и комплексного подхода к её лечению с целью предупреждения развития осложнений.

Абибуллаев С.Н.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫСамаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения мультимодального алгоритма ведения пациентов с синдромом острого легочного повреждения на этапе интенсивной терапии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 84 пациентов (средний возраст 48 ± 6 лет) с верифицированным СОЛП различной этиологии (пневмония, аспирация, тяжелая сочетанная травма). Основная группа ($n=42$) велась с применением мультимодального протокола, включавшего раннее ультразвуковое исследование легких по BLUE-протоколу, расчет индекса внесосудистой воды легких и использование протективной вентиляции в сочетании с ранним назначением прон-позиции. Контрольная группа ($n=42$) получала стандартную терапию согласно действующим протоколам без обязательного использования методов динамической визуализации и маневров рекрутмента альвеол. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента и непараметрических методов анализа.

Результаты исследования. В основной группе использование УЗИ-ассистированного мониторинга позволило сократить время постановки диагноза в среднем на 40 минут по сравнению с контрольной группой, где применялась стандартная рентгенография. Применение мультимодального подхода обеспечило более быструю стабилизацию индекса оксигенации ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$). Через 48 часов интенсивной терапии средний показатель $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ в основной группе составил 215 ± 12 мм рт. ст., в то время как в контрольной группе — 178 ± 15 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Важным результатом стало снижение частоты развития вентилятор-ассоциированного повреждения легких на 18% за счет оптимизации положительного давления в конце выдоха (РЕЕР) под контролем транспульмонального давления. Средняя продолжительность пребывания пациентов основной группы в отделении реанимации сократилась на 3,4 койко-дня.

Выводы. Полученные данные подтверждают, что интеграция ранней сонографической диагностики и персонализированной настройки параметров ИВЛ позволяет существенно ограничить прогрессирование повреждения легочной паренхимы. Использование мультимодального подхода способствует раннему выявлению «немых» зон ателектазирования и своевременному применению маневров рекрутмента, что предотвращает развитие тяжелой рефрактерной гипоксемии. Обсуждение результатов также указывает на необходимость стандартизации подготовки врачей экстренной службы навыкам ультразвуковой навигации. Таким образом, мультимодальная стратегия позволяет не только повысить точность диагностики, но и реализовать концепцию «бережной» респираторной поддержки, минимизируя агрессивность медицинского вмешательства при сохранении его высокой эффективности.

Азаматов М.А.3, Халифаев У.Р.1, Мурадов А.А.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ИПОвСЗ РТ»

Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «ИПОвСЗ РТ»

ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе

Цель исследования. Оценить эффективность терапевтического плазмафереза (ПА) в комплексном лечении острого панкреатита.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов с острым панкреатитом, получавших лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии. У всех пациентов отмечался выраженный эндотоксикоз на фоне гиперферментемии, активации процессов перекисного окисления липидов, угнетения антиоксидантной системы и накопления токсических веществ среднемолекулярной массы. Во всех случаях имел место хилиоз плазмы, отражающий тяжелые нарушения липидного обмена и выраженность метаболических расстройств. Плазмаферез проводился в составе комплексной терапии (инфузионная, анальгетическая, антибактериальная терапия, при показаниях — хирургическое лечение). Оценивали клиническое состояние, выраженность интоксикационного синдрома, показатели гемодинамики, уровень панкреатических ферментов, лабораторные маркеры воспаления, липидный спектр, а также динамику признаков полиорганной дисфункции.

Результаты исследования. После курса плазмафереза отмечено уменьшение клинических проявлений интоксикации, снижение выраженности болевого синдрома и стабилизация гемодинамики. Наблюдалось снижение уровня панкреатических ферментов, маркеров системного воспаления и частичная коррекция липидных нарушений с уменьшением степени хилиоза плазмы. У пациентов с панкреонекрозом и генерализованным воспалением применение ПА способствовало ограничению деструктивных изменений и уменьшению выраженности полиорганной дисфункции. В пред- и послеоперационном периоде проведение ПА ассоциировалось с более благоприятным течением заболевания и снижением частоты осложнений.

Выводы. ПА является патогенетически обоснованным методом комплексного лечения острого панкреатита, протекающего с выраженным эндотоксикозом и хилиозом. Его применение способствует снижению воспалительной и метаболической нагрузки, стабилизации органных функций и профилактике развития полиорганной недостаточности.

Азимов М.И., Файзалиев Н.Ф.

ВЛИЯНИЕ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ И СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кафедры анестезиологии и реаниматологии имени профессора Дж. Ахмедова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Давлатзода Б.Х.

Цель исследования. Оценить влияние нарушений биомеханики дыхания на продолжительность респираторной поддержки и показатели мозгового кровотока у пациентов с черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Обследованы пациенты с черепно-мозговой травмой, находившиеся на искусственной вентиляции лёгких в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Оценка биомеханики дыхания включала анализ комплаенса дыхательной системы, сопротивления дыхательных путей, дыхательного объёма и уровней положительного давления в конце выдоха (РЕЕР). Состояние мозгового кровотока изучалось с использованием транскраниальной доплерографии с определением линейной скорости кровотока и индекса пульсации. Продолжительность респираторной поддержки сопоставлялась с динамикой показателей дыхательной механики и церебральной гемодинамики.

Результаты исследования. У пациентов с нарушенной биомеханикой дыхания отмечалось снижение комплаенса лёгких и повышение сопротивления дыхательных путей, что сопровождалось увеличением длительности искусственной вентиляции лёгких. Выявлена связь между высокими уровнями внутригрудного давления и изменениями мозгового кровотока, проявляющимися повышением индекса пульсации и снижением линейной скорости кровотока. Оптимизация параметров вентиляции с учётом биомеханики дыхания способствовала улучшению церебральной перфузии и сокращению сроков респираторной поддержки.

Выводы. Нарушения биомеханики дыхания оказывают значимое влияние на длительность респираторной поддержки и состояние мозгового кровотока у больных с черепно-мозговой травмой. Неадекватные вентиляционные параметры могут усугублять расстройства церебральной гемодинамики.

Индивидуализированный подход к настройке респираторной поддержки с учётом биомеханики дыхания является важным фактором оптимизации мозгового кровотока и сокращения длительности искусственной вентиляции лёгких у пациентов с черепно-мозговой травмой.

Азимов М.И., Давлятов М.М., Сафоев С.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Ахмедова Дж.А. ГОУ ТГМУ имени

Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хокиров Т.З.

Цель исследования. Оценить эффективность протективной стратегии ИВЛ у пациентов в критических состояниях.

Материал и методы. Проведено ретроспективно-проспективное исследование 38 больных, которые были госпитализированы в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» (ГУ НМЦ) РТ, за период с 2022-2025 гг. Возраст больных составил от 34 до 76 лет (средний 55 ± 21). Мужчины составили 60,4%, женщины — 39,6%. Пациенты были разделены на две группы: ретроспективная (n=20) и проспективная (n=18). Основными показаниями к ИВЛ являлись тяжёлая пневмония, сепсис, ОРДС и другие формы острой дыхательной недостаточности.

Ретроспективная группа (n=20) получила ИВЛ по стандартному протоколу.

В проспективной группе (n=18) применялась проективной стратегии вентиляции (ДО 6 мл/кг, контроль плато-давление ≤ 30 см вод. ст., индивидуальный подбор РЕЕР, поддержание SpO_2 92–94%, поэтапное снижение FiO_2 до минимально эффективного уровня).

Результаты исследования. При начале ИВЛ обе группы были сопоставимы по тяжести состояния. Индекс PaO_2/FiO_2 составлял в среднем 165–170, отмечалось гиперкапния ($PaCO_2$ до 52 мм рт. ст.), а потребность в вазопрессорной поддержке наблюдалась у 44–45% пациентов. Через 48–72 часа терапии выявлены различия между группами.

В проспективной группе наблюдалось: повышение индекса PaO_2/FiO_2 до 260 (в ретроспективной группе — до 220), снижение $PaCO_2$ до 40 мм рт. ст. (в ретроспективной группе — до 45 мм рт. ст.), более быстрое уменьшение FiO_2 до 0,45 (в ретроспективной группе — до 0,55), снижение потребности в вазопрессорах до 16% (в ретроспективной группе — 30%); поддержание плато-давления на уровне ≤ 26 см вод. ст. Средняя продолжительность ИВЛ составила: $6,4 \pm 2,9$ суток в проспективной группе, $7,8 \pm 3,1$ суток в ретроспективной группе. Успешная экстубация выполнена у 68,4% пациентов проспективной группы и у 55% ретроспективной группы. Частота вентиляционно-ассоциированной пневмонии составила: 13,2% в проспективной группе, 20% в ретроспективной группе.

Полученные результаты свидетельствуют о более эффективной коррекции нарушений газообмена при использовании проективной стратегии вентиляции, ограничивающей дыхательный объём и давление в дыхательных путях. Ранняя оценка готовности к снижению параметров вентиляции и переход на вспомогательные режимы позволили уменьшить риск осложнений и сократить продолжительность ИВЛ.

Выводы. Применение протективной стратегии искусственной вентиляции лёгких повышает безопасность респираторной поддержки и способствует улучшению клинических исходов у пациентов в критических состояниях. Ограничение дыхательного объёма и контроль давления в дыхательных путях обеспечивают более

эффективную коррекцию нарушений газообмена и позволяют снизить частоту осложнений и длительность ИВЛ.

Асламова Г.К.¹, Икромӣ Т.Ш.^{2,3}, Рахимов Н.Г.²

ХОЛАТИ ГЕМОДИНАМИКА ҲАНГОМИ ПНЕВМОНИЯ ДАР КУДАКОНИ БО ЗИЁДВАЗНӢ

¹МД “Маркази ҷумхуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷаррохӣи кӯдакона” ВТВаҲИА ҚТ, Душанбе.
Таджикистан

²МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Таджикистан

³МДТ “ДТБКТ ҚТ”, Таджикистан

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳолати гемодинамика ҳангоми пневмония дар кӯдакони зиёдвазнӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот ва таъоботи 84 кӯдакони гирифтори бемори пневмония бо зиёдвазнӣ (гурӯҳи асосӣ) дар шуъбаи пулмонологияи кӯдакони МД ММТ ҚТ “Шифобахш”, ки пойгоҳи Муассисаи давлатии “Маркази ҷумхуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷаррохӣи кӯдакона”-и ВТВаҲИА ҚТ, бистарӣ буданд, гузаронида шуд. Дар маҷмӯъ 154 (100,0%) кӯдакони бемори синни аз 1 то 3 сола дохил карда шуданд. Мувофиқи мақсади натиҷаи таҳқиқот бо нишондодҳои беморони гирифтори пневмония бо вазни муқарарӣ (гурӯҳи назоратӣ $n=40$) ва 30 кӯдакони амалан солим (КАС) муқоиса карда шуд. Барои баҳодиҳии ҳолати гемодинамика ҳангоми пневмония дар кӯдакони бо зиёдвазнӣ нишондиҳандаҳои зеринро омӯхтем: шумораи тапиши дил (ШТД), ҳаҷми зарбавии дил (ХЗД), фишори систоликии шараёни (ФСШ), фишори диастоликии шараёни (ФДШ), фишори миёнаи систоликӣ шараёни (ФмсШ), ҳаҷми дақиқавии хунгардиш (ХДХ) ва индекси дил (ИД).

Натиҷаи таҳқиқот. Таҳлили мо нишон дод, ки ШТД дар беморони гурӯҳи таҳқиқотӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ва дар кӯдакони аслан солим (КАС) ба таври назаррас афзоиш ёфтааст. Ҳангоми муқоисаи ШТД беморони гирифтори пневмония нисбат ба нишондиҳандаи КАС афзоиши 13,5% ($p<0,05$) мушоҳида шуд. Ҳангоми таҳлили нишондиҳандаи ҳаҷми зарбавии дил (ХЗД), афзоиши ХЗД дар беморони гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ва КАС мушоҳида шуд. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаи миёнаи ХЗД беморон бо нишондиҳандаи КАС, афзоиши ХЗД дар беморони гурӯҳи асосӣ 40,1% ($p<0,001$) ва дар гурӯҳи назоратӣ 30,9% ($p<0,01$) мушоҳида шуд. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаи миёнаи ФСШ -и беморон бо нишондиҳандаҳои КАС, афзоиши ФСШ дар беморони гурӯҳи асосӣ 16,1% ($p<0,05$), дар гурӯҳи назоратӣ 9,2% мушоҳида мешавад. Дар беморони гурӯҳи асосӣ ФСШ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 6,3% афзоиш ёфтааст, ки аз афзоиши назарраси ФСШ дар кӯдакони гирифтори пневмония бо зиёдвазнӣ шаҳодат медиҳад. Ҳангоми таҳлили нишондиҳандаи миёнаи ФДШ дар беморон бо нишондиҳандаҳои КАС, афзоиши ФДШ дар беморони гурӯҳи асосӣ 18,8% ($p<0,05$), дар гурӯҳи назоратӣ 9,9% ($p<0,05$), мушоҳида шудааст. Дар беморони гурӯҳи асосӣ, ФДШ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 8,1% афзоиш ёфтааст, ки аз афзоиши назарраси ФДШ дар кӯдакони бо зиёдвазнӣ бо пневмония шаҳодат медиҳад. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаи миёнаи ФмсШ -и беморон бо нишондиҳандаҳои ФмсШ, афзоиши ФмсШ дар беморони гурӯҳи асосӣ 16,8% ($p<0,05$), дар гурӯҳи назоратӣ 10,8% ($p<0,05$), мушоҳида шуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ ФмсШ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 5,5% афзоиш ёфт, ки нишон медиҳад, ки ФмсШ дар кӯдакони бо зиёдвазнӣ бо илтиҳоби шуш (пневмония) афзоиши назарраси ФмсШ -ро нишон медиҳад.

Ҳангоми таҳлили нишондиҳандаи ҳаҷми дақиқавии хунгардиш (ХДХ), афзоиши ХДХ дар беморони гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ва КАС мушоҳида мешавад. Ҳангоми муқоисаи ХДХ миёнаи беморон бо нишондиҳандаҳои КАС, афзоиши ХДХ дар беморони гурӯҳи асосӣ 58,6% ($p<0,001$), дар гурӯҳи назоратӣ 38,6% ($p<0,001$) мушоҳида мешавад. Дар беморони гурӯҳи асосӣ, ХДХ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 14,4% ($p<0,05$) афзоиш ёфтааст, ки нишон медиҳад, ки афзоиши назарраси ХДХ дар кӯдакони бо зиёдвазнӣ бо пневмония вучуд дорад. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаи миёнаи ИД беморон ва КАС, дар беморони гурӯҳи асосӣ ба 56,5% ($p<0,001$) ва дар гурӯҳи назоратӣ 36,9% ($p<0,001$) афзоиши ИД мушоҳида карда шуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ ИД дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ба 14,3% ($p<0,05$) афзоиш ёфт, ки ин нишон медиҳад, ки ИД дар кӯдакони бо зиёдвазнӣ бо пневмония ба таври назаррас афзоиш ёфтааст.

Хулоса. Дар беморони гирифтори бемори пневмония бо зиёдвазнӣ нисбат ба беморони гирифтори бемори пневмония бо вазни муқарарӣ ва кӯдакони комилан солим вайроншавии назарраси нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ мушоҳида карда мешавад.

Атакуллаев Н.Б., Косими З.К., Исмоилов И.У.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ИПО в СЗРТ». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность различных методов анестезии при кесаревом сечении и определить оптимальный подход к их применению для снижения частоты осложнений и ускорения послеоперационного восстановления.

Материал и методы. В исследование включены 106 женщин, родоразрешённых путем кесарева сечения в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» в период с 2024 по 2025 годы. Пациентки были распределены на три группы в зависимости от метода анестезии. Первая группа включала 47 женщин, которым проводилась спинальная анестезия; во вторую группу вошли 35 пациенток с эпидуральной анестезией; третья группа состояла из 24 женщин, оперированных под общей анестезией. Всем пациенткам проводился непрерывный мониторинг

артериального давления и частоты сердечных сокращений. Эффективность обезболивания оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), где снижение болевого синдрома до 3 баллов считалось адекватным. Также фиксировались возможные осложнения у матери (гипотензия, тошнота, рвота, головная боль), длительность операции, время формирования сенсорного блока и послеоперационное восстановление, включая стабилизацию гемодинамических показателей и возвращение двигательной активности. Статистическая обработка проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Эффективность обезболивания была высокой во всех группах. В группе спинальной анестезии адекватный уровень анальгезии был достигнут у 45 из 47 женщин (96%), в группе эпидуральной анестезии — у 32 из 35 пациенток (91%), а в группе общей анестезии все 24 женщины имели удовлетворительный болевой контроль. Среднее время формирования полного сенсорного блока составило 6 ± 2 минуты в первой группе и 12 ± 3 минуты во второй группе. Длительность эффекта обезболивания достигала в среднем 120 ± 15 минут для спинальной анестезии и 150 ± 20 минут для эпидуральной. Гемодинамические изменения были наиболее выражены в группе спинальной анестезии: снижение систолического давления на $\geq 20\%$ от исходного наблюдалось у 13 женщин (28%), во второй группе — у 5 пациенток (14%), а в третьей группе — у 2 женщин (8%). Для коррекции гипотензии потребовалось введение кристаллоидов у 12 пациенток первой группы, у 5 — второй и у 3 — третьей. Брадикардия наблюдалась у 2 пациенток (4%) первой группы, у 1 пациентки (3%) второй группы и не встречалась в третьей группе. Послеоперационные жалобы включали тошноту, рвоту и головную боль. Тошнота и рвота встречались у 8 женщин (17%) в первой группе, у 4 женщин (11%) во второй и у 3 женщин (12,5%) в третьей группе. Лёгкая головная боль отмечалась у 5 пациенток первой группы и у 2 пациенток второй группы. Длительность операции была сопоставима между группами и составила в среднем 38 ± 5 минут. Пациентки с регионарной анестезией могли вставать самостоятельно через 4-6 часа после операции, а в группе общей анестезии — через 6-8 часов.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показывают, что спинальная и эпидуральная анестезия обеспечивают высокий уровень обезболивания, более стабильную гемодинамику и быстрое восстановление после операции по сравнению с общей анестезией.

Ахмаджонов Дж.А¹, Мурадов А.М¹, Расулов С.Р¹, Рахимов Н.Г¹.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕИНФУЗИИ СВОБОДНОЙ ОТ АТИПИЧНОЙ КЛЕТКИ УЛЬТРАФИЛЬТРИРОВАННОЙ И ДЕТОКСИЦИРОВАННОЙ АСЕПТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМЕ РАКА ЯИЧНИКОВ И ТЕЛА ШЕЙКИ МАТКИ

¹ГОУ Институт последипломной образования в сфере здравоохранения РТ, Таджикистан

²ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность ультрафильтрации и детоксикации асцитической жидкости, её реинфузии при раке яичников, шейки и тела матки.

Материал и методы. Настоящее исследование проводилось совместно в условиях ГУ Хатлонский областной онкологический центр и отделения опухолей репродуктивной системы, отделение химиотерапии злокачественных образований и паллиативной помощи ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ, где базируется кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ и ГНЦРиД, где базируется кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, у 10 больных с РЯ, РТМ и РШМ за период 2023-2025гг. Диагноз «Рак яичников, шейки и тела матки» вставлен согласно классификации TNM - 8. Для определения объёма асцитической жидкости (АЖ) было проведено УЗИ и измерена окружность живота. Установлен асцит 3 степени. Перед проведением процедур измерены параметры сердечно-сосудистой и дыхательной систем (АД, ЧСС, ЧД, SpO₂ и т.д.). С соблюдением правил асептики в сидячем или полусидящем положении пациента, под местным обезболиванием 1% - раствором лидокаина по белой линии живота 2-3 см ниже пупка под контролем УЗИ проведена пункция брюшной полости ангиокатетером G14-16 с последующим подсоединением и забором АЖ в одноразовый стерильный 2л комплект магистралей полимерных кровопроводящих для лечебного и донорского плазмафереза, КМАП-01 производства ООО «Новопласт-М». Средний объём добытой АЖ составил 5-6 литров. Забирают 10 мл АЖ на цитологию. При отрицательном анализе цитологии на атипичных клетках, ультрафильтрация АЖ осуществляется путём подсоединения ёмкости с АЖ к аппарату «ГЕМОФЕНИКС» и последующим проведением её через гемодиализатор. Для ультрафильтрации АЖ используются гемодиализаторы F6HPS - F10HPS фирмы «Фрезениус» или SM140H - SM 180H «Sausin». На выходе накладывается зажим «Мора» для создания трансмембранного давления внутри гемодиализатора, что создаёт условия для ультрафильтрации АЖ, отделение воды с растворёнными веществами и концентрирования АЖ с последующим её сбором в 1000 мл контейнер забора крови. В ёмкость экфузируемой АЖ шприцом добавляется 0,12% раствор NaClO в соотношении 10:1. Полученный раствор перемешивают путём медленного перемешивания ёмкости в течение 3-5 минут, затем помещают её в бытовой холодильник при температуре 4-8°C. На следующее утро через 12 часов с помощью плазмэкстрактора или аспирационно удаляют 50-70 мл осадка. Забирают 10 мл АЖ на биохимические исследования и, убедившись, что она достаточно детоксицировалась, решается вопрос о реинфузии внутривенно со скоростью 90-100 мл час.

Результаты исследования. После лечения отмечается значительное улучшение показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем (АД, ЧСС, ЧД, SpO₂ и т.д.), снижение маркеров эндогенной интоксикации и качества жизни пациентов.

Выводы. Ультрафильтрации и детоксикации асцитической жидкости и её реинфузии при раке яичников, шейки и тела матки показывает эффективность в лечении этих больных по сравнению с традиционной терапией. Позволяет уменьшить напряжённость живота, дыхания, устранения одышки, стабилизации гемодинамики, нормализации моторики желудочно-кишечного тракта, функции почек, снижает утомляемость, улучшает общее

состояние и качество жизни пациентов. Этот способ обеспечивает эффективное очищение эксфузированной асцитической жидкости с последующим её возвратом пациенту, снижает потребность в донорских компонентах крови до 80%, устраняет риск инфицирования и иммунных реакций, восстанавливает транспортную функцию альбумина и существенно уменьшает стоимость лечения.

Ашуров Б.А., Идизода С.А., Назаров И.Н.

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Городской родильный дом г. Худжанд, Таджикистан

Кафедра акушерство-гинекологии Худжандского отделения ГОУ институт последипломного обучения медицинских кадров РТ

Научный руководитель: к.с.н. Касымова З. Н.

Цель исследования. Целью нашей работы был сравнительный анализ эффективности, и безопасности для матери и плода продлённой эпидуральной анестезии с использованием центральных анальгетиков у рожениц с преэклампсией тяжелой степени.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 1224 истории родов в Худжандском родильном доме за период 2023 - 2025 годы.

Результаты исследования. Для анализа работы отобраны истории родов женщин с преэклампсией тяжелой степени, которым было проведено обезболивание родов. Все роженицы были разделены на 2 группы: 1-я группа - 1093 (85%) беременных, обезболивание которым проводилось с использованием ЭПА; 2-я группа 171 (15%) рожениц, получивших обезболивание центральными анальгетиками.

При анализе истории родов 1 группы выявлено, что возраст женщин составил от 18 до 38 лет, из них первородящие 955 (87,3%), повторнородящие 138 (12,7%).

ЭПА проводилось, как правило, при установившейся регулярной родовой деятельности и открытии шейки матки не менее 4 см. ЭПА продолжалось до конца 2 периода.

В 13 случаях из 1 группы роды закончились операцией кесаровосечения. Из них: 7 - в связи с упорной слабостью родовой деятельности, в 3 случаях в связи с асинклитическим вставлением головки плода, в 3 случаях прогрессированием тяжелой преэклампсии и развитием острой почечной недостаточности.

Состояние новорожденных при рождении по шкале Апгар от 4 до 5 баллов в 7 случаях, 5-6 баллов в 5 случаях, от 6-7 баллов 28 случая. Выше 7 баллов 1023 случаев.

Во второй группе 26 роженицам обезболивание в родах проводилось с использованием центральных анальгетиков (Промедол). Следует отметить, что 18 (64,2%) рожениц отказались от установки эпидурального катетера. В 6 (21,4%) случаях в связи с развитием слабости родовых сил, стойким повышением цифр А/Д, с усугублением тяжести преэклампсии произведено оперативное родоразрешение путём кесаровосечения.

В 4 (14,2 %) случаях роды закончились вакуум -экстракцией плода, в связи начавшимся дисстрессом плода. У 8 (28,5%) родильниц в раннем послеродовом периоде отмечалось гипотоническое кровотечение.

Как видно из представленных данных, при обезболивании родов у женщин с тяжелой преэклампсией с использованием центральных анальгетиков частота осложненного течения родов в сумме составило 64,1%.

При анализе перинатальных исходов выявлено, что оценка новорождённых по шкале Апгар от 1-4 баллов зарегистрировано 3 (10,7%) случаях, 5-6 баллов 12 (42,8%) случаях, в 7 и выше баллов 13 (46,4%) случаях.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного анализа выявлено явное преимущество эпидуральной анестезии в процессе родов, осложненными тяжелой преэклампсией. При этом отмечалось:

1. Стабилизация центральной гемодинамики, предотвращение резких подъёмов артериального давления на фоне боли.

2. Снижение уровня стресса и боли способствует улучшению маточно-плацентарного кровообращения.

3. Метод обеспечивает адекватное обезболивание родов и может быть использован для операции кесарева сечения.

Ашуров Б.А., Идизода С.А., Назаров И.Н.

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Городской родильный дом г. Худжанд, Таджикистан

Цель исследования. Сравнительный анализ эффективности, и безопасности для матери и плода продлённой эпидуральной анестезии с использованием центральных анальгетиков у рожениц с преэклампсией тяжелой степени.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 1264 истории родов в Худжандском родильном доме за период 2023 - 2025 годы. Для анализа работы отобраны истории родов женщин с преэклампсией тяжелой степени, которым было проведено обезболивание родов. Все роженицы были разделены на 2 группы: 1-я группа - 1093 (86,5%) беременных, обезболивание которым проводилось с использованием ЭПА; 2-я группа 171 (13,5%) рожениц, получивших обезболивание центральными анальгетиками.

Результаты исследования. При анализе истории родов 1 группы выявлено, что возраст женщин составил от 18 до 38 лет, из них первородящие 955 (87,4%), повторнородящие 138 (12,6%). ЭПА проводилось, как правило, при установившейся регулярной родовой деятельности и открытии шейки матки не менее 4 см. ЭПА продолжалось до конца 2 периода. В 13 случаях из 1 группы роды закончились операцией кесарева сечения. Из них: 7 - в связи с упорной слабостью родовой деятельности, в 3 случаях в связи с асинклитическим вставлением головки плода, в 3 случаях прогрессированием тяжелой преэклампсии и развитием острой почечной недоста-

точности. Состояние новорожденных при рождении по шкале Апгар от 4 до 5 баллов в 7 случаях, 5-6 баллов в 5 случаях, от 6-7 баллов 28 случая. Выше 7 баллов 1023 случая.

Во второй группе 28 рожениц обезболивание в родах проводилось с использованием центральных анальгетиков (Промедол). Следует отметить, что 18 (64,3%) рожениц отказались от установки эпидурального катетера.

В 6 (21,4%) случаях в связи с развитием слабости родовых сил, стойким повышением цифр А/Д, с усугублением тяжести преэклампсии произведено оперативное родоразрешение путём кесарева сечения. В 4 (14,3%) случаях роды закончились вакуум-экстракцией плода, в связи начавшимся дистрессом плода. У 8 (28,6%) родильниц в раннем послеродовом периоде отмечалось гипотоническое кровотечение.

Как видно из представленных данных, при обезболивании родов у женщин с тяжелой преэклампсией с использованием центральных анальгетиков частота осложненного течения родов в сумме составило 64,3%. При анализе перинатальных исходов выявлено, что оценка новорождённых по шкале Апгар от 1-4 баллов зарегистрировано 3 (10,7%) случаях, 5-6 баллов 12 (42,9%) случаях, в 7 и выше баллов 13 (46,4%) случаях.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного анализа выявлено явное преимущество эпидуральной анестезии в процессе родов, осложненными тяжелой преэклампсией. При этом отмечалось:

1. Стабилизация центральной гемодинамики, предотвращение резких подъёмов артериального давления на фоне боли.
2. Снижение уровня стресса и боли способствует улучшению маточно-плацентарного кровообращения.
3. Метод обеспечивает адекватное обезболивание родов и может быть использован для операции кесарева сечения.

Бобоалиев А.М.¹, Рахимов Н.Г.¹, Исмойлов Р.И.²

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова. ГОУ ТГМУ имени Абу-али ибни Сино, Таджикистан

²ГУ НМЦ Республики Таджикистан «Шифобахш», отделение взрослой реанимации.

Цель исследования. Изучить клиническое значение биомаркеров сепсиса и цитокинов крови у пациентов с политравмой, осложнившейся сепсисом.

Материал и методы. Были проанализированы проспективно результаты диагностики (исследования уровней биомаркеров, ассоциированных с сепсисом, и провоспалительных цитокинов в крови: прокальцитонин (ПКТ), С-реактивный белок (СРБ), интерлейкины IL-1 и IL-6, лактат и D-димер) у 50 больных (2 группа - основная группа) с политравмой, осложнившейся сепсисом, однократно до проведения комплексной интенсивной терапии. В зависимости от тяжести состояния пациенты были разделены на три подгруппы: соответственно подгруппам 2.1 (n=21) со средней тяжестью; 2.2 подгруппа с тяжёлой степенью общего состояния (n=20); 2.3 подгруппа (n=9) с крайне тяжёлой степенью общего состояния. Полученные данные сравнены с аналогичными данными с 30 практически здоровых (1 группа, контрольная) лиц.

Результаты исследования. Сравнение показателей ПКТ, СРБ, D-димера, лактата, IL-1 и IL-6 по медиане вариационного ряда пациентов по подгруппам и контрольной группы показало, что в 2.1 подгруппе оказалось выше более чем в 556 раз, 88,6 раза, 7,9 раз, 3,9 раза, 65 раз и 2,7 раза соответственно, в 2.2 подгруппы в 1018 раз, 231,6 раза, 19,6 раза, 5,6 раза, 106,4 раза и 5,5 раза соответственно, и 2.3 подгруппе в 2644 раза, 619,8 раза, 28 раз, 7,7 раза, 165,7 раза и 8,5 раза соответственно.

Политравма относится к тяжёлым травмам, приводящим к значительному повреждению органов и систем, нарушая нормальную жизнедеятельность организма в целом, в том числе иммунной системы. Дисбаланс иммунной системы способствует развитию гнойно-септических процессов. Не всегда возбудители септических состояний можно лабораторно выявить, поэтому определение биомаркеров сепсиса и цитокинов является надёжным признаком не только диагностики, но и эффективности лечебных мер.

По мнению авторов, уровень ПКТ в крови в зависимости от степени тяжести повышается при бактериальном сепсисе, а при вирусном и грибковом поражениях, при аллергии и аутоиммунных болезнях, наоборот, уровень данного биомаркера сепсиса особо не повышается, что можно использовать в дифференциальной диагностике. Необходимо отметить, что по данным авторов при чувствительности возбудителя к антибиотикам уровень ПКТ снижается до 80% от исходного, и наоборот, при устойчивости бактерии к антибиотикам уровень ПКТ повышается, что может указать специалисту на корректировку антибиотикотерапии, СРБ повышается при воспалительном процессе, что следует учитывать, как предиктор сепсиса, потому что при адекватной антибиотикотерапии отмечается снижение уровня СРБ.

Для диагностики полиорганной дисфункции, следовательно, прогноз развития септических осложнений используют шкалы SOFA (qSOFA), SIRS или NEWS. Хотя SSC 2021 не рекомендует эти шкалы как полноценный инструмент в скрининге сепсиса, наличие 2 и более баллов по шкале qSOFA, по мнению авторов, должно настораживать врача о наличии органной дисфункции и на фоне инфекции развития сепсиса. По мнению авторов снижение артериального давления (ниже 65 мм рт.ст) при отсутствии гиповолемии, повышение уровня лактата более 2 ммоль/л и наличие источника инфекции указывают на септический процесс.

Выводы. У больных с политравмой, осложнившейся сепсисом, отмечается значительное повышение биомаркеров сепсиса и провоспалительных цитокинов крови, которые коррелируют с тяжестью заболевания. Возбудители сепсиса по разной причине не всегда вовремя обнаруживаются, поэтому для ранней диагностики септических осложнений у больных с политравмой необходимо исследование биомаркеров сепсиса и цитокинов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАНЫХ И ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИТРАВМЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова, ГОУ ТГМУ имени Абу-али ибни Сино. Таджикистан

²ГУ НМЦ Республики Таджикистан «Шифобахш», отделение взрослой реанимации

Цель исследования. Изучить эффективность комбинации среднеобъемного плазмафереза и непрямого электрохимического окисления плазмы при синдроме эндогенной интоксикации у больных с политравмой, осложнившейся сепсисом.

Материал и методы исследования. Были проанализированы проспективно результаты лечения 70 больных с политравмой, осложнившейся сепсисом находившемся в отделении взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» и отделении реанимации ГУ Гиссарский центральный городской больницы за период 2023-2025 гг. Больные в зависимости от способа лечения были разделены на две группы. I группа (ретроспективная) - 50 больных с политравмой, осложнившейся сепсисом, которым проводилась стандартная протокольная консервативная терапия. II группа (основная группа) - 20 больных в программу КИТ была включена комбинация среднеобъемного плазмафереза и непрямого электрохимического окисления плазмы с её последующей реинфузией при дальнейшем проведении высокообъемного плазмообмена. С соблюдением правил асептики в ёмкость с эксфузируемой плазмой шприцом добавляется 0,12% (1200мг/л) раствор гипохлорита натрия NaClO в соотношении 10:1 (к 400 мл плазмы добавляют 40 мл NaClO). Полученный раствор перемешивают путём медленного перемешивания ёмкости в течение 3-5 минут, затем помещают ее в бытовой холодильник. На следующее утро через 12 часов с помощью плазмоекстрактора или аспирационно удаляют 50-70 мл осадка. Забирают 10 мл плазмы на биохимические исследования и, убедившись, что она достаточно детоксицировалась, решается вопрос о реинфузии при следующей процедуре. Для эффективности терапии у всех исследуемых были изучены уровни биомаркеров сепсиса, провоспалительных цитокинов и маркеров проявления синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) до и после КИТ.

Результаты исследования. После лечения отмечается значительное снижение показателей клинических и лабораторных маркеров проявления синдрома острого системного воспаления у больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой. У больных 2 группы отмечается снижение уровня биомаркеров сепсиса и провоспалительных цитокинов после КИТ по сравнению до КИТ: прокальцитонин на - 44,5% (до КИТ - 51,0 нг/мл, после КИТ 28,3 нг/мл), IL-1 на - 43,1% (до КИТ - 235,9 пг/мл, после КИТ - 134,2 пг/мл), IL-6 на - 48,6% (до КИТ - 17,7 пг/мл, после КИТ - 9,1 пг/мл), С-реактивный белок на - 56,9% (до КИТ - 150,5 мг/л, после КИТ - 64,8 мг/л), D-димер на - 54,1% (до КИТ - 2336,4 нг/мл, после КИТ - 1073,2 нг/мл) и лактат на - 34,6% (до КИТ - 5,2 ммоль/л, после КИТ - 3,4 ммоль/л). Отмечается значительное снижение показателей клинических и лабораторных маркеров проявления СЭИ у больных 2 группы по сравнению с 1-й группой после лечения. У больных 2 группы отмечается снижение уровня маркеров проявления СЭИ после КИТ по сравнению до КИТ: мочевины на - 34,1%, креатинин - 41,7%, молекулы средних масс ($\gamma=254$) на - 45,7%, некротические тела на - 36,5%, билирубин на - 38,0%, АлАТ на - 36,0%, АсАТ на - 39,0% и повышения общей концентрации белка на 31,7%. Уровень смертности у больных основной группы по сравнению с ретроспективной группой снизился на 13,0%.

Выводы. При политравме, осложнившейся сепсисом применение мембранной и электрохимической технологии показывает эффективность в лечении этих больных по сравнению с традиционной терапией. Применение этого метода у этих пациентов позволяет значительно снизить уровень маркеров проявления синдрома эндогенной интоксикации, провоспалительных цитокинов и биомаркеров при сепсисе, улучшить показатели системной гемодинамики, уменьшить выраженность полиорганной дисфункции и снизить летальность.

САМАРАНОКИИ УЛИНОСТАТИН ДАР МУОЛИЧАИ КОНСЕРВАТИВИИ ПАТОГЕНЕТИКИИ ПОЛИТРАВМА, БО ОРИЗАИ СЕПСИС

¹Кафедра анестезиология ва реаниматология ба номи профессор Д.А. Ахмадов. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

²МД ММТ ҚТ "Шифобахш", шӯъбаи эҳғарии калонсолон. Душанбе.

Ҳадафи таҳқиқот. Арзёбии самаранокӣи улиностагин дар муолиҷаи консервативии патогенетикии политравма, бо оризаи сепсис.

Маъвод ва усулҳои таҳқиқот. Мо натиҷаҳои таҷрибаи 80 бемори гирифтори политравмае, ки бо сепсис ориза шудаанд ва аз соли 2023 то 2025 дар шӯъбаи эҳғарии калонсолони МД Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Шифобахш” ва шӯъбаи эҳғарии беморхонаи марказии шаҳри Ҳисор бистарӣ шудаанд, таҳлил кардем. Беморон вобаста ба усули таҷриба ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд.

Гурӯҳи I (ретроспективӣ) 50 беморро дар бар мегирифт. Онҳо терапияи консервативии стандартиро бо истифода аз Контрикал (40,000 ЕД), Гордокс (100,000–200,000 ЕД) дар 100.0 мл 0.9% хлориди натрий ба таври дохиливаридӣ ё Сандостатин (100 мкг зери пӯст ду маротиба дар як рӯз) гирифтанд.

Гурӯҳи II (гурӯҳи асосӣ) 30 беморро дар бар мегирифт. Дар ин гурӯҳ улинастатин, доруи нав бо таъсири ингибиторӣ-интерлейкин, ингибиторӣ-ферментӣ ва зиддиилтиҳобӣ, ба барномаи муолиҷаи мукаммали интенсивӣ (ММИ) дохил карда шуд. Он бо миқдори 100,000 ЕД ду маротиба дар як рӯз, дар 100.0 мл 0.9% хлориди натрий ба таври дохиливаридӣ ворид карда шуд.

Барои арзёбии самаранокӣи терапия, сатҳи биомаркерҳои сепсис, ситокинҳои илтиҳобӣ ва маркерҳои

зухуроти синдроми захролудшавии эндогенӣ (СЗЭ) дар ҳамаи беморон пеш ва баъд аз ММИ омӯхта шуданд.

Натиҷаҳои омӯзиш. Пас аз табобат, дар беморони гурӯҳи 2 дар муқоиса бо гурӯҳи 1 коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои клиникӣ ва лаборатории синдроми илтиҳоби шадиди системавӣ мушоҳида шуд. Дар беморони гурӯҳи 2, коҳиши сатҳи биомаркерҳои сепсис ва ситокинҳои илтиҳобӣ пас аз ММИ дар муқоиса бо пеш аз ММИ мушоҳида шуд: прокалситонин - 30,7% (пеш аз ММИ - 29,3 нг/мл, пас аз ММИ 20,3 нг/мл), IL-1 - 28,5% (пеш аз ММИ - 130,6 пг/мл, пас аз ММИ - 93,4 пг/мл), IL-6 - 29,1% (пеш аз ММИ - 7,9 пг/мл, пас аз ММИ - 5,6 пг/мл), сафедаи С-реактивӣ - 42,1% (пеш аз ММИ - 51,9 мг/л, пас аз ММИ - 42,1 мг/л), D-димер - 16,0% (пеш аз ММИ - 837,0 нг/мл, пас аз ММИ - 703,4 нг/мл) ва лактат 20,3% (пеш аз ММИ - 3,5 ммоль/л, пас аз ММИ - 2,8 ммоль/л).

Пас аз табобат дар беморони гурӯҳи 2 дар муқоиса бо гурӯҳи 1 коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои клиникӣ ва лаборатории зухуроти СЗЭ мушоҳида шуд.

Дар беморони гурӯҳи 2, пас аз ММИ дар муқоиса бо нишондодҳои пеш аз ММИ коҳиши сатҳи нишондиҳандаҳои зухуроти СЗЭ мушоҳида шуд: мочевино - 13,4%, креатинин - 12,0%, молекулаи массаи миёна ($\gamma=254$) - 13,8%, қисмҳои некротикӣ - 10,0%, билирубин - 12,0%, ALT - 11,0%, АСТ - 13,0% ва афзоиши консентратсияи умумии сафеда 15,1%.

Сатҳи фавт дар беморони гурӯҳи таҳқиқотӣ дар муқоиса бо гурӯҳи ретроспективӣ 4,7% коҳиш ёфт.

Хулосаҳо. Муолиҷаи консервативии патогенетикии политравма, бо оризаи сепсис бо истифода аз улиностагин самаранокӣ дар табobati ин беморон дар муқоиса бо терапияи анъанавӣ нишон медиҳад.

Истифодаи ин усул дар беморони гирифтори политравма, бо оризаи сепсис нишондиҳандаҳои синдроми захролудии эндогенӣ, ситокинҳои илтиҳобӣ ва биомаркерҳои сепсисро ба таври назаррас коҳиш медиҳад, гемодинамикаи системавиро беҳтар мекунад, шиддати вайроншавии бисёр узвиро коҳиш медиҳад ва фавтро кам мекунад.

Бобоев Д. А., Зокиров Ш. А., Зокиров Х. Ш.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕОТЛОЖНОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ НА НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Отделение анестезиологии и реаниматологии Городского родильного дома №1, Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н. Карабаев Дж.И.

Цель исследования. Оценить влияние интервала от принятия решения до начала операции при неотложном кесаревом сечении (категория 1, целевой интервал ≤ 30 мин) на неонатальные исходы в зависимости от метода анестезии (нейроаксиальная эпидуральная и общая).

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 194 случаев неотложного кесарева сечения, выполненных в Городском родильном доме №1 г. Душанбе в период с января 2024 г. по декабрь 2025 г. (среднегодовой объём родов - 8300). Критерии включения: состояние угроза жизни матери или плода (отслойка плаценты, акушерское кровотечение, эклампсия, дистресс плода, выпадение пуповины и др.).

Данные извлечены из медицинской документации: демографические показатели, тип анестезии, временные интервалы (решение–начало операции, решение–роды), акушерские и неонатальные исходы (оценка по шкале Апгар на 1-й, 5-й и 10-й минутах, потребность в респираторной поддержке, перевод в отделение интенсивной терапии новорождённых, неонатальная летальность).

Трансформация эпидуральной аналгезии в анестезию проводилась в родильном зале (ропивакаин 0,75% 15–20 мл $\pm$ суфентанил 10 мкг). Общая анестезия индуцировалась преимущественно пропофолом или тиопенталом с сукцинилхолином. Статистическая обработка выполнена в программе Statistica 12: проверка нормальности (Колмогорова–Смирнова), t-критерий Стьюдента, точный критерий Фишера, множественный логистический регрессионный анализ. Уровень статистической значимости — $p < 0,05$.

Результаты исследования. Из 194 наблюдений эпидуральная анестезия применена в 127 случаях (65,5%), общая - в 67 (34,5%). Медиана интервала решение - начало операции составила 10 [8-12,5] мин; интервал >15 мин зафиксирован у 20 (10,3%) пациенток, >30 мин - у 1 (0,5%).

Эффективная эпидуральная анестезия ассоциировалась с наиболее коротким интервалом решение–операция и оптимальными неонатальными исходами: медиана Апгар 8/9 баллов на 1/5 минутах, низкая частота респираторной депрессии, необходимости в искусственной вентиляции лёгких/интубации, переводов в ОИТН.

Общая анестезия независимо от длительности интервала достоверно коррелировала с худшими исходами: Апгар <7 баллов на 1-й, 5-й и 10-й минутах ($p < 0,05$), повышенная потребность в респираторной поддержке новорождённого, частота переводов в ОИТН и неонатальная смертность. Множественный регрессионный анализ выявил общую анестезию, плацентарную недостаточность и преэклампсию как независимые факторы риска Апгар <7 на 5-й минуте; эпидуральная анестезия демонстрировала защитный эффект.

Выводы. Трансформация эпидуральной аналгезии в анестезию, инициированная в родильном зале, обеспечивает короткий интервал решение–операция и существенно лучшие неонатальные исходы по сравнению с общей анестезией при неотложном кесаревом сечении, независимо от соблюдения 15- или 30-минутного лимита. Общая анестезия сохраняет статус независимого фактора риска неонатальной депрессии даже при минимальном интервале. Полученные данные обосновывают рекомендацию ранней установки эпидурального катетера у пациенток с высоким риском неотложного кесарева сечения для оптимизации анестезиологического пособия и улучшения перинатальных исходов.

ВЛИЯНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ И ПРОМЕДОЛА НА СОМАТИЧЕСКИЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ

Отделение анестезиологии и реаниматологии Городского родильного дома №1, г. Душанбе, Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., Карабаев Дж.И.

Цель исследования. Оценить влияние различных методов обезболивания родов продленной эпидуральной аналгезией 0,2% ропивакаином и промедолом на продолжительность родов соматический статус по шкале Апгар и неврологический статус по шкале NACS у новорожденных.

Материал и методы. Исследование проведено на базе родильного дома №1 г. Душанбе в 2018 году. В основную группу вошли 99 рожениц с продленной эпидуральной аналгезией пункция на уровне L1-L2 тест-доза лидокаина 2% 3 мл начальная доза ропивакаина 0,2% 25±5 мг поддерживающая доза 10 мл/ч. В группу сравнения включены 36 рожениц получавших промедол в дозе 20-40 мг. Средний возраст рожениц 24,9±0,92 года группы сопоставимы по паритету массе тела продолжительности родов социально-демографическим характеристикам различия статистически недостоверны. Оценивали продолжительность периодов родов оценку по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах оценку по шкале NACS через 15 минут 2 часа и 24 часа после рождения. Статистическая обработка выполнена с использованием критерия Манна-Уитни уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. Продолжительность первого периода родов составила 616±28 минут при эпидуральной аналгезии и 620±36,5 минут при промедоле второго периода 36,8±22,6 минут и 40,2±17,8 минут соответственно различия статистически недостоверны. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте 7,9 баллов в группе эпидуральной аналгезии и 7,8 баллов в группе промедола на 5-й минуте 8,9 и 8,8 баллов соответственно различия недостоверны. По шкале NACS через 15 минут после рождения 32,4 балла при эпидуральной аналгезии против 26,8 балла при промедоле разница 17,3% статистически значима. Через 2 часа 35,9 балла против 32,6 балла разница 9,2% значима. Через 24 часа 37,4 балла против 36,5 балла различия недостоверны. Значимые различия в первые часы наблюдались по активному тонуусу безусловным рефлексам и общему неврологическому статусу.

Выводы. Эпидуральная аналгезия 0,2% ропивакаином не удлиняет продолжительность родов и не ухудшает соматический статус новорожденных по шкале Апгар по сравнению с промедолом. При этом она обеспечивает статистически значимо лучшее неврологическое состояние по шкале NACS в первые 2 часа после рождения что свидетельствует о меньшем депрессивном влиянии на центральную нервную систему плода и новорожденного. К 24 часам различия между группами нивелируются. Продленная эпидуральная аналгезия ропивакаином является предпочтительным методом обезболивания родов с позиции безопасности для новорожденного.

Бобоев М.М., Эргашев Х.М.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра Анестезиологии реаниматологии и неотложной медицинской помощи, Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Научный руководитель – к.м.н. доцент Маматов Б.Ю.

Цель исследования. Оценить возможности применения технологий искусственного интеллекта для прогнозирования течения анестезии и предупреждения возможных осложнений в процессе анестезиологического обеспечения пациентов.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты, которым проводилось хирургическое лечение под общей анестезией. Оценка состояния пациентов осуществлялась на основе клинических данных, показателей гемодинамики и параметров дыхательной системы, полученных в процессе анестезиологического мониторинга. Для анализа и прогнозирования течения анестезии использовались алгоритмы искусственного интеллекта, позволяющие обрабатывать полученные данные и выявлять возможные риски развития осложнений во время анестезии.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что использование технологий искусственного интеллекта при анализе клинических и мониторинговых показателей пациентов позволяет более точно прогнозировать течение анестезии и своевременно выявлять возможные факторы риска развития осложнений. Применение интеллектуальных алгоритмов способствовало повышению эффективности мониторинга состояния пациентов и позволило своевременно корректировать тактику анестезиологического ведения. Это, в свою очередь, способствовало снижению вероятности развития нежелательных реакций и повышению безопасности анестезиологического обеспечения.

Выводы. Применение технологий искусственного интеллекта в анестезиологии позволяет более точно прогнозировать течение анестезии и своевременно выявлять риск развития возможных осложнений. Использование интеллектуальных алгоритмов способствует повышению безопасности анестезиологического обеспечения и оптимизации тактики ведения пациентов во время хирургических вмешательств.

ВАЛИДНОСТЬ ШКАЛЫ COVERS ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ПАРААНОСТОМАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра анестезиология-реанимация и неотложная медицинская помощь. Андижанский

Государственный Медицинский Институт. Узбекистан.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Юсупов А.С.

Цель исследования. Оценить клиническую валидность и надёжность шкалы COVERS (Crying, O₂ saturation, Vital signs, Expression, Resting) для мониторинга постоперационной боли у новорождённых после эзофагопластики при использовании парааностомальной анальгезии (ПАА) бупивакаина 0.25%.

Материал и методы. В проспективное исследование включено 58 новорождённых с эзофагеальной атрезией (ЭА типов А–D по Spitz), которым выполнена эзофагопластика (торакотомия — 39). Средний гестационный возраст — $37,4 \pm 1,8$ нед., масса тела — 2940 ± 480 г, возраст на момент операции — $2,1 \pm 0,9$ суток. Интраоперационно устанавливался паравастомальный катетер (22G, B. Braun) с последующей инфузией бупивакаина 0.25% (болюс 0,5 мл/кг, затем 0,1 мл/кг/ч в течение 48–72 ч). Базисная анальгезия: парацетамол 15 мг/кг каждые 6 ч в/в; резервная доза — фентанил 1–2 мкг/кг при COVERS ≥ 6 баллов. Оценка боли по шкале COVERS (0–10 баллов) проводилась тремя независимыми наблюдателями (нонотолог-медсестра, неонатолог, анестезиолог) в 7 временных точках: до операции, через 1, 2, 6, 12, 24 и 48 ч после неё. Параллельно применялись шкалы NIPS и CRIES (референсный стандарт). Статистика: коэффициент Cronbach α , ICC (2-way mixed, absolute agreement), корреляция Пирсона, ROC-анализ, repeated-measures ANOVA + post-hoc Бонферрони (SPSS 27.0, MedCalc 22.0).

Результаты исследования. Показатель(1-8). 1. Cronbach α (внутренняя согласованность), Значение - 0,847., 95% ДИ-0,811 – 0,879., 2. ICC (между наблюдателями), Значение-0,912., 95% ДИ-0,886 – 0,934., 3. Корреляция COVERS vs NIPS (r Пирсона) Значение-0,891., 95% ДИ-(-)., 4. Корреляция COVERS vs CRIES (r Пирсона) Значение-0,874., 95% ДИ-(-) 5. AUC (ROC-анализ) Значение-0,927., 95% ДИ-0,904 – 0,949., 6. Чувствительность (cut-off ≥ 4) Значение-88,3%., 95% ДИ- 82,1 – 93,0%., 7. Специфичность (cut-off ≥ 4) Значение-91,7%., 95% ДИ-86,2 – 95,6%. Динамика баллов COVERS: максимум через 1 ч после операции ($6,8 \pm 1,4$), значимое снижение через 2 ч после начала ПАА ($4,1 \pm 1,2$; $p < 0,001$), возврат к базальному уровню через 48 ч ($1,1 \pm 0,6$; $p = 0,61$ vs базал). Repeated-measures ANOVA: $F(6,342) = 47,3$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,454$. У 87,9% пациентов дополнительного введения опиоидов не потребовалось.

Выводы. Шкала COVERS обладает высокой внутренней согласованностью ($\alpha = 0,847$) и отличной межнаблюдательной надёжностью (ICC = 0,912) при оценке постоперационной боли у новорождённых после эзофагопластики. Конвергентная валидность подтверждена высокой корреляцией с NIPS ($r = 0,891$) и CRIES ($r = 0,874$), а диагностическая точность — показателем AUC = 0,927 при чувствительности 88,3% и специфичности 91,7%. Парааностомальная анальгезия бупивакаина 0.25% обеспечивает значимое снижение боли уже через 2 ч ($p < 0,001$), устраняя необходимость в опиоидах у 87,9% пациентов; шкала COVERS является надёжным инструментом для объективного мониторинга её эффективности.

Исоков Х.А. Намазова Н.Б.

ЭКСТРЕННАЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан

Цель исследования. Анализ современных подходов к оказанию экстренной помощи и проведению интенсивной терапии у больных с туберкулёзом в терминальных стадиях.

Материал и методы. Проведён обзор актуальных публикаций и международных клинических рекомендаций ВОЗ, ERS и национальных фтизиатрических протоколов (2018–2024 гг.). Рассмотрены алгоритмы оказания неотложной помощи при лёгочных кровотечениях, дыхательной недостаточности и токсико-септических состояниях, а также методы респираторной поддержки, детоксикации и коррекции нарушений гомеостаза.

Результаты исследования. Основу экстренной помощи составляет быстрое обеспечение проходимости дыхательных путей, оксигенотерапия и гемостаз при лёгочном кровотечении. В условиях ОИТ проводится искусственная вентиляция лёгких с контролем газообмена, инфузионная терапия с ограничением объёма жидкости, использование вазопрессоров, противотуберкулёзных препаратов в парентеральной форме, а также коррекция электролитных и кислотно-основных нарушений. Современные исследования подтверждают эффективность раннего подключения методов экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез) при выраженной интоксикации. Комплексная интенсивная терапия позволяет снизить летальность в терминальных стадиях туберкулёза до 30–35%.

Выводы. Экстренная помощь и интенсивная терапия больных туберкулёзом на поздних стадиях требуют междисциплинарного подхода с применением современных методов респираторной поддержки, детоксикации и противошоковых мероприятий. Ранняя стабилизация состояния пациента создаёт условия для продолжения специфического противотуберкулёзного лечения и улучшения прогноза выживаемости.

Косими З.К., Атакуллаев Н.Б., Рахмонов М.К.
КОМБИНИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ИПО в СЗРТ». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность, длительность обезболивания и безопасность комбинированного метода по сравнению с обычной спинальной анестезией при плановых операциях на нижних конечностях.

Материал и методы. В исследование были включены 87 пациентов в возрасте 24–75 лет с физическим статусом ASA I–II, которые были случайным образом разделены на две группы: первая группа (n=51) получала стандартную спинальную анестезию, а вторая группа (n=36) — комбинированную спинально-эпидуральную анестезию. Оценивались время наступления сенсорного блока, максимальная высота блока, продолжительность анальгезии, выраженность послеоперационного болевого синдрома по шкале VAS, стабильность гемодинамических показателей и частота необходимости в дополнительном введении анальгетиков.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что у пациентов второй группы время наступления сенсорного блока составило $4,2 \pm 0,8$ минуты, что было сопоставимо с первой группой ($4,0 \pm 0,7$ минуты), однако продолжительность анальгезии во второй группе составила 240 ± 35 минут, достоверно превышая показатель первой группы, где она составила 160 ± 30 минут. Через 6 часов после операции интенсивность боли по шкале VAS была значительно ниже во второй группе ($2,1 \pm 0,7$) по сравнению с первой группой ($3,8 \pm 0,9$), а потребность в дополнительном введении анальгетиков наблюдалась лишь у 10% пациентов во второй группе, тогда как в первой группе этот показатель достигал 33 %. Гемодинамика пациентов обеих групп оставалась стабильной, серьезных осложнений, таких как значительная гипотензия, тошнота или неврологические нарушения, не зарегистрировано. Кроме того, применение комбинированного метода позволило обеспечить более равномерное распределение сенсорного блока и возможность контролируемого продления анестезии в послеоперационном периоде, что улучшало комфорт пациентов и ускоряло раннюю мобилизацию.

Вывод. Таким образом, комбинированная спинально-эпидуральная анестезия демонстрирует высокую клиническую эффективность, позволяя обеспечить быстрое наступление блока, длительную послеоперационную анальгезию и снижение потребности в системных анальгетиках, при этом сохраняется стабильность гемодинамических показателей и минимален риск осложнений. Полученные данные подтверждают целесообразность применения комбинированной методики как одного из приоритетных способов регионарного обезболивания в современной хирургической практике и стимулируют дальнейшее изучение оптимальных схем дозирования и комбинаций анестетиков для повышения безопасности и качества анестезии.

Мурадов А.А.¹, Муродзода А.М.², Исоева Т.Н.³

ЧАСТОТА КОМОРБИДНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У РОДИЛЬНИЦ С ОРГАНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Оценить частоту и структуру коморбидной почечной патологии у родильниц с органными дисфункциями и определить её роль в развитии тяжёлых осложнений послеродового периода.

Материал и методы. Проведён клинико-статистический анализ 180 родильниц с органными дисфункциями.

Диагностика заболеваний почек основывалась на анализе клинических данных, лабораторных показателей, расчёте скорости клубочковой фильтрации, а также результатах инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Анализ показал, что среди 180 родильниц с органными дисфункциями признаки коморбидной почечной патологии выявлены у 125 пациенток, что составило 69,4% наблюдений. В структуре почечной патологии наиболее часто встречались воспалительные заболевания почек. Так, хронический пиелонефрит диагностирован у 42 пациенток (33,6%), гестационный пиелонефрит - у 28 пациенток (22,4%). Хроническая болезнь почек выявлена у 19 пациенток (15,2%), мочекаменная болезнь - у 14 пациенток (11,2%), гломерулонефрит - у 11 пациенток (8,8%), тубулоинтерстициальные нефропатии - у 11 пациенток (8,8%). Патогенетически развитие органных нарушений у данной категории пациенток обусловлено комплексом взаимосвязанных механизмов. Ключевую роль играют гемодинамические нарушения, снижение почечной перфузии, эндотелиальная дисфункция, активация системного воспалительного ответа и выраженные расстройства микроциркуляции.

Выводы. Коморбидная почечная патология выявлена у 69,4% родильниц с органными дисфункциями, что свидетельствует о её высокой распространённости в структуре тяжёлых акушерских осложнений. Наиболее частыми заболеваниями почек являются хронический и гестационный пиелонефрит, суммарно составляющие более половины всех случаев почечной патологии.

Наличие почечной патологии достоверно повышает риск развития тяжёлых органных осложнений у родильниц (OR = 3,2; 95% CI 1,8–5,6; p < 0,001). Ранняя диагностика и своевременная коррекция почечной патологии у беременных и родильниц являются важным направлением профилактики тяжёлых акушерских осложнений и снижения риска развития критических состояний.

ЧАСТОТА ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ, ПРИВЕДШЕЙ К ОРГАНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ У РОДИЛЬНИЦ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Оценить частоту послеродовой инфекции в структуре причин органных осложнений у родильниц и определить её вклад в формирование тяжёлых полиорганных нарушений.

Материал и методы. Проведён ретроспективный клинико-статистический анализ 180 родильниц с органными дисфункциями. Анализировались причины развития органных осложнений в послеродовом периоде, включая инфекционные процессы, возникшие в позднем послеродовом периоде (более 24 часов после родоразрешения).

Результаты исследования. Установлено, что среди 180 родильниц с органными дисфункциями послеродовая инфекция диагностирована у 14 пациенток, что составило 7,8% наблюдений. Наиболее часто инфекционные осложнения ассоциировались с развитием следующих органных дисфункций: острое почечное повреждение, острый респираторный дистресс-синдром, острая печёночная недостаточность. Патогенетической основой формирования органных нарушений являлась системная активация воспалительных медиаторов, повреждение сосудистого эндотелия, расстройства микроциркуляции и тканевая гипоксия, что подтверждалось повышением уровней маркеров системного воспаления и увеличением показателей по шкале SOFA.

Статистический анализ показал, что доля инфекционных осложнений в структуре причин органных дисфункций достоверно уступает неинфекционным факторам ($\chi^2 = 121,6$; $p < 0,001$), однако их клиническое значение определяется тяжестью течения и высоким риском развития полиорганной недостаточности.

Выводы. Несмотря на относительно невысокую частоту, инфекционные осложнения характеризуются тяжёлым клиническим течением и высокой вероятностью формирования полиорганной недостаточности. Наиболее характерными проявлениями органных осложнений при послеродовой инфекции являются острое почечное повреждение, острый респираторный дистресс-синдром и острая печёночная недостаточность. Ранняя диагностика и своевременное проведение интенсивной терапии инфекционных осложнений послеродового периода имеют ключевое значение для профилактики прогрессирования полиорганной дисфункции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность терапевтического плазмофереза (ПФ) в комплексном лечении острого панкреатита.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов с острым панкреатитом, получавших лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии. У всех пациентов отмечался выраженный эндотоксикоз на фоне гиперферментемии, активации процессов перекисного окисления липидов, угнетения антиоксидантной системы и накопления токсических веществ среднемолекулярной массы. Во всех случаях имел место хилиоз плазмы, отражающий тяжёлые нарушения липидного обмена и выраженность метаболических расстройств. Плазмоферез проводился в составе комплексной терапии (инфузионная, анальгетическая, антибактериальная терапия, при показаниях - хирургическое лечение). Оценивали клиническое состояние, выраженность интоксикационного синдрома, показатели гемодинамики, уровень панкреатических ферментов, лабораторные маркеры воспаления, липидный спектр, а также динамику признаков полиорганной дисфункции.

Результаты исследования. После курса плазмофереза отмечено уменьшение клинических проявлений интоксикации, снижение выраженности болевого синдрома и стабилизация гемодинамики. Наблюдалось снижение уровня панкреатических ферментов, маркеров системного воспаления и частичная коррекция липидных нарушений с уменьшением степени хилиоза плазмы. У пациентов с панкреонекрозом и генерализованным воспалением применение ПФ способствовало ограничению деструктивных изменений и уменьшению выраженности полиорганной дисфункции. В пред- и послеоперационном периодах проведение ПФ ассоциировалось с более благоприятным течением заболевания и снижением частоты осложнений.

Выводы. ПФ является патогенетически обоснованным методом комплексного лечения острого панкреатита, протекающего с выраженным эндотоксикозом и хилиозом. Его применение способствует снижению воспалительной и метаболической нагрузки, стабилизации органных функций и профилактике развития полиорганной недостаточности.

МАРКЁРЫ ГИДРОФОБНЫХ, ГИДРОФИЛЬНЫХ ПЕЧЕНОЧНЫХ ТОКСИНОВ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Душанбе

³ЦРБ г. Пенджикента, Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние детоксикационной функции легких на маркёры гидрофобных, гидрофильных печеночных токсинов у пациентов с острой почечно-печеночной недостаточностью

Материал и методы. Обследованы 60 пациентов с острой почечно-печеночной недостаточностью (ОППН) разной этиологии, условно поделенных на три подгруппы по тяжести состояния, и 30 практически здоровых контрольной группы. Детоксикационная функция легких (ДФЛ) изучалась по вено-артериальной разнице (В-А) крови, забранной из правого желудочка сердца (ВКпжс), и артериальной крови - из лучевой артерии (АКла). Анализ печеночных метаболитов (билирубин (непрямой – гидрофобный компонент, прямой – гидрофильный), цитолитических ферментов - ALT и AST (гидрофильные компоненты), щелочной фосфатазы (ЩФ) (амфифильный компонент: каталитическая часть гидрофильная, липидный якорь гидрофобный) - по общепринятым методикам.

Результаты исследования. Анализ содержания токсических гидрофильных и гидрофобных компонентов в 1, 2 и 3 подгруппах пациентов с ОППН, по сравнению с контрольной группой, показал, что медиана и квартильный разброс составляли: билирубин – в ВКпжс выше на 262,6% ($p_2=0,049$), 724,2% ($p_2<0,001$) и 1053,8 % ($p_2<0,001$), в АКла - на 229,2% ($p_3=0,044$), 713,2% ($p_3<0,001$) и 1125,3% ($p_3<0,001$) соответственно по подгруппам, при этом В-А снижена на 19,7% ($p_1>0,05$) и на 1,3% ($p_1<0,001$), а также увеличена на 6,2% ($p_1<0,001$).

Оценка ALT, AST, ЩФ соответственно: в ВКпжс повышены в 1 подгруппе на 990,9% ($p_2=0,005$), 1036,4% ($p_2=0,006$) и 131,3% ($p_2=0,002$), во 2 подгруппе - на 1354,5% ($p_2<0,001$), 1445,5% ($p_2<0,001$) и 187,5% ($p_2<0,001$); в 3 подгруппе – на 1809,1% ($p_2<0,001$), 1945,5% ($p_2<0,001$) и в 281,3% ($p_2<0,001$); в бассейне АК: в 1 подгруппе - на 1005,3% ($p_3=0,014$), 856,5% ($p_3=0,008$) и 138,9% ($p_3=0,003$); во 2 подгруппе - на 1400,0% ($p_3<0,001$), 1490,9% ($p_3<0,001$) и 181,3% ($p_3<0,001$); в 3 подгруппе - на 1945,5% ($p_3<0,001$), 2127,3% ($p_3<0,001$) и 326,3% ($p_3<0,001$). В-А разница по ALT, AST, ЩФ: в 1 подгруппе снижена на 12,5% ($p_1>0,05$), на 12,0% ($p_1>0,05$) и на 7,0% ($p_1=0,005$); во 2 подгруппе имеется незначительное увеличение на 3,1% ($p_1<0,001$), 2,9% ($p_1<0,001$) и снижение на 2,2% ($p_1>0,05$); в 3 подгруппе эти показатели статистически достоверно значительно повышены на 7,1% ($p_1<0,001$), на 8,9% ($p_1<0,001$) и на 11,8% ($p_1<0,001$).

Выводы. У пациентов с ОППН ДФЛ в 1 подгруппе достаточно эффективно снижала концентрацию печеночных цитолитических ферментов и конечных продуктов катаболизма, во 2 подгруппе детоксикационная функция легких (ДФЛ) статистически значимо не влияла на этот пул веществ; в 3 подгруппе фракции билирубина и ферментов статистически достоверно возрастали, что указывало на негативное состояние ДФЛ в отношении этих фракций печеночных токсинов и цитолитических ферментов. В отношении этих фракций в 1 подгруппе ДФЛ функционировала компенсировано, во 2 подгруппе - субкомпенсировано, в 3 подгруппе - декомпенсировано.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПРИ КАРДИО-РЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ I ТИПА

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности структурно-геометрических параметров почек у больных при кардио-ренальном синдроме I типа

Материал и методы. Анализированы данные 50 пациентов с кардио-ренальным синдромом (КРС) I типа (acute cardiorenal syndrome I) - 24 (48,0%) мужчины и 26 (52,0%) женщины, полученные данные сравнивались с показателями здоровых - 15 (50,0%) мужчин и 15 (50,0%) женщин контрольной группы. УЗИ проведены на аппарате «Mindray M5» и «Toshiba SSA - 640» по общепринятым стандартам на клинических базах ГУ ГНЦРиД, ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”». Для выявления особенностей ультразвуковой картины почек у больных с КРС I типа в зависимости от тяжести состояния анализировали основные структурные показатели: объем почек, толщину паренхимы и коркового слоя, площади сечения пирамид, эхогенность коркового слоя. Больные с КРС I типа разделены условно на 3 подгруппы: с сохраненной ФВ ЛЖ (50% и более) - 22,0% (11), со средней (от 40% до 49%) - 42,0% (21) и с низкой (менее 40%) - 36,0% (18) случаев, соответственно с 1 стадией почечной дисфункции выявлялось 16,0% (8), со 2 стадией - 52,0% (26) и 3 стадией - 32,0% (16) случаев.

Результаты исследования. При КРС I типа в 1.1, 1.2 и 1.3 подгруппах, по сравнению с показателями контрольной группы, наблюдается: увеличение объема почек на 28,3% ($p_1=0,033$), 43,7% ($p_1<0,001$) и 76,7% ($p_1<0,001$); между подгрупповое сравнение показало статистически значимые различия в 1.1 подгруппе, по сравнению с 1.2 подгруппой, снижение на 10,7% ($p_2=0,022$) и с 1.3 подгруппой - на 24,7% ($p_3=0,003$), соответственно в 1.2 подгруппе к 1.3 подгруппе - на 18,6% ($p_4<0,001$); толщина паренхимы почек - в 1.1 подгруппе происходит её снижение на 10,0% ($p_1>0,05$) и увеличение в 1.2 и 1.3 подгруппах на 20,0% ($p_1=0,020$) и на 30,0% ($p<0,001$); при между подгрупповом сравнении в 1.1 подгруппе, по сравнению с 1.2 подгруппой, происходит

уменьшение на 8,3% ($p_2=0,005$) и с 1.3 подгруппой - на 15,4% ($p_3=0,011$), соответственно в 1.2 подгруппе к 1.3 подгруппе - на 7,7% ($p_4<0,001$); увеличение толщины коркового слоя почек - на 21,5% ($p_1=0,047$), 27,7% ($p_1>0,05$) и 52,3% ($p_1<0,021$) соответственно по подгруппам; между подгрупповое сравнение показало, что в 1.1 подгруппе, по сравнению с 1.2 подгруппой, отмечается снижение на 4,8% ($p_2>0,05$) и с 1.3 подгруппой - на 20,2% ($p_3=0,023$), соответственно в 1.2 подгруппе к 1.3 подгруппе - на 16,2% ($p_4<0,001$); отмечается также повышение эхогенности коркового слоя на 2,9 % ($p_1>0,05$), 15,8% ($p_1>0,05$) и 24,0 % ($p_1<0,001$) соответственно по подгруппам; между подгрупповое сравнение показало, что в 1.1 подгруппе, по сравнению с 1.2 подгруппой, эхогенность снижена на 11,1% ($p_2=0,036$) и по отношению к 1.3 подгруппе - на 17,0% ($p_3>0,05$), соответственно в 1.2 подгруппе к 1.3 подгруппе - на 20,5% ($p_4<0,001$).

Выводы. У больных КРС I типа в зависимости от прогрессирования тяжести кардиальной недостаточности происходят динамические негативные сдвиги структурно-геометрических параметров, связанные с нарушениями общего и регионарного кровообращения и приводящие к острому внутривисцеральному повреждению с компонентами интерстициального отека.

Мухамедова У.М.¹, Шумилина О.В.^{1,2}, Муродзода А.М.².

АНТИСВЕРТЫВАЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ ПРИ КАРДИО-РЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ I И РЕНО-КАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ III ТИПОВ

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности антисвертывающей активности лёгких у больных при кардиоренальном синдроме I и рено-кардиальном синдроме III типов.

Материал и методы. Анализированы данные 50 пациентов с кардио-ренальным синдромом (КРС) I типа (acute cardiorenal syndrome I), 50 пациентов с рено-кардиальным синдромом (РКС) III типа (acute renocardial syndrome III) и 30 здоровых мужчин и женщин контрольной группы. Пациенты с КРС I типа условно разделены на 3 подгруппы (1.1 - средней тяжести, 1.2 - тяжелой, 1.3 - крайне тяжелой степеней). Сохранный ФВ ЛЖ (50% и более) выявлена у 22,0% (11), средняя (от 40% до 49%) – у 42,0% (21) и низкая (менее 40%) – у 36,0% (18) случаев, соответственно 1 стадия почечной дисфункции выявлялась в 16,0% (8) случаев, 2 стадия - в 52,0% (26) и 3 стадия - в 32,0% (16). Пациенты с РКС III типа разделены на 3 подгруппы (2.1 - средней тяжести, 2.2 - тяжелой, 2.3 - крайне тяжелой). Согласно рекомендациям KDIGO (2012) острое почечное повреждение (ОПП) 1 стадии выявлялось в 6,0% (3), 2 стадии – в 26,0% (13), 3 стадии - в 68,0% (34) случаев. Соответственно пациентов с острой сердечно-сосудистой недостаточностью (ОССН) с сохраненной ФВ ЛЖ (50% и более) было 26,0% (13), со средней ФВ ЛЖ (от 40% до 49%) - 26 (52,0%); с низкой ФВ ЛЖ (менее 40%) - 22,0% (11).

Исследованы антисвертывающая активность лёгких (ААЛ) по вено-артериальной (В-А) разнице уровня антитромбина III (АТ III), взятого в бассейнах смешанной венозной и артериальной крови, в зависимости от тяжести основной патологии.

Результаты исследования. При КРС I типа выявлено, что В-А разница по АТ III в 1.1 подгруппе повышается на 16,4% ($p_1<0,001$), легкие компенсируют активность антисвертывающей системы до уровня компенсированных значений; в 1.2 подгруппе она незначительно повысилась на 2,7% ($p_1<0,001$), функционально легкие неспособны к антикоагуляции и находятся в стадии субкомпенсации; в 1.3 подгруппе выявлено снижение В-А разницы на 10,2% ($p_1<0,001$), что указывает на прогрессирование депрессии антисвертывающего звена системы гемостаза и декомпенсацию антикоагуляционной способности легких.

При РКС III типа В-А разница по АТ III в 2.1 подгруппе повысилась на 8,4 % ($p_1=0,001$), легкие сохраняют способность частично компенсировать активность антисвертывающей системы до уровня контрольных значений; в 2.2 подгруппе происходит статистически незначительное повышение на 2,0% ($p_1=0,005$), что указывает на процессы истощения содержания АТ-III и субкомпенсацию активности антисвертывающей системы легких, по сравнению с контрольной группой; в 2.3 подгруппе происходит уменьшение на 10,4% ($p_1=0,003$) вследствие нарастания депрессии антисвертывающей системы гемостаза, способствующей прогрессированию гиперкоагуляции на фоне отека от легких артериальной крови, по сравнению со смешанной венозной кровью, вследствие декомпенсации антикоагуляционного потенциала.

Выводы. Исследование показателей антикоагуляционного звена системы гемостаза у пациентов с КРС I типа и РКС III типа в бассейнах притекающей к легким смешанной венозной крови и оттекающей от легких артериальной крови показало стадийность нарушения антисвертывающей активности легких (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация) в зависимости от тяжести основной патологии, что требует персонализированного подхода при диагностике и коррекции этих нарушений.

Назирова М.М.¹, Мурадов А.А.^{1,2}, Муродзода А.М.².

ФАКТОРЫ РИСКА И ТЯЖЕСТЬ ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

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 факторы риска и тяжесть течения у пациентов с бронхиальной астмой и перенёсших COVID-19.

Материал и методы. Проведен анализ 100 пациентов с бронхиальной астмой (БА): 1-ая ретроспективная группа - 55 (55,0%), 2-ая проспективная группа - 45 (45,0%) человек с БА, перенёсших COVID-19.

Применялись критерии: «Бронхиальная астма: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению» (2019, 2021) и перенёсших COVID-19 «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (2019, 2021, 2023).

Обследование и лечение проводилось в ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» на базе кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗРТ, в ЦРБ г. Вахдата, а также в отделении пульмонологии «Национальный медицинский центр РТ» - «Шифобахш».

Результаты исследования. У пациентов с БА в ретроспективной и проспективной группах при поступлении среди внутренних факторов риска наиболее часто выявлялись генетическая предрасположенность к бронхиальной гиперреактивности - 15 (27,3%) и 7 (15,5%), генетическая предрасположенность к атопии - 10 (18,2%) и 8 (17,8%) человек соответственно. Ожирение встречалось одинаково часто - по 5 пациентов - 9,0% и 11,1%. По полу в обеих группах преобладали женщины: 35 в 1-й группе против 25 во 2-й; мужчин было 20 и 20 соответственно. Среди факторов окружающей среды наиболее распространёнными были профессиональные - 8 случаев (14,5%) и 6 (13,3%), инфекционные агенты - 5 (9,0%) и 7 (15,5%), аллергены - 5 (9,0%) и 3 (6,7%) соответственно, нарушения диеты - по 5 случаев - 9,0% и 11,1% соответственно. Аэрополлютанты выявлялись реже: 2 случая в 1-й группе и 4 случая (8,9%) во 2-й группе. В целом структура факторов риска в обеих группах была сходной, однако в проспективной группе несколько чаще отмечались инфекционные агенты, аэрополлютанты и ожирение.

Из 100 пациентов БА впервые выявлена у 12 (12,0%) и находившихся на лечении разные сроки - у 88 (88,0%). В ретроспективной и проспективной группах впервые выявленных 7 (12,7%) и 5 (11,1%) и соответственно находившихся на лечении - 48 (87,3%) и 40 (88,9%). Из 12 пациентов с впервые выявленным заболеванием БА отмечено, что из 7 в ретроспективной группе - интермиттирующая БА и персистирующая БА средней тяжести диагностирована у 2 (28,6%) и тяжелое течение - у 5 (71,4%); в проспективной группе из 5 средней тяжести - у 1 (20,0%) и тяжелое течение - у 4 (80,0%), пациенты с легким течением в обеих группах отсутствовали.

Из 88 ранее леченных пациентов с БА у 48 (87,3%) ретроспективной и 40 (88,9%) в проспективной группах средняя тяжесть течения составила 20 (41,7%) и 18 (45,0%), тяжелая степень - 28 (58,3%) и 22 (55,0%) соответственно, легкое течение также отсутствовало.

В проспективной группе при поступлении в клинику с коронавирусом SARS-CoV-2 / COVID-19 на фоне БА средняя тяжесть отмечена у 15 (33,3%), тяжелая степень - у 23 (51,1%) и крайне тяжелое состояние - у 7 (15,6%) пациентов.

Выводы. У 2/3 у пациентов с БА имеются 1-2 и более внутренних, а также 2-3 внешних факторов риска, влияющих на развитие бронхиальной астмы. Пациенты, перенесшие SARS-CoV-2 / COVID-19, более тяжело переносят основное заболевание.

Назирова М.М.¹, Мурадов А.А.¹, Сангинов А.Б.².

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОФЕРЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

²Кафедра фтизиопульмонологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», Таджикистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность терапевтического плазмафереза (ПА) как дополнительного метода лечения у пациентов с бронхиальной астмой (БА), перенёсших COVID-19.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов с бронхиальной астмой тяжёлого течения, перенёсших COVID-19. У всех пациентов отмечались частые обострения заболевания на фоне адекватной базисной терапии либо развитие обострений стероидо-зависимой БА при попытке снижения дозы системных глюкокортикостероидов. Плазмаферез проводился в дополнение к стандартной медикаментозной терапии (ингаляционные бронходилататоры, ингаляционные и/или системные глюкокортикостероиды, противовоспалительные препараты). Оценивали клиническую симптоматику (частоту приступов удушья, выраженность одышки, потребность в бронхолитиках короткого действия), частоту обострений, показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1), а также динамику лабораторных маркеров системного воспаления. Наблюдение проводилось в динамике до и после курса ПА.

Результаты исследования. После проведения курса плазмафереза отмечено достоверное уменьшение частоты и выраженности приступов удушья, снижение потребности в бронхолитиках короткого действия, улучшение показателей функции внешнего дыхания (увеличение ОФВ1). У пациентов со стероидо-зависимой бронхиальной астмой стало возможным снижение дозы системных глюкокортикостероидов без провокации обострения. Также наблюдалось уменьшение выраженности лабораторных признаков системного воспаления, что особенно актуально у пациентов после перенесённого COVID-19 с признаками персистирующего воспалительного ответа.

Выводы. Терапевтический плазмаферез является эффективным дополнительным методом лечения у пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой, перенёсших COVID-19, при частых обострениях и стероидной зависимости. Применение ПА в составе комплексной терапии способствует снижению воспалительной активности, улучшению функции внешнего дыхания и уменьшению потребности в системных глюкокортикостероидах.

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗА 2024–2025 ГГ.

Областная клиническая больница имени Бури Вохидова, отделение реанимации и интенсивной терапии, г. Бохтар. Таджикистан

Цель исследования. Проанализировать нозологическую структуру летальных исходов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за 2024–2025 годы и определить ведущие причины смертности.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, умерших в ОРИТ за период 2024–2025 гг. Оценивалась нозологическая структура летальности с определением удельного веса каждой патологии в общей структуре смертности. Статистическая обработка данных проводилась методом описательной статистики с расчетом процентных показателей.

Результаты исследования. За анализируемый период зарегистрировано 135 летальных исходов: 69 случаев в 2024 году и 66 случаев в 2025 году. В структуре смертности преобладали острые нарушения мозгового кровообращения — 29 случаев (21,5%) и инфаркт миокарда — 25 случаев (18,5%). Тяжелая сочетанная травма составила 18 случаев (13,3%). Отек лёгких зарегистрирован в 13 случаях (9,6%), диабетический кетоацидоз — в 11 случаях (8,1%), перитонит — в 8 случаях (5,9%). Доля тромбоэмболии лёгочной артерии составила 4,4%, острой и хронической почечной недостаточности суммарно — 7,4%, онкологической патологии — 3,0%, ожоговой травмы — 3,0%. Минимальная частота отмечена при тромбозе мезентериальных сосудов и циррозе печени (по 1,5%).

Выводы. Ведущими причинами летальных исходов в ОРИТ за 2024–2025 гг. являются острые цереброваскулярные и кардиальные события, суммарно формирующие более 40% структуры смертности. Значимую долю составляют тяжелая травма и острая хирургическая патология. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования ранней диагностики и интенсивной терапии сердечно-сосудистых и нейрореанимационных состояний как приоритетного направления снижения летальности в ОРИТ.

Раззоков М.У., Намазова Н.Б.

ТРУДНАЯ ИНТУБАЦИЯ: АЛГОРИТМЫ, ГАДЖЕТЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан

Цель исследования. Анализ современных подходов к ведению трудной интубации, оценка эффективности специализированных устройств и алгоритмов, а также разбор клинических случаев, демонстрирующих значимость системного подхода в сложных клинических ситуациях.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование на базе [название медицинского учреждения] с анализом 150 случаев трудной интубации, встречавшихся в отделениях анестезиологии и интенсивной терапии. Пациенты были разделены на группы по методам обеспечения проходимости дыхательных путей:

1. Группа 1 (стандартные методы, n=50):
 - Прямая ларингоскопия (Macintosh/Miller)
 - Бургер-манёвр, ретракция нижней челюсти
 - Использование проводников и бужей
2. Группа 2 (современные гаджеты, n=50):
 - Видеоларингоскопия (GlideScope, C-MAC, McGrath)
 - Интубация через ларингеальную маску
 - Использование светового стилета и фиброоптических эндоскопов
3. Группа 3 (экстренные алгоритмы, n=50):
 - Применение чрескожной крикотиреоидотомии
 - Конверсия в вентилиацию через ларингеальную маску
 - Хирургическая трахеостомия в ургентных случаях

Оценивались:

- Частота успешной интубации с первой попытки
- Количество попыток интубации
- Длительность процедуры
- Частота гипоксии ($SpO_2 < 90\%$) и других осложнений
- Необходимость в экстренных методах обеспечения дыхательных путей

Результаты исследования.

Стандартные методы (группа 1):

- Успешная интубация с первой попытки – 58%
- Среднее количество попыток – $2,3 \pm 0,8$
- Осложнения (гипоксия, травмы слизистой) – 21%

Гаджеты (группа 2):

- Успешная интубация с первой попытки – 87%
- Среднее количество попыток – $1,4 \pm 0,5$
- Осложнения – 8%

Экстренные алгоритмы (группа 3):

- Успешное обеспечение проходимости дыхательных путей – 98%
- Частота гипоксии перед выполнением крикотиреоидотомии – 32%
- Среднее время выполнения процедуры – 45 секунд

Анализ полученных данных подтвердил, что использование современных устройств (видеоларингоско-

пов, фиброоптических эндоскопов, световых стилетов) значительно повышает успех интубации с первой попытки и снижает частоту осложнений. Особенно эффективными оказались видеоларингоскопы, так как они улучшают визуализацию голосовой щели, что особенно полезно при сложной анатомии.

Стандартные методы показали более низкую эффективность, особенно при неблагоприятных анатомических условиях (короткая шея, ожирение, макроглоссия).

Экстренные алгоритмы (крикотиреоидотомия, ларингеальная маска) были жизненно необходимыми в критических ситуациях, обеспечивая быструю оксигенацию и предотвращая гипоксию.

Клинический разбор 1: ожирение и трудная интубация

Пациент 42 года, ИМТ = 45, поступил на бариатрическую операцию. Прямая ларингоскопия оказалась неэффективной (Cormack-Lehane III-IV). Использование видеоларингоскопа С-МАС позволило успешно выполнить интубацию с первой попытки. Клинический разбор 2: экстренная интубация в условиях шока

Пациент 67 лет, анафилактический шок, отёк гортани. Попытки интубации безуспешны, сатурация падает до 70%. Выполнена крикотиреоидотомия, после чего восстановлена адекватная вентиляция.

Выводы. 1. Использование видеоларингоскопов, фиброоптических эндоскопов и интубационных устройств значительно повышает эффективность интубации с первой попытки и снижает частоту осложнений.

2. Алгоритмы трудной интубации (DAS, ASA, VORTEX) помогают снизить риск гипоксии за счёт быстрого принятия решений.

3. Экстренные методы (крикотиреоидотомия, ларингеальная маска) остаются важными в критических ситуациях и должны быть освоены всеми анестезиологами и реаниматологами.

Практическое значение: Результаты исследования демонстрируют необходимость широкого внедрения современных интубационных технологий и регулярных тренингов по алгоритмам трудной интубации, что позволит снизить риск гипоксии и летальных исходов.

Рахимзода Х.Б., Джобиров Ш.И., Хамидов Д.Б.

НУБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КАРДИОХИРУРГИИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗРТ. Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности нейбулайзерной терапии для профилактики легочных осложнений у кардиохирургических больных.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 120 больных, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК) по поводу коррекции врожденного порока сердца (ВПС). Возраст больных колебался от 4 до 27 лет. Средняя продолжительность ИК-85±4,0 мин. Время пережатия аорты 43±3,5 мин, температура прямой кишки 30°±1,0°. Больные были разделены на две группы по 60 больных по включению небулайзерной терапии. В первую группу вошли 60 больных (контрольная группа), в комплексную интенсивную терапию которых вошли мероприятия по профилактике легочных осложнений как ранняя экстубация, ранняя активация, оксигенотерапия, вибромассаж грудной клетки, дыхательная гимнастика и мультимодальная аналгезия.

Вторую группу составили 60 больных (основная группа), в комплекс интенсивной терапии которых к вышеуказанным мероприятиям, была добавлена небулайзерная терапия.

Результаты исследования. Использование небулайзерной терапии в комплексной профилактике легочных осложнений с применением салбутамола, небутамола и декасана привело к снижению легочных осложнений. При этом частота трахеобронхитов снизилась на 11,5%, пневмоний на 10,0% и ОРДС на 3,6% по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Включение в комплексную программу профилактики легочных осложнений кардиохирургических больных способствует снижению легочных осложнений в послеоперационном периоде.

Рахимов У.Ю.¹, Муродзода А.М.², Ризоев М.М.²

ГАЗОВЫЙ СОСТАВ КРОВИ В РАЗЛИЧНЫХ БАССЕЙНАХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Изучить газовый состав крови в различных бассейнах у пациентов с острой почечно-печеночной недостаточностью (ОППН) для определения тяжести острого респираторного дистресс синдрома.

Материал и методы. Диагностика тяжести и стадийности ОППН проводилась согласно общепринятым клиническим рекомендациям: ОПП - «Острое повреждение почек (ОПП) 2020» и ОПечН - «Острая печеночная недостаточность. Обзор рекомендаций Европейской ассоциации по изучению печени и Американской ассоциации по изучению заболеваний печени».

Обследованы 60 пациентов с острой почечно-печеночной недостаточностью разной этиологии, условно поделенных на три подгруппы по тяжести состояния, и 30 практически здоровых - контрольная группа. Основными причинами развития ОППН оказались гепато- и нефротоксические отравления, послеродовые осложнения, фульминантный острый гепатит и сепсис.

Из правого желудочка сердца забиралась проба смешанной венозной крови (ВКпжс), из лучевой арте-

рии - артериальная кровь (АКла). Анализ проводился на газовом анализаторе (Wondfo Blood Gas Analyzer – test card bgdr -10).

Результаты исследования. В первой подгруппе (n=10; 16,7%) при сравнении медианных значений PaCO_2 и PaO_2 с показателями контрольной группы обнаружено: в бассейне ВКпжс наблюдается значимое повышение PaCO_2 на 13,6% ($p<0,001$) до Ме 53,5 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 51,4-55,6) и снижение PaO_2 на 15,8% ($p<0,001$) до Ме 34,6 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 32,1-36,7); в бассейне АКла происходит снижение PaCO_2 на 5,3% ($p>0,05$) до Ме 33,9 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 31,1 – 36,0), PaO_2 на 27,6% ($p<0,001$) до Ме 70,3 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 68,2-72,5).

Во второй подгруппе (n=30; 50,0%) при сравнении медиан PaCO_2 и PaO_2 с медианами контрольной группы выявлено: в бассейне ВКпжс происходит значимое повышение PaCO_2 на 19,5% ($p<0,001$) до Ме 56,3 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 54,1-59,4) и снижение PaO_2 на 22,9% ($p<0,001$) до Ме 31,7 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 29,8-33,9); в бассейне АКла - повышение PaCO_2 на 28,8% ($p<0,001$) до Ме 46,1 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 44,2-48,9) и снижение PaO_2 на 32,6% ($p<0,001$) до Ме 65,4 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 63,2-67,8).

В третьей подгруппе (n=20; 33,3%) сравнительная оценка медианных значений PaCO_2 и PaO_2 с данными контрольной группы показала: в бассейне ВКпжс происходит выраженное повышение PaCO_2 на 21,0% ($p<0,001$) до Ме 57,0 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 55,1-59,3) и снижение PaO_2 на 21,9% ($p<0,001$) до Ме 32,1 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 30,1-34,5); в бассейне АКла наблюдается повышение PaCO_2 на 33,0% ($p<0,001$) до Ме 47,6 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 45,1-49,6) и снижение PaO_2 на 48,8% ($p<0,001$) до Ме 49,7 мм рт. ст. (Q_1 - Q_3 : 47,3-51,4).

Выводы. У пациентов с ОППН оценка газового состава крови по данным PaCO_2 и PaO_2 в бассейнах ВКпжс и АКла при поступлении в клинику показала наличие гипоксии смешанного генеза разной степени выраженности, а также снижение IO_2 , усугубляющиеся по мере нарастания тяжести основного процесса. ОППН, вызванная различными этиологическими факторами, является вторичной причиной развития острого респираторного дистресс-синдрома, энцефалопатии, других органических/системных осложнений, что обусловлено фазовым характером развития синдрома полиорганной недостаточности (индукционная, вторичной аутоагрессии и стабильного гиперметаболизма).

Ризоев М.М., Хайдаров С.Ф., Фармонов И. А.

ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ ТРОМБОЭМБОЛИКӢ ДАР СОҲАИ ЧАРРОҲӢ

Беморхонаи клиникии вилояти Суғд. ш. Хучанд. Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Таҳлил намудани омилҳои мусоидаткунандаи оризаҳои тромбоземболикӣ ва баргараф намудани онҳо.

Мавод ва усулҳо. Яке аз оризаҳои вазнини беморони чарроҳӣ, ки ғоизи баланди ғавтнокӣ дорад, ин оризаи венози тромбоземболикӣ мебошад, ин намуди ориза асосан дар давраи пас аз чарроҳӣ ба амал омадааст. Дар шӯъбаҳои чарроҳии Беморхонаи клиникавии вилояти Суғд дар солҳои 2024-2025, 34117 нафар беморон бистарӣ шуда 20070 маротиба амалиёти чарроҳӣ гузаронида шудааст. Аз онҳо нақшаи 12362 адад, таъҷили 7708 адад. Оризаҳои тромбоземболикӣ асосан ба беморони ба таври таъҷилӣ бистарӣ шуда ба қайд гирифта шудааст. Дар ақсарият мавридҳо таъхиси тромбоземболии шараёни шушҳо дар асоси шикоят ва аломатҳои клиникии гузошта шудааст, зеро беморон дар соатҳои аввали пас аз таъхисгузорӣ ғавтидаанд. Инчунин барои аниқ намудани он таъхирҳои ҳафта гузаронида нашудааст. Барои таъхисгузориҳои оризаҳои тромбоземболикӣ ба беморон чунин тадқиқотҳо ва таҳлилҳои лабораторӣ гузаронида шудааст: сабти барқии дил, рентгенографияи қафаси сина, ТУС-и дил, тадқиқи ултрасадогии варидҳои андоми поён, томографияи компютериҳои узвҳои қафаси сина, таҳлили хун ба коагулограмма, Д-димер, тропонин. Асосан ба беморон табобати антикоагулянтӣ бо гепарин гузаронида шудааст. Аз сабаби он ки ин ориза асосан дар рузҳои аввали пас аз чарроҳӣ ба амал омадааст, табобати тромболитикӣ гузаронида нашудааст. Ин намуди ориза дар бемороне ки дар ковоки шикам чарроҳӣ шудаанд, (шӯъбаҳои чарроҳии калонсолон, чарроҳии фасоднок, амрози занона), ва шӯъбаи чарроҳии қафаси сина, урология ба қайд гирифта шудааст.

Натиҷаи таҳқиқотҳо. Дар натиҷаи ҳодисаҳои марганҷомӣ аз тромбоземболии шараёни шушҳо, ки асосан дар давраи пас аз чарроҳӣ рух додааст, бинобар он давраи тайёрии пеш аз чарроҳӣ, давраи чарроҳӣ ва пас аз он таҳлил карда шуд. Омилҳои давраи то чарроҳӣ: дер муроҷиат намудани беморони шадиди чарроҳӣ (якчанд маротиба дар ҳона истифода бурдани маводҳои бедардкунанда), ба таъхир гузоштани амалиёти чарроҳии таъҷилии бозмонда (бе асоснокӣ), тайёрии дарозмуддати то чарроҳӣ, ба эътибор нагирифтани табобати медикаментозии оризаи тромбоземболикӣ дар беморони гуруҳи миёна ва ҳафви баланддоштаи ин намуди ориза. Омилҳои давраи чарроҳӣ: давомнокӣ ва ҳаҷми амалиёти чарроҳӣ, осебнокӣ чарроҳӣ, сатҳ ва намуди бедардкунӣ, статуси волемиқӣ. Омилҳои давраи пас аз чарроҳӣ: сифати бедардкунӣ, статуси волемиқӣ, ҳолати имобилизатсионӣ бемор (беҳаракатӣ), ҳолати гипоксемикӣ, ҳамроҳ шудани алоими ҷавоби бо илтиҳоби системавӣ (SIRS), назорати ихроҷи пешоби шабонарузӣ (бозмонди пешобкунӣ). Дар асоси тадқиқотҳо маълум гаштааст, ки зиёда аз 90%-и манбаи тромбоземболии шушҳо дар варидҳои амиқии андомҳои поён, коси хурд, варидҳои гурда, вариди холии поён мавҷуд мебошад. Бинобар он ба омилҳое, ки боиси суст гаштани суръати гардиши хун дар ин варидҳо мегарданд, эътибори ҷидди додан лозим аст. Аз он ҷумла: баландшавии фишори дохилибатнӣ, бозмонди пешоб (пас аз беҳискунии ҳароммағзӣ, рефлексорӣ, дард), ҳолати гиповолемиқӣ, гузоштани фатилаҳо дар коси хурд бо мақсади боздоштани хунравӣ, осебнокӣ чарроҳӣ.

Хулоса. Бо воситаи ягон намуди таҳқиқот ва таҳлилҳо пешгуиҳои оризаи тромбоземболикӣ ғайриимкон аст, бинобар он мо он омилҳое, ки боиси паст шудани оризаи тромбоземболикӣ мегарданд истифода барем.

1. Ба беморони ба таври таъҷилӣ бистарӣ шуда ҳар чи зудтар баргараф намудани манбаи дард.
2. Ба гуруҳи ҳафви миёна ва баланди оризаи тромбоземболикидошта истифодаи воҷи профилактикии

антикоагулянтҳо.

3. Истифода бурдани чуробҳои компрессионӣ (самаранокиаш исбот шудааст)
4. Аз руи нишондод васеъ истифода бурдани бедардкунии регионарӣ.
5. Барқарор намудани ҳолати гиповолемикӣ, ихроҷи патологӣ, қонё намудани талаботи физиологӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ бо роҳи энтералӣ ва парентералӣ.
6. Гузарониадни амалиёти малоинвазивӣ, камосебӣ, босифат, кутоҳмуддат бо истифода аз дастгоҳҳои муносири тиббӣ.
7. Мобилизатсия ва вертикализатсияи бармаҳал (Кинезиотерапия-ҳаракатҳои фаол ва пассив)
8. Бедардкунии регионарӣ ва сифатнок.
9. Назорати фишори дохилибатнӣ ва ихроҷи пешоб.
10. Истифодаи вояи профилактикӣ ва табобатии антикоагулянтҳо.
11. Ҷорабиниҳои пешгирикунада то пурра фаол гаштани бемор идома дода шавад.

Сатторов В.Т., Сайдуллоев А.З., Курбонов А.А.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ОРИТ

Областная клиническая больница Хатлонской области имени Бури Вохидова
г. Бохтар. Таджикистан

Цель исследования. Провести клинико-статистический анализ госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) за 2024–2025 гг., оценить динамику заболеваемости, структуру первичных и повторных случаев, летальность, продолжительность госпитализации, влияние сопутствующих заболеваний и особенности лечения в ОРИТ.

Материал и методы. В приемное отделение больницы за период 2024 – 2025 г. поступило 270 больных с ИМ, из них 118 в 2024 году и 152 в 2025 г. Общее число поступивших в ОРИТ по всем нозологиям 752 в 2024г. и 765 в 2025г, из которых с диагнозом ИМ составило 50 и 68 пациентов соответственно. При госпитализации в ОРИТ учитывались тип ИМ, возрастно-половой состав, тяжесть, сопутствующие заболевание. Из общего числа поступивших 50% пациентам проводилось коронарография из них 40% проводилось стентирования.

Интенсивная терапия в ОРИТ проводилось по международным стандартам: включала антиагрегантную и антикоагулянтную терапию (100%) , кислородотерапию , анальгоседацию. У всех пациентов с кардиогенным шоком-14(9,2 %) проводилась инотропная поддержка (добутамин , норадреналин) и респираторная поддержка по показаниям до стабилизации гемодинамики.

Результаты исследования. В 2025 г. по сравнению с 2024 г. рост госпитализаций составил 28,8% (первичные ИМ: 83,9%→92,8%; 11(4%) случаев ежегодно составило повторный ИМ). Преобладали пациенты >50 лет (95,6% от учтенных по возрасту). В ОРИТ пролечено 50 больных (43,7%) от 118 в 2024 г. и 68 больных в 2025 г. (44,7%). Доля ИМ в структуре ОРИТ – 6,6% (2024) и 8,9% (2025). Летальность от ИМ – 22 пациента (8,1%): по 11 случаев ежегодно (9,3% в 2024 г., 7,2% в 2025 г.). Общая летальность в ОРИТ 2024-69(9,2%) и 2025-66(8,6%); летальность в реанимации среди пациентов с ИМ составила 22,0% в 2024г. и 16,2% в 2025г. Среди умерших преобладали лица >50 лет 90,9% и <50(9,1%), артериальная гипертензия 72,7%, сахарный диабет-27,3%. Кардиогенный шок-14 пациентов(5,2%) стал причиной смерти в 11 случаях (78,6%). Длительность госпитализации: 1 день – 11,1%, 2 дня – 8,9%, >4 дней – 5,2%(все с шоком). Коморбидность: АГ у 60 (22,2%), СД у 14 (5,2%) – суммарно 27,4%.

Выводы.

1. За 2024–2025 гг. число госпитализаций по поводу ИМ выросло на 28,8% преимущественно за счёт первичных случаев; доля ИМ в структуре ОРИТ увеличилась с 6,6% до 8,9%.
2. Заболеваемость значительно выше среди лиц старше 50 лет.
3. Общая летальность при ИМ снизилась с 9,3% (2024) до 7,2% (2025), летальность в ОРИТ – с 22,0% до 16,2%, что может отражать повышение эффективности реанимационной помощи.
4. Кардиогенный шок остаётся главным предиктором летального исхода (78,6% больных с шоком умерли).
5. АГ и СД выявлены у 27,4% пациентов, что подтверждает необходимость их активного контроля для профилактики ИМ.

Сатторов В.Т., Улмасов Х.Х., Сатторов Э.М.

СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В СТРУКТУРЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСЕРЕВО СЕЧЕНИЯ

Областной перинатальный центр г. Бохтар. Таджикистан

Цель исследования. Проанализировать структуру анестезиологического обеспечения операций кесарева сечения в Областном перинатальном центре за 2024–2025 гг., оценить частоту осложнений спинальной анестезии и представить технические особенности выполнения блока.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 4500 протоколов анестезии при кесаревом сечении. Оценивались общее число госпитализаций, методы анестезии (спинальная, эпидуральная, общая анестезия), дозировка бупивакаина («Юрия фарма»), тип игл («Квинке»), положение пациентки при пункции, структура плановых операций, частота осложнений спинальной анестезии (гипотензия, тошнота/рвота, постпункционная головная боль, высокий и тотальный спинальный блок).

Результаты исследования. За 2024–2025 гг. в центре госпитализирована 18 201 пациентка. Кесарево сечение выполнено в 4500 случаях (24,7%): в 2024 г. – 2151 (23,5%), в 2025 г. – 2349 (26,0%). Общее число анестезий – 4500, из них спинальная анестезия применена у 3949 (87,8%), эпидуральная 270 (6%) и общая анестезия – у 281

(6,2%). В 2024 г. спинальная анестезия использована у 1935 (90% от анестезий года), эпидуральная анестезия у 110 (5,1%) пациенток, общая анестезия – у 106 (4,9%); в 2025 г. – у 2014 пациенток (85,7%) спинальная анестезия, эпидуральная анестезия 160 (6,8%) и 175 (7,5%) соответственно. Плановые операции составили 986 (21,9%): рубец на матке – 814 (82,6%), переносная беременность – 71 (7,2%), рубец и двойня – 30 (3,0%), крупный плод – 15 (1,5%), миопия высокой степени – 19 (1,9%), после пластики промежности – 32 (3,2%), ВИЧ-инфекция – 7 (0,7%), после ЭКО – 6 (0,6%). Для спинальной анестезии использован гипо или гипербарический бупивакаин 12,5–15 мг, иглы «Квинке» 25–27 G. Пункция выполнялась в 95% случаев сидя, в 5% – лежа на боку. Психоэмоциональный статус контролировался бензодиазепинами, кетамин в/в болюсно. Средняя продолжительность анестезии 110 – 120 минуты. При инфузионной терапии использовались: растворы Рингера, мезатон, атропин по показаниям. Осложнения спинальной анестезии: гипотензия – 59%, тошнота/рвота – 3,6%, постпункционная головная боль – 1,2%, высокий спинальный блок – 1,6%, тотальный спинальный блок – 0,04% (2 случая с благоприятным исходом). Летальных исходов, связанных с анестезией, не зафиксировано.

Выводы. Спинальная анестезия является основным методом обезболивания при кесаревом сечении (87,8%). Применение бупивакаина в дозе 12,5–15 мг и игл «Квинке» с пункцией в положении сидя обеспечивает адекватную анестезию. Наиболее частое осложнение – гипотензия (59%), требующая вазопрессорной поддержки и адекватной инфузии кристаллоидов (Рингер). Низкая частота постпункционной головной боли (1,2%) и тотального спинального блока (0,04 % -) подтверждает безопасность методики. Полученные данные позволяют рекомендовать спинальную анестезию как метод выбора при абдоминальном родоразрешении.

Сафаров А.С.¹, Муродзода А.М.², Мурадов А.А.¹

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Определение патогенетически значимых показателей, потенциально обосновывающих применение плазмафереза в комплексной терапии рефрактерной артериальной гипертензии у пациентов, находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы. Изучены результаты 30 пациентов с 5 стадией хронической болезни почек, находящихся на программном гемодиализе не менее 6 месяцев.

Критерием включения являлось наличие артериальной гипертензии; рефрактерной считалась гипертензия при сохранении уровней АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. на фоне приема ≥ 3 антигипертензивных препаратов различных классов при адекватной диализной терапии и достижении целевого «сухого веса». Проведена комплексная оценка клинико-лабораторных показателей.

Результаты исследования. У пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией выявлены выраженные признаки эндотелиальной дисфункции, проявлявшиеся снижением эндотелий-зависимой вазодилатации, повышением уровней эндотелина-1, фактора фон Виллебранда, гомоцистеина и С-реактивного белка. Отмечалось увеличение концентрации фибриногена, признаки гиперкоагуляции и повышения вязкости крови. В липидном спектре выявлены атерогенные изменения. Зафиксированы признаки активации процессов перекисного окисления липидов при относительном снижении активности супероксиддисмутазы. По данным СМАД и ДМАД, у большинства пациентов зарегистрирован патологический циркадный профиль («non-dipper», «night-reaker»), высокая вариабельность артериального давления и признаки симпатикотонии. Выявлены статистически значимые корреляции между уровнем маркеров эндотелиальной дисфункции, показателями гемостаза и степенью повышения артериального давления.

Выводы. Наличие выраженной эндотелиальной дисфункции, гипервязкости и атеротромбогенных изменений может являться обоснованием для рассмотрения плазмафереза как адъювантного метода в составе комплексной терапии рефрактерной артериальной гипертензии у данной категории пациентов.

Сафоев С.А., Мурханова Г.Р., Азимов М.И.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии им. проф. Ахмедова Дж. А

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хокиров Т.З.

Цель исследования. Изучить современные подходы к терапии пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в условиях реанимации и оценить их влияние на клинические исходы.

Материал и методы. В исследование включено 30 больных в возрасте 50 лет и старше с подтвержденным диагнозом острого нарушения мозгового кровообращения, ишемического и геморрагического инсульта, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период с 2022-2025 гг. Давность поступивших не менее 24 часов. Средний возраст больных составил 63 ± 9 года. Мужчины – 18 (60%), женщины – 12 (40%).

Все больные были разделены на две сопоставимые группы: I группа 12 (40%) больных (контрольная), пролеченных в период 2022-2023 гг., лечение которых проводилось в соответствии с базовыми протоколами интенсивной терапии. II группа 18 (60%) больных (основная), находившихся под наблюдением в период 2023-2025 гг., при лечении которых применялись оптимизированные современные подходы интенсивной терапии.

Результаты исследования. С целью оценки эффективности современных подходов интенсивной терапии проведён сравнительный анализ параметров респираторной поддержки ИВЛ, показателей FiO_2 и артериального давления у пациентов контрольной и основной групп.

В контрольной группе искусственная вентиляция лёгких применялась у 50,0% пациентов, тогда как в основной группе потребность в ИВЛ отмечалась у 35,0% больных.

Средний уровень FiO_2 в первые сутки ИВЛ в контрольной группе составил $0,55 \pm 0,08$, в то время как в основной группе данный показатель был достоверно ниже $0,42 \pm 0,06$, что отражает более рациональный подход к оксигенотерапии. По мере стабилизации состояния в основной группе проводилось поэтапное снижение FiO_2 , что способствовало более раннему переходу на вспомогательные режимы вентиляции и сокращению длительности ИВЛ. Длительность нахождения больных на ИВЛ: в контрольной группе составила $9,2 \pm 1,8$ сут. В основной группе составила $6,4 \pm 2,6$ сут.

Средние значения систолического артериального давления (АДсис) составили: контрольная группа 168 ± 22 мм рт. ст., основная группа 152 ± 18 мм рт. ст.

Анализ показал, что оптимизация параметров ИВЛ и своевременное снижение FiO_2 способствовали сокращению длительности респираторной поддержки и пребывания пациентов в отделении реанимации, а также улучшению клинических исходов у больных с ОНМК.

В основной группе коррекция артериального давления проводилась с учётом типа инсульта и целевых значений церебральной перфузии, что обеспечивало более стабильные гемодинамические показатели.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что внедрение современных подходов к лечению больных с ОНМК, основанных на ранней стабилизации витальных функций, строгом мониторинге уровня сознания, рациональной респираторной поддержке и контролируемом управлении фракцией выдыхаемого кислорода, способствует снижению частоты вентиляционно-ассоциированных и инфекционных осложнений.

Тохиров Ф. Г.

КРИТЕРИИ ОТБОРА И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ СЕВОФЛУРАНА И ПРОПОФОЛА В ДЕТСКОЙ КАРДИОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Кафедра педиатрии №2 Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Тошбоев Шерзод Олимович

Цель исследования. Анализ критериев отбора и клинических характеристик пациентов, включённых в исследование, с целью оценки результатов применения севофлурана и пропофола в детской сердечной хирургии.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи Андижанского государственного медицинского института в 2023–2024 гг. В исследование включены 106 пациентов, из которых 53 составили основную группу (севофлуран), а 53 — сравнительную (пропофол). Критерии включения: дети в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, которым выполнялась коррекция врождённых пороков сердца в условиях ИК, со степенью сложности вмешательства по шкале RACHS-1 от 1 до 3. Критерии исключения: операции без ИК, вмешательства выше 3 степени сложности по RACHS-1, возраст менее 6 месяцев или старше 5 лет, экстренные или повторные операции, наличие инфекционных осложнений, предоперационное применение инотропов или стероидов, сочетанные врождённые пороки других органов, а также противопоказания к севофлурану или пропофолу.

Результаты исследования. В основной группе из 53 пациентов было 24 мальчика (45,3%) и 29 девочек (54,7%); средний возраст составил $30,47 \pm 16,73$ месяца, масса тела - $11,82 \pm 3,13$ кг, рост - $87,48 \pm 11,52$ см. По шкале RACHS-1: II степень - 39 пациентов (73,6%), III степень - 14 (26,4%). Распределение по видам пороков: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - 27 (50,9%), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) - 10 (18,9%), открытый атриовентрикулярный канал - 2 (3,8%), тетрада Фалло - 5 (9,4%), комбинированные ДМЖП+ДМПП - 2 (3,8%), стеноз лёгочной артерии - 7 (13,2%). В сравнительной группе из 53 пациентов было 32 мальчика (60,4%) и 21 девочка (39,6%); средний возраст - $28,92 \pm 15,37$ месяца, масса тела - $11,89 \pm 2,99$ кг, рост - $85,72 \pm 11,55$ см. По шкале RACHS-1: II степень - 40 (75,5%), III степень - 13 (24,5%). Распределение пороков: ДМЖП - 28 (52,8%), ДМПП - 10 (18,9%), АВК - 2 (3,8%), тетрада Фалло - 4 (7,5%), ДМЖП+ДМПП - 2 (3,8%), стеноз лёгочной артерии - 7 (13,2%).

Выводы. Идентичность численности, пола, массы тела, роста, степени сложности по шкале RACHS-1, а также распределения врождённых пороков сердца и используемых методов операции, анестезии и ИК в основной и сравнительной группах обеспечила возможность их корректного сопоставления. Это позволило объективно оценить различия, напрямую связанные с типом анестезии. Полученные результаты демонстрируют сравнительную эффективность севофлурана и пропофола в детской сердечной хирургии и формируют прочную научную основу для разработки практических рекомендаций.

Тохиров Ф. Г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ И ПРОПОФОЛОМ НА ПРОДУКЦИЮ КАРДИАЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КАРДИОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Кафедра педиатрии №2 Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Тошбоев Ш.О.

Цель исследования. Сравнительная оценка влияния анестезии севофлураном и пропофолом на уровень тропонина Т в послеоперационном периоде у детей, перенёсших кардиохирургические вмешательства.

Материал и методы. В исследование были включены 106 детей с врождёнными пороками сердца, перенёвших операции под условиями искусственного кровообращения (2023–2024 гг.). Пациенты были разделены на две группы: основная (севофлуран, n=53) и сравнительная (пропофол, n=53). У всех пациентов проводилось динамическое определение лабораторных маркеров, включая уровень сТнТ, до и после анестезии (через 3, 8, 12 и 24 часа). Статистическая обработка данных выполнена с использованием программ SPSS 27.0

Результаты исследования. В обеих группах отмечалось повышение уровня сТнТ после операции, однако в группе севофлурана рост был менее выраженным. Через 3 часа после анестезии средний уровень сТнТ составил $1,2 \pm 0,3$ нг/мл в группе севофлурана и $1,9 \pm 0,4$ нг/мл в группе пропофола ($p < 0,05$). Через 8 часов различия усилились: $1,7 \pm 0,4$ нг/мл и $2,6 \pm 0,5$ нг/мл соответственно ($p < 0,01$). Через 12 часов уровень сТнТ снизился до $1,5 \pm 0,3$ нг/мл в группе севофлурана, тогда как в группе пропофола сохранялся высоким - $2,3 \pm 0,5$ нг/мл ($p < 0,05$). Через 24 часа показатель в группе севофлурана приблизился к норме ($1,1 \pm 0,2$ нг/мл), в то время как в группе пропофола оставался повышенным ($1,8 \pm 0,3$ нг/мл; $p < 0,05$). Кроме того, у пациентов группы севофлурана существенно реже регистрировались нарушения ритма сердца и эпизоды кратковременной гемодинамической нестабильности (11,3% против 26,4%; $p < 0,05$). Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации составила 36 часов в группе севофлурана и 52 часа в группе пропофола ($p < 0,05$). У больных, получавших севофлуран, отмечалось более быстрое восстановление после искусственного кровообращения и более стабильные показатели диуреза по сравнению с группой пропофола.

Выводы. Проведённый статистический анализ показал, что применение севофлурана у детей достоверно снижает продукцию тропонина Т, усиливает защиту миокарда в реперфузионный период и обеспечивает более высокую клиническую стабильность в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, севофлуран по сравнению с пропофолом является более эффективным анестетиком в плане кардиопротекции в детской кардиохирургии.

Тошбоев М.У., Сангинов Н.Н.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАЗИЕЙ

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста

ГОУ “ИПО в СЗ РТ”, Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель – ассистент кафедры, к.м.н. Абдулалиев А.А.

Цель исследования. Профилактика микроэмболии легочных сосудов и обеспечение свободной проходимости трахеобронхиального дерева во время операции и в послеоперационном периоде.

Материал и методы. За период 2016–2025 гг. в отделении клиники детской хирургии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» обследовано и пролечено 34 ребенка с бронхоэктазией. Возрастная структура пациентов: 4–7 лет - 4 (11,7%), 8–10 лет - 12 (35,3%), 11–15 лет - 18 (52,9%).

Все дети были разделены на две группы. В первой группе (10 пациентов) применялись традиционные методы предоперационной подготовки, ведения интра- и послеоперационного периода. Во второй группе (20 пациентов, контрольная) использовалась модифицированная методика.

Детям второй группы за 30 минут до начала операции проводили умеренную гипervолемическую гемодилюцию путём внутривенного введения плазмозамещающих и белковых растворов. За 30–40 минут до операции вводили альбумин, желатиноль и раствор Рингера из расчета 10–15 мл/кг массы тела. В дальнейшем скорость инфузии регулировали под контролем уровня гематокрита, поддерживая его в пределах 30–33%.

Перед операцией выполняли санацию трахеобронхиального дерева под наркозом с использованием бронхоскопии. Анестезию проводили препаратами нейролептаналгезии (фентанил с дроперидолом) в сочетании с кетамином на фоне управляемой вентиляции легких аппаратом «Гамильтон».

Премедикацию проводили за 30 минут до операции с применением атропина, димедрола и промедола (0,1 мл на год жизни). Вводный наркоз осуществляли тиопенталом натрия (3–5 мг/кг) и кетамином (2,0 мг/кг). Для миорелаксации использовали дитилин (2,0 мг/кг) и ардуан (0,06 мг/кг).

После гипервентиляции проводили санационную бронхоскопию бронхоскопом Фриделя. Далее в левый бронх вводили поливиниловую трубку с obturatorом из поролоновой губки с целью улучшения вентиляции и профилактики obturации дыхательных путей патологическим содержимым мелких бронхов и микроателектазирования легкого.

С помощью катетера осуществляли контроль герметичности ушиваемого бронха, предотвращая затекание патологического содержимого в контралатеральное легкое. Катетер представлял собой поливиниловую трубку диаметром 0,6 мм для детей 1–3 лет, 1 мм - для детей 3–7 лет и 2 мм - для детей старшего возраста. Для обеспечения герметичности на дистальный конец катетера фиксировали поролоновую губку.

Во время операции кровь и гной, попадающие в дыхательные пути, постоянно аспирировались через катетер. Obturированная доля легкого вентилировалась через катетер, подключенный к системе Эйра.

Среди 34 пациентов с бронхоэктазией одностороннее поражение отмечалось у 20 (58,8%), двустороннее - у 14 (41,2%).

Результаты исследования. Результаты показали, что эффективность хирургического лечения детей с бронхоэктазией во многом зависит от адекватной предоперационной подготовки. Нарушения микроциркуляции, гемокоагуляции и фильтрации в легких могут приводить к развитию микроэмболии, агрегации форменных элементов крови и тромбообразованию.

Применение умеренной гипervолемической гемодилюции способствует улучшению реологических свойств крови, макро- и микроциркуляции, а также снижению потребности в донорской крови. Кроме того, данный метод предупреждает развитие послеоперационных гемореологических осложнений и гипоксии, ускоряет восстановление морфофункциональных изменений в легких.

После проведения гемодилюции отмечалось снижение гематокрита в среднем на $16,08 \pm 2,3\%$, общего периферического сосудистого сопротивления — на $8,62 \pm 1,6\%$, легочного сосудистого сопротивления — на $5,13 \pm 1,2\%$. При этом ударный объем увеличился на $10,2 \pm 1,6\%$, минутный объем сердца — на $8,2 \pm 2,23\%$, циркулирующий объем крови — на $5,6 \pm 1,7\%$ по сравнению с исходным уровнем.

Гемотрансфузию проводили при кровопотере более 20% объема циркулирующей крови. В результате гемодилюции уменьшалась истинная величина кровопотери, поскольку во время операции теряется разведенная кровь, при этом в большей степени сохраняется ее клеточный компонент. Это позволяет значительно сократить расход донорской крови.

Перед оперативным вмешательством выполняли санационную бронхоскопию с последующим введением поливиниловой трубки с обтуратором в долевого бронх оперируемого легкого. Это улучшало вентиляцию и предотвращало попадание патологического содержимого в здоровые участки легких.

Катетер обеспечивал контроль герметичности ушиваемого бронха и предотвращал затекание патологической жидкости в контралатеральное легкое.

Выводы. Применение умеренной гипervолемической гемодилюции обеспечивает достаточную кислородную емкость крови, улучшает ее реологические свойства и снижает кровопотерю во время операции. Обтурация устья долевого бронха до начала оперативного вмешательства способствует профилактике интра- и послеоперационных осложнений.

Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И.

ҲОЛАТИ КИСЛОТАҶО ИШҚОҶИ ҲАМЧУН ОМИЛИ ОСЕБҶОИ ДҶУМДИНАРАЧА ҲАНГОМИ ОСЕБИ ВАЗНИНИ МАҒЗИ САР

Кафедраи анестезиология ва реаниматология ба номи Ҷ.А. Ахмедов,

МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ: н.и.т., дотсент Давлатзода Б.Х.

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии нақши нобаробарии кислотаҷо ишқоғӣ дар инкишофи осебҳои думдарачаи мағзи сар дар беморони гирифтори осеби вазнини мағзи сар (ОВМС).

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқоти пешбинишудаи мушоҳидавӣ дар 23 беморони гирифтори осеби вазнини мағзи сар, ки аз рӯи ҷадвали комай Глазго ≤ 8 холро дар бар мегирифт гузаронида шудааст. Беморон дар шӯбаи эҳғарӣ ва табобати интенсивии Муассисаи давлатии маркази миллии тиббии “Шифобахш”-и Ҷумҳурии Тоҷикистон бистарӣ ва табобат мегирифтанд. Бо мақсади муайян намудани ҳолати тавозуни кислота-ишқоғӣ, аз ҷумла рН, PaCO_2 , HCO_3^- , изофагии асос (ВЕ) ва сатҳи лактат дар давоми 7 рӯзи аввали пас аз осеб гирифтани таҳқиқот гузаронида шуд.

Вобаста ба сатҳи рН, беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1-ум ($n = 10$) - рН $\geq 7,35$ ва гурӯҳи 2-юм ($n = 13$) - рН $< 7,35$ (атсидози метаболитикӣ ва омехта).

Фишори дохили косахонаи сар (ФДКС) ба таври инвазивӣ назорат карда шуда фишори перфузии мағзи сар (ФПМС) бошад бо истифода аз формулаи зерин: $\text{ФПМС} = \text{ФМШ} - \text{ФДКС}$ ҳисоб карда шуд. Инчунин ҷараёни хуни мағзи сар бо истифода аз ултрасадои Допплери транскраниалӣ арзёбӣ карда шуд, ки суръати миёнаи ҷараёни хаттии хун (V_m) ва индекси набзи хун (PI)-ро чен мекард. Натиҷаҳои клиникӣ бо истифода аз рӯи натиҷаҳои ҷадвали Глазго (GOS) ҳангоми аз шӯбаи эҳғарӣ ба шӯбаҳои табобатӣ интиқол намудан арзёбӣ карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Вайроншавии назарраси тавозуни кислота-ишқор бо коҳиши консентратсияи рН ($7,20 \pm 0,05$), HCO_3^- ($18,6 \pm 3,2$ ммол/л), манфи будани ВЕ ($-7,4 \pm 2,1$ ммоль/л) ва афзоиши сатҳи лактат ($4,2 \pm 1,1$ ммоль/л) нишон дод, ки дар беморони гурӯҳи 2 ($n=13$) атсидози метаболитикӣ ҷой дорад.

Натиҷаи ултрасадои доплерӣ дар беморони гурӯҳи 2 нишон дод, ки суръати миёнаи ҷараёни хун (V_m) ($36,9 \pm 7,2$ см/с) коҳиш ёфта индекси набзи хун (PI) ($1,48 \pm 0,19$) афзоиш дорад, ки ин аз бад шудани перфузии мағзи сар ва афзоиши муқовимати рағҳои мағзи сар шаҳодат медиҳад.

Вайрон шудани мувозинати кислотаҷо-ишқор бо афзоиши назарраси ФДКС ($24,1 \pm 4,6$ мм.ст.) ва коҳиши фишори перфузионии мағзи сар (ФПМС) ($56,2 \pm 6,4$ мм.ст.обӣ) оварда расонидааст.

Қайд кардан лозим аст, ки номутовозинии кислотаҷо ишқоғӣ, асосан дар шакли ацидозии метаболитикӣ ва омехта, дар рушди осеби думдарачаи мағзи сар ҳангоми осебҳои вазнини он нақши муҳим мебозад ва бо афзоиши фишори дохили косахонаи сар ва вайроншавии ҷараёни хуни мағзи сар оварда мерасонад.

Хулоса. Назорат ва ислоҳи саривактии номутовозинии кислотаҷо-ишқоғӣ бояд ҷузъи муҳими табобати интенсивӣ барои беморони гирифтори осеби вазнини мағзи сар баррасӣ шавад, ки ҳадафи пешгирии осеби думдарачаи мағзи сар ва беҳтар кардани натиҷаҳои клиникӣ мебошад.

Хаитов Ф.М., Каюмов А.М., Усмонов Б.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Отделение анестезиологии и реаниматологии родильного отделения Городского медицинского центра №1, имени Карима Ахмеда г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оценить влияние различных методов обезболивания родов продленной эпидуральной анальгезией 0,2% ропивакаином и промедолом на центральную гемодинамику продолжительность родов и перинатальные исходы у женщин с гипертензивными нарушениями.

Материал и методы. Исследование проведено на базе родильного отделения г. Душанбе в 2018 году. В

основную группу вошли 99 рожениц с гипертензивными нарушениями получавших продленную эпидуральную аналгезию пункция на уровне L1-L2 тест-доза местного анестетика начальная доза ропивакаина 0,2% 25±5 мг поддерживающая доза по потребности. В группу сравнения включены 36 рожениц с гипертензивными нарушениями получавших промедол. Средний возраст рожениц 25±0,59 лет в основной группе и 24,9±0,92 года в группе сравнения группы сопоставимы по паритету массе тела продолжительности родов социально-демографическим характеристикам различия статистически недостоверны. Показаниями к обезболиванию послужили преимущественно тяжелая преэклампсия умеренная преэклампсия и тяжелая гестационная гипертензия. Оценивали показатели центральной гемодинамики САД ДАД ЧСС в разные периоды родов продолжительность периодов родов оценку по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах перинатальные исходы.

Результаты исследования. При эпидуральной аналгезии отмечено значительное снижение САД с 148±14 до 132±14 мм рт. ст. и ДАД с 94±16 до 82±7 мм рт. ст. в первом периоде родов ЧСС снизилась с 97±7 до 86±8 в мин. Во втором периоде САД 137±12 ДАД 85±6 ЧСС 91±8. В группе промедола показатели гемодинамики оставались выше и ближе к исходным. Продолжительность первого периода родов 616±28 мин при эпидуральной аналгезии и 620±36,5 мин при промедоле второго периода 36,8±22,6 мин и 40,2±17,8 мин соответственно различия недостоверны. Оценка по Апгар на 1-й минуте 7,3±0,1 балла в группе эпидуральной аналгезии и 6,9±0,17 в группе промедола на 5-й минуте 7,9±0,09 и 7,7±0,16 баллов различия недостоверны. Здоровыми признаны 78,5% новорожденных в основной группе и 77,8% в группе сравнения асфиксии средней тяжести отмечена у 4,1% и 5,6% соответственно в основном на фоне хориоамнионита и индукции родов.

Выводы. У женщин с гипертензивными нарушениями продленная эпидуральная аналгезия 0,2% ропивакаином обеспечивает значимое улучшение центральной гемодинамики за счет снижения САД ДАД и ЧСС без удлинения продолжительности родов по сравнению с промедолом. Метод не оказывает негативного влияния на перинатальные исходы оценки по Апгар и частота асфиксии сопоставимы между группами. Эпидуральная аналгезия является предпочтительным методом обезбоживания родов у рожениц с гипертензивными нарушениями ввиду благоприятного влияния на гемодинамику матери и безопасности для плода и новорожденного.

Хайдаров С.Г., Рузиев М.Р., Кахаров М.А.,
ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Согдийская областная клиническая больница им. С.Кутфиддинова (г.Худжанд). Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность различных способов анестезии при вентральных грыжах

Материал и методы. За 2024-2026 гг. в хирургическом отделении СОКБ было прооперировано 72 больных с вентральными грыжами. Послеоперационных грыж было – 35 (48,6%), первичных – 29 (40,3%), рецидивных послеоперационных грыж - 8 (11,1%) наблюдений. Согласно Европейской классификации герниологов, в зависимости от локализации грыж М2 (эпигастральная) - 26 (36,1%) больных, М3 (пупочная) – 13 (18,1%), М4 (инфраумбиликальная) – 15 (20,8%), М5 (надлобковая) - 13 (18,1%) пациентов. Среди боковых грыж L1 (подреберная) – 1 (1,4%), L4 (поясничная) - 4 (5,5%) случаев. Размеры грыжевого выпячивания варьировали от 7,0 до 30,0 см. Мужчин было 18. (25%), женщин – 54 (75%), в возрасте от 22 до 73 лет.

Результаты исследования. Всем больным проводился комплекс клинико-инструментальных методов исследования. У пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами в алгоритм входило выполнение КТ-герниоабдоменометрии для прогнозирования развития повышения ВБД в послеоперационном периоде. Выбор способа анестезии осуществлялся в зависимости от локализации грыжи, ее размеров и общего состояния пациентов. При локализации грыжи М2 методом выбора анестезии являлся общий эндотрахеальный наркоз. При расположении грыжевых ворот в области пупка (М3) в зависимости от общего состояния и коморбидных заболеваний мы выбирали регионарную анестезию (СМА, эпидуральная) или общий наркоз (n=11). При расположении грыжи на уровне М4 и М5 методом выбора являлась спинномозговая анестезия.

При боковых грыжах живота и расположении ее в подреберной области (L1) мы прибегали к общей анестезии, а при локализации L4 в зависимости от размеров грыжи и предполагаемой продолжительности операции применялась региональная (n=1) или общая анестезия (n=3).

В качестве анестетика при региональных обезбоживаниях мы использовали изобарический раствор лонгокаин и гипербарический раствор лонгокаин «Хеви». Для снижения постнаркозных осложнений использовали спинномозговые иглы типа карандаш «pencil point» размер 25-29.

В послеоперационном периоде осложнений, связанных с проведенным обезбоживанием, мы не отмечали. Транзиторное повышение внутрибрюшного давления, обусловленное объемом грыжевого мешка и пластикой передней брюшной стенки, потребовавшее проведение продленной ИВЛ на протяжении до 2 суток имелось у 2 больных.

Выводы. Выбор способа анестезии у больных с вентральными грыжами зависит от локализации грыжевого выпячивания, ее размеров и общего состояния пациента. Проведение регионарного обезбоживания дает возможность ранней активизации больных, снижает риск тромбозомболических осложнений. Особенно ее преимущества проявляются при выраженных нарушениях со стороны сердечно-сосудистой и легочной патологии, когда риск общей анестезии очень высокий. Применение индивидуального подхода к обезболиванию у данной категории пациентов позволяет провести адекватную анестезию и минимизировать частоту осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ 6-МШП У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С ХИРУРГИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА.

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ИПОвСЗ РТ»

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «ИПОвСЗ РТ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Косими З.К.

Цель исследования. Оценить результаты 6-МШП у больных с бронхолегочными осложнениями постковидного синдрома в зависимости от степени анестезиологического риска.

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациентов с бронхолегочными осложнениями постковидного синдрома. Степень анестезиологического риска выставлялся по критериям ASA, которые были разделены таким образом: с ASA II-13 больных, с ASA III-57 больных и с ASA IV-30 больных. Всем пациентам была проведена 6 минутная шаговая проба и исследовались такие показатели как: баллы по Borg, SpO₂ %, ЧД, НИАД мм рт. ст. в зависимости от операционно-анестезиологического риска. Обследование проводилось в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе, на базе которого функционирует кафедра анестезиологии и реаниматологии. В обследование были включены пациенты, у которых по анамнезу, выпискам историй болезни были выявлены достоверные факты перенесённого COVID-19, имелись проявления постковидного синдрома и бронхолегочные осложнения разной степени выраженности.

Результаты исследования. Как показали исследования 6-МШП в зависимости от степени анестезиологического риска при сравнении с контрольной группой больных выявлено:

при ASA II - наблюдается повышение баллов по Borg на 300% ($p_1 < 0,001^*$), снижение SpO₂ на 3,2% ($p_1 > 0,05$), увеличение ЧД на 6,6% ($p_1 > 0,05$), прибавление АД на 4,3% ($p_1 > 0,05$);

при ASA III – видим увеличение баллов по Borg на 500% ($p_1 < 0,001^*$), падение показателя SpO₂ на 5,3% ($p_1 < 0,001^*$), рост ЧД на 13,3% ($p_1 < 0,001^*$), подъём АД на 14,8% ($p_1 < 0,001^*$);

при ASA IV – наблюдается прибавление баллов по Borg на 700% ($p_1 < 0,001^*$), понижение SpO₂ на 8,4% ($p_1 < 0,001^*$), увеличение ЧД на 46,6% ($p_1 < 0,001^*$), повышение АД мм рт. ст. на 39,1% ($p_1 < 0,001^*$).

Анализ этих показателей у пациентов с ASA II после прохождения дистанции Ме 486м ($Q_1 - Q_3$: 450 – 533м) по сравнению с контрольной группой: - показало повышение баллов по Borg на 50% ($p_1 < 0,001^*$), снижение SpO₂ на 3,2% ($p_1 > 0,05$), увеличение ЧД на 41,1% ($p_1 = 0,048^*$), прибавление АД на 12,0% ($p_1 = 0,013^*$);

у пациентов с ASA III при дистанции в среднем Ме 373м ($Q_1 - Q_3$: 345 – 410м) - наблюдается повышение баллов по Borg на 100% ($p_1 < 0,001^*$), снижение SpO₂ на 5,3% ($p_1 < 0,001^*$), увеличение ЧД на 58,8% ($p_1 < 0,001^*$), прибавление АД на 28,0% ($p_1 < 0,001^*$);

у пациентов с ASA IV при дистанции в среднем Ме 270м ($Q_1 - Q_3$: 240 – 300м) - наблюдается повышение баллов по Borg на 200% ($p_1 < 0,001^*$), снижение SpO₂ на 9,6% ($p_1 < 0,001^*$), увеличение ЧД на 70,6% ($p_1 < 0,001^*$), прибавление АД на 48,0% ($p_1 < 0,001^*$);

Выводы. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что с увеличением класса ASA отмечается: рост выраженности одышки, снижение SpO₂, увеличение ЧД, повышение артериального давления, снижение дистанции 6-минутной ходьбы.

Пациенты ASA III–IV демонстрируют существенно сниженный функциональный резерв и выраженную кардио-респираторную реакцию на минимальную физическую нагрузку. Эти данные подчеркивают важность использования нагрузочных тестов для выявления функционального резерва организма и оценка общего состояния для предоперационной подготовки пациентов с постковидным синдромом.

Хамидов Д.Б¹., Суфиев Р.К²., Раджабов Н.Х²., Назуров А².

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ. Таджикистан

ЦРБ Яванского района. Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффективности спинальной анестезии при операциях кесарево сечение.

Материал и методы. Нами в условиях центральной районной больницы Яванского района за 2024- 2025 гг. выполнено 768 спинальной анестезии при операциях кесарево сечение. Возраст рожениц колебался от 18- 47 лет. Перед операцией проводили регидратацию организма рожениц внутривенной инфузией раствора Рингера до 1 литра. Для пункции субарахноидального пространства с целью проведения спинальной анестезии в основном использовали межпозвоночные промежутки L₃ – L₄. В зависимости от веса женщины использовали 2,5-3,5 мл (12,6-17,5 мг) раствор лонгокаина. Для пункции субарахноидального пространства использовали иголки размером 22-25G.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что в 762 (99,2%) случаях спинальная анестезия была достаточной для проведения оперативного вмешательства, а 6 (0,8%) роженицам операция кесарево сечения проведена под общей внутривенной анестезии с управляемым дыханием. У 36 (4,6%) женщин при выполнении операции кесарево сечение под спинальной анестезией отмечалась гипотония со снижением артериального давления до 80/60 мм. рт. ст., которая устранена инфузией раствора мезатона (0,5-1,0 мл) на растворе Рингера. Головная боль отмечалась у 28 (3,6%) родильниц, которую устраняли соблюдением горизонтального положения в постели в течение 24 часов, инъекцией анальгина, нестероидных противовоспалительных средств, кофеина и гидратацией организма раствором Рингера до 1,5 литра. Тошнота и рвота у женщин исчезли при стабилизации артериального давления. Продолжительность обезболивания спинальной анестезии при использовании лонгокаина 1,5-2,5 часа. Послеоперационный период протекал гладко. Все женщины выпи-

саны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Спинальная анестезия при операциях кесарево сечения является эффективным способом обезболивания.

Холбеков А.М.¹, Додикудов Р.А.¹, Имомёрбеков Ф.²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургических болезней №1 им. Академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность мультимодального обезболивания (эпидуральная аналгезия + парацетамол + НПВП) у пациентов с тяжелым острым стерильным панкреатитом.

Материал и методы. В проспективное контролируемое исследование включены 38 пациентов с тяжелым острым стерильным панкреатитом (критерии Атланта-2012, шкала APACHE II ≥ 8 , Ranson ≥ 3 , СРБ >150 мг/л). Больные разделены на две группы. Основная группа (n=20): мультимодальное обезболивание – грудно-поясничная эпидуральная аналгезия (Лонгокаин 0,2% 6–12 мл/ч) + внутривенный парацетамол 4 г/сут + кеторолак 60 мг/сут в/м (при отсутствии противопоказаний). Группа сравнения (n=18): традиционная опиоидная аналгезия (тримеперидин 20–40 мг в/м по требованию). Обе группы получали стандартную консервативную терапию (инфузия, антисекреторные, антиферментные препараты). Оценивали: динамику боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 0–10 баллов) через 6, 12, 24, 48 ч, суммарную суточную дозу опиоида, частоту побочных эффектов, длительность пареза кишечника, уровень С-реактивного белка (СРБ) на 3 и 7 сутки, продолжительность госпитализации, частоту осложнений.

Результаты исследования. В основной группе достигнуто достоверно более быстрое и полное купирование боли. Через 6 ч после начала терапии интенсивность боли по ВАШ составила $3,1 \pm 0,7$ балла против $5,8 \pm 0,9$ в контроле ($p < 0,05$); через 12 ч – $2,0 \pm 0,5$ и $4,3 \pm 0,8$ соответственно ($p < 0,01$). Потребность в опиоидах (тримеперидин) в основной группе снизилась на 78% (суммарная доза $21,5 \pm 5,2$ мг против $98,7 \pm 12,4$ мг; $p < 0,001$). Парез кишечника разрешился быстрее: восстановление перистальтики через 42 ± 6 ч против 68 ± 9 ч ($p < 0,01$). Уровень СРБ на 3 сутки в основной группе был ниже: 124 ± 18 мг/л против 168 ± 21 мг/л ($p < 0,05$); на 7 сутки – 48 ± 10 мг/л против 79 ± 15 мг/л ($p < 0,05$). Частота гнойно-септических осложнений в основной группе – 10% (2 из 20), в контроле – 27,8% (5 из 18); инфицирования панкреонекроза – 5% против 22,2% ($p < 0,05$). Летальность в основной группе – 5% (1), в контроле – 11,1% (2); различия статистически незначимы. Продолжительность госпитализации сократилась на 6,2 дня ($17,3 \pm 2,1$ против $23,5 \pm 2,8$; $p < 0,05$).

Выводы.

1. Мультимодальное обезболивание, включающее грудно-поясничную эпидуральную аналгезию (Лонгокаин), парацетамол и НПВП, обеспечивает более эффективный и безопасный контроль болевого синдрома при тяжелом остром стерильном панкреатите по сравнению с традиционной опиоидной аналгезией.
2. Данный подход позволяет в 4–5 раз снизить потребность в опиоидных анальгетиках, ускорить восстановление моторной функции кишечника и уменьшить выраженность системной воспалительной реакции.
3. Применение мультимодальной аналгезии сопровождается снижением частоты инфекционных осложнений (в том числе инфицирования панкреонекроза) и сокращением сроков госпитализации.
4. Эпидуральная аналгезия является безопасным компонентом интенсивной терапии

Холзода А.Ш., Самадов Х.Ф., Хамидов Д.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ.

ЦРБ Яванского района Хатлонской области. Таджикистан

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ. Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффективности спинальной анестезии в условиях центральной районной больницы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения спинальной анестезии в 1356 случаях за 2024–2025 г.г. в центральной районной больнице Яванского района. Из них в хирургическом отделении проведено у 405 больных, в травматологическом отделении у 109, в акушерском в 768 случаях и в гинекологическом у 74 пациенток. Спинальная анестезия выполнена по общепринятой методике.

Пункцию субарахноидального пространства проводили на поясничном уровне между остистыми отростками L₂-L₃, L₃-L₄, L₄-L₅.

Использованы спинальные иголки диаметром 22–25 G. В качестве местного анестетика применяли 0,5% раствор бупивакаина (Лонгокаин) в количестве 2,5–3,5 мл (12,6–17,5 мг) в зависимости от веса пациента. Продолжительность анестезии составила от 1,5 до 2,5 часа.

Результаты исследования. Спинальная анестезия в 1349 (99,5%) случаях была эффективная, что способствовало выполнению планируемых оперативных вмешательств, только в 7 (0,5%) наблюдениях уровень обезболивания был недостаточен для проведения оперативных вмешательств. В связи с чем оперативное вмешательство у этих больных выполнено под общим обезболиванием. Во время анестезии у 65 (4,8%) больных отмечалась гипотония, которая корригирована инфузией норадреналина (0,5–0,6 мл) в 500,0 мл растворе Рингера, у 44 (3,2%) больных отмечалась тошнота и рвота, которые прошли с нормализацией артериального давления, всего в 3 случаях пришлось применить противорвотное средство. Постпункционные головные боли от-

мечены у 40 (2,9%), из них у 12 пациентов головная боль прошла самостоятельно при соблюдении постельного и водного режима.

В 22 случаях пришлось применять кроме постельного и водного режима анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, кофеин и инфузионную терапию.

Все пациенты после выздоровления в удовлетворительном состоянии выписаны.

Выводы. 1. Спинальная анестезия в условиях центральной больницы является простым, эффективным и экономичным методом обезбоживания.

2. Использование анестетика лонгокоина (бупивакаина) для спинальной анестезии позволяет получить анестезию достаточной глубины и продолжительности.

Зоиров К.Н., Хушбаков Н.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИМОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Самаркандский Филиал РНЦЭМП. Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность лечения субарахноидальных кровоизлияний нетравматического генеза с применением препарата нимодипина.

Материал и методы. Обследовано 20 больных с САК нетравматического генеза, в возрасте 25-62 лет, из них 12 мужчин и 8 женщин.

Сроки госпитализации от момента заболевания – от 4 часов до 18 часов. Больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы.

Основную группу составили 10 больных, у которых использовался препарат нимодипин. Контрольную группу составили - 10 больных, у которых препарат нимодипин не использовался. Всем больным основной группы препарат нимодипин использовался с первого дня госпитализации, и его применение продолжалось в течение 12 дней. Состояние сознания определялось по шкале Глазго. В качестве критериев использовались клиническое обследование больных, определяли церебральное перфузионное давление (ЦПД= АДср- ВЧД), проводили МСКТ головного мозга.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показало, что у больных основной группы, которые получали препарат нимодипин наблюдался регресс общемозговой и неврологической симптоматики на 3-4 дня раньше, чем контрольной.

По данным МСКТ головного мозга, положительная динамика в виде уменьшения отёка и интенсивности кровоизлияния отмечалась у всех больных основной группы. Положительная динамика обычно нарастала в течение 1 недели и устойчиво сохранялась. В контрольной группе, при МСКТ проведенной в аналогичные сроки, положительная динамика выявлена лишь у 3 больных.

Вывод. Включение препарата нимодипин в комплекс лечения субарахноидальных кровоизлияний нетравматического генеза способствует стабилизации церебрального перфузионного давления, уменьшает отёк головного мозга и купирует церебральный ангиоспазм, предотвращает ишемию головного мозга и сокращает время пребывания больного в отделении реанимации.

Хайдаров С.Ф., Азизов А.Х., Болтубоев М.М.

ХУСУСИЯТҲОИ БЕҲИСКУНӢ ДАР БЕМОРОНИ КОЛОПРОКТОЛОҒӢ

Беморхонаи клиникаи вилояти Суғд. ш. Хучанд. Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Интиҳоби усули самарабахши беҳискунӣ дар беморони колопроктологӣ вобаста ба намуд ва ҳаҷми ҷарроҳӣ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шӯъбаи колопроктология, ки дар Беморхонаи клиникаи вилояти Суғд ҷойгир буда аз 30 кат иборат мебошад, дар солҳои 2023-2025 ҳамагӣ 3478 бемор бистарӣ шуда, 3167 маротиба амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шудааст. Аз онҳо ба таври нақшаӣ 2174 (68,6%) адад, феврал 993 (31,4%) адад, занҳо 1157 (36,5%) ва мардҳо 2010 (63,5%). Беморони ҷарроҳишуда чунин бемориҳои ҳамрав доштанд: бемории ишемикии дил 154 (4,9%) нафар, бемории фишорбаланди шарафӣ бо дараҷаҳои гуногун 210 нафар (6,6%), бемории диабети қанд 195 (6,2%) нафар, фарбеҳи бо дараҷаҳои гуногун 422 (13,3%) нафар, камхунӣ бо дараҷаҳои гуногун 146 (4,6%) нафар. Аз ҷарроҳиҳои гузаронида ҳамагӣ 44 ададашро ҷарроҳӣ дар ковокии шикам ташкил медиҳад. Ба беморон вобаста ба ҳолати умумии бемор, ҳаҷми ҷарроҳӣ, бемориҳои ҳамрав, намуди беҳискунӣ интиҳоб карда шудааст. Беҳискунии дохили воридии омехта бо интубатсияи хирной ва нафаси сунӣ ба 65 (2,1%) нафар бемор гузаронида шудааст. Ин намуди беҳискунӣ ба бемороне ки дар ковокии шикам ҷарроҳӣ шудаанд ва ҳолати вазнини септикӣ доштанд гузаронида шудааст. Беҳискунии дохили воридӣ (мононаркоз, омехта) бо нафаси мустақилона 509 (16,1%) адад ба беморони думмали мавзеи думғоза, ханосияи шадид, роҳи эпителиалии думғоза гузаронида шудааст. Беҳискунии ҳароммағзӣ 94 (3,0%) адад ба бемороне ки ҳамрав фарбеҳӣ доштанд, тағиротҳои деформатсионии мавзеи думғоза доштанд гузаронида шудааст. Беҳискунии сакралӣ (дар баъзе мавридҳо бо мақсади пурзуркунӣ бо дохили воридӣ, ва гузариш ба беҳискунии дохили воридӣ бо нафаси мустақилона ва ё нафаси сунӣ) 2523 (79,7%) адад гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар вақти гузаронидани беҳискунии дохили воридӣ бо интубатсияи хирной ва нафаси сунӣ норасоӣ ва оризаҳо ба қайд гирифта нашудааст. Дар вақти гузаронидани беҳискунии дохили воридӣ бо нафаси мустақилона чунин камбудӣҳо ба қайд гирифта шудааст: пурра суст нашудани халқаи мушак, ҷунбидани бемор, гиповентилятсия, дилбеҳузурӣ, қайкунӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ. Беҳискунии ҳароммағзӣ 94 адад ҳамаи он самаранок (ҳам муҳосираи сенсорикӣ ва ҳам моторикӣ), як ориза ба қайд гирифта шудааст:

гипотония (Ф/Х 80/40мм сут. сим.), брадикардия (50-52 зарба дар як дақиқа) пас аз дохили варид фиристодани махлули атропин 0,1%-0,5 мл ва адреналин (1:10000) 1 мл ориза бартараф карда шуд. Бартарии ин намуди беҳискунӣ: самаранокии беҳискунӣ пурра, тез оғоз шудани беҳисгардонӣ 3- 5 дақиқа, таъсири дарозмуддат аз 1,5 то 4,0 соат. Норасогӣ: Душвории техникӣ хангоми гузаронидани ин намуди беҳискунӣ, маводи истифодааш яккарата, гаронарзиш, оризаҳои хатарноки ба ҳаёт таҳдидунондаи ин намуди беҳискунӣ дар вақти гузаронидан ва давраи пас аз ҷарроҳӣ. Беҳискунии сакралӣ бо махлули лидокаин 2% - 15 то 20 мл, инчунин ба зиёда аз 100 нафар беморон бо илова намудани фентанил 0,005-100 мкг гузаронида шудааст. Самаранокии махлули фентанил дар 65-70% беморон мушоҳида карда шуд, яъне беҳискунӣ то 2,5-3,5 соат идома ёфт. Тақрибан 80%-и амалиётҳо бо беҳискунии сакралӣ оғоз карда шудааст. Дар 20-25% мавридҳо аз сабаби нопурра, ғайриқаноатбахш будани сатҳи беҳискунӣ иловатан беҳискунии дохили воридӣ бо нафаси мустақилона ва дар 3-5% маврид ба беҳискунии дохили воридӣ ба нафаси сунъӣ гузаронида шудааст. Оризаҳои ки дар вақти беҳискунии сакралӣ ба кайд гирифта шуд: шуввосзании гушҳо, сиёҳшавии пеши чашмон ва карахтшавии кутохмуддат, беҳушшавӣ ва гипертонуси мушакҳо кутохмуддат 30-50 сония вақти фиристодани анестетик (эҳтимол таъсири токсикӣ анестетик, дохили рағӣ рафтани он бошад), дарнокӣ дар мавзеи сузанхалӣ намуда (агар кушиши сузанхалӣ якчанд маротиба гузаронида шуда бошад), боздошти пешобкунӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ (бо истифодаи спазмолитикҳо бартараф карда шуд). Оризаҳо бе даҳолати иловагӣ бартараф карда шуданд. Бартариҳои ин намуди беҳискунӣ: аз ҷиҳати иҷроиш одди ва осон, тез барқарор шудани тонуси мушакҳо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ, надоштани оризаҳои хатарнок. Норасогӣ: Дер оғоз шудани беҳискунӣ 8-15 дақиқа, на ҳама вақт самаранок (75-80% самаранокӣ), таъсири кутохмуддат 1,5-2,5 соат.

Хулосаҳо. Бартари ва норасогӣҳо ба ҳисоб гирифта чунин хулосабарорӣ карда шуд. 1. Вобаста ба вазъи асаб, ҳолати руҳию равонии бемор, ҳаҷми ҷарроҳӣ дуруст интиҳоб намудани намуди беҳискунӣ.

2. Зиёд намудани фоизи беҳискунии ҳароммағзӣ аз рӯйи нишондод.

3. Бо истифода бурдани сузанҳои кунд, (Pencil Point) андозааш №25-29, вояи пасти анестетикҳои гипербарикӣ (1,8-2,5мл), риояи қатъии асептика ва антисептика оризаҳои хатарноки беҳискуниро пешгирӣ кардан мумкин аст.

4. Барои баланд бардоштани самаранокии беҳискунии сакралӣ, гузаронидани он таҳти тадқиқоти ултрасадогӣ ва ё рентген тавсия дода мешавад.

5. Хоби медикаментозӣ бо хоҳиши бемор ва беморони аз ҷиҳати эмоционалӣ ноустувор (бо истифодаи сибазон (0,1-0,2 мг/кг вазни бемор) ва кетамин (0,15-0,25 мг/кг вазни бемор) гузаронидан самаранок мебошад.

Шумилина О.В.^{1,2}, Муродзода А.М.¹, Назиров М.М.²

СОЦИАЛЬНО-ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

² ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

Цель исследования. Изучить поло-возрастные и социальные особенности пациентов с бронхиальной астмой и перенёсших COVID-19.

Материал и методы. Проведен анализ 100 пациентов с бронхиальной астмой (БА): 1-ая ретроспективная группа (сравнения) - 55 (55,0%), 2-ая проспективная группа (основная) - 45 (45,0%), перенёсших COVID-19, 3-я контрольная группа - 30 практически здоровых добровольцев мужчин и женщин. Для диагностики БА применялись критерии «Бронхиальная астма: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению» (2019, 2021), для перенёсших COVID-19 «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (Covid-19)» (2019, 2021, 2023).

Результаты исследования. Из общего количества пациентов с БА и БА + COVID-19 ретроспективной и проспективной групп (n=100) женщин было 54 (54,0%), мужчин - 46 (46,0%) человек, при этом из общего количества обследованных (n=130) женщин было 69 (53,1%), мужчин - 61 (46,9%).

Если рассматривать общую выборку, среди женщин чаще встречался средний возраст - 34 (45,3%), затем пожилой - 17 (22,7%), молодой - 13 (17,3%) и старческий - 11 (14,7%). Среди мужчин преобладал пожилой возраст - 24 (43,6%), затем молодой - 16 (29,1%), старческий - 9 (16,4%) и средний - 6 (10,9%). В ретроспективной группе больше всего было пациентов пожилого возраста - 19 человек, затем молодого - 17, среднего - 11, старческого - 8. Во 2-й проспективной группе (n=45) соотношение полов было почти одинаковым: 23 женщины (51,1%) и 22 мужчины (48,9%). Среди женщин резко преобладал средний возраст - 18 (78,3%), молодой и пожилой - по 2 случая (8,7%), старческий - 1 случай (4,3%). Среди мужчин, наоборот, доминировал пожилой возраст - 11 (50,0%), далее старческий - 6 (27,3%), средний - 4 (18,2%), молодой - 1 (4,5%). В общей структуре группы наибольшую долю составили пациенты среднего возраста - 22 человека, затем пожилого - 13, старческого - 7, молодого - 3. В контрольной группе (n=30) женщин было 19 (63,3%), мужчин - 11 (36,7%). У женщин чаще встречались средний и пожилой возраст - по 6 человек (31,6%), молодой возраст составил 4 (21,1%), старческий - 3 (15,8%). У мужчин наиболее часто отмечался молодой возраст - 5 (45,5%), пожилой - 3 (27,3%), старческий - 2 (18,2%), средний - 1 (9,1%).

Необходимо отметить, что в наиболее активном и трудоспособном возрасте от 18 до 59 лет находились 47 женщин и 22 мужчины, т.е. всего 69 (69%) человек, что имеет важное социально-экономическое значение.

Анализ в ретроспективной и проспективной группах: по месту жительства - городских жителей и районных городских центров - 30 (54,5%), 24 (53,3%) и сельских - 25 (45,5%), 21 (46,7%) соответственно по группам; по социальному статусу - служащих и работников интеллектуального труда было 14 (24,5%) и 11 (24,4%), ра-

бочих - 12 (21,8%) и 10 (22,2%), работающих на дому - 15 (27,3%) и 13 (28,9%), безработных - 14 (24,5%) и 11 (24,4%) соответственно.

Выводы. Среди пациентов с БА и БА+COVID-19 незначительно преобладали женщины. Особенности социально-гендерных аспектов явилось незначительное преобладание городские жители над сельскими, что связано с климато-географическими условиями проживания, нездоровой экологией в урбанизированных пространствах и другими факторами риска влияющих на заболеваемость бронхиальной астмой. Сравнение ретроспективной и проспективной групп показало незначительное преобладание работающих на дому, при этом в других категориях по социальному статусу статистически значимых особенностей по сфере деятельности не отмечается.

Эшмирзаев Б.М., Раззоков М.У.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В КОМЕ

Самаркандский Филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан

Цель исследования. Изучить современные подходы к интенсивной терапии больных в состоянии комы различного генеза и оценить их эффективность в снижении летальности и улучшении неврологических исходов.

Материал и методы. Проведён анализ литературных данных и клинических рекомендаций последних лет (ESICM, AAN, ASA) по ведению пациентов с коматозными состояниями. Особое внимание уделено поддержанию церебральной перфузии, контролю внутричерепного давления, нейропротекции, нутритивной поддержке и применению методов мониторинга функции мозга (ЭЭГ, BIS, NIRS).

Результаты исследования. Современная стратегия лечения включает комплекс мероприятий:

- обеспечение адекватной оксигенации и вентиляции лёгких;
- поддержание системного артериального давления и церебрального перфузионного давления;
- контроль водно-электролитного баланса;
- применение нейропротективных препаратов (гипотермия, седация, антиоксиданты);
- раннее начало энтерального питания;
- использование мультимодального мониторинга для индивидуализации терапии.

Интеграция этих подходов позволяет уменьшить частоту вторичных повреждений мозга и улучшить прогноз выживания.

Выводы. Комплексный, патогенетически обоснованный подход с применением современных технологий интенсивной терапии и мониторинга является ключевым фактором успешного лечения больных в коме.

Абдувоитова Д.Ж., Юлдашева М.Б.

ВЛИЯНИЕ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЧАСТОТУ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОРВИ) У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА

2-Кафедра общественного здоровья, менеджмент здравоохранения. ТГМУ. Узбекистан. Научный руководитель: к.м.н, доцент Назарова С.К.

Цель исследования. Определить влияние типа вскармливания (грудное, искусственное или комбинированное) на частоту ОРВИ у детей до одного года.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Ташкентской области, Бекабадском районе, где приняли участие 52 матери детей раннего возраста. Для сбора данных использовался метод анкетирования через Google Forms. Анкета включала вопросы о возрасте матери, возрасте ребёнка, типе вскармливания, о продолжительности исключительно грудного вскармливания, причинах его прекращения, информированности матерей о пользе грудного вскармливания, о наличии консультативной поддержки, а также частоте ОРВИ у детей за последние 12 месяцев. Опрос проводился анонимно с согласия участников. Данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 52 матери детей раннего возраста. Большинство респондентов находились в возрасте 18–24 лет (80,8%), матери — 25–30 лет составили 16,4%, остальные возрастные группы — 2,8%. По возрасту состав детей расположился в следующем порядке: 40,4% составили дети 0–3 месяцев, 32,7% — 4–6 месяцев, 11,5% — 7–12 месяцев и 15,4% — старше 1 года. Исключительно грудное вскармливание получают 36,5% детей, грудное вскармливание в сочетании со смесью — 28,8%, грудное вскармливание с прикормом — 23,1%, только искусственное питание — 11,6%. До 3 месяцев кормили (16)30,8%, более 6 месяцев — (11)21,2%, до 1 месяца — (19)36,5%. Не получали грудное вскармливание (6)11,5% детей. На момент проведения опроса 36,5% матерей продолжают исключительно грудное вскармливание. Острые респираторные вирусные инфекции за последние 12 месяцев отмечалась у 37 детей. Установлено, что большинство детей (71,2%) болели 1 раз в год. У 17,3% отмечалось 2–3 эпизода ОРВИ, тогда как 11,5% детей перенесли инфекцию 4 и более раз в течение года.

Выводы. Большинство детей 71,2% перенесли ОРВИ 1 раз в год, что говорит о низкой заболеваемости в исследуемой группе. Более трети исследуемых детей (36,5%) находилась на исключительно грудном вскармливании, что подтверждает его защитную роль. Грудное вскармливание снижает частоту респираторных инфекций, укрепляет естественную иммунную защиту и формирует устойчивость к вирусным заболеваниям. Результаты исследования подчёркивают значимость грудного вскармливания для здоровья детей раннего возраста в профилактике ОРВИ.

Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н.С.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель: зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить клинико-иммунологические особенности течения апластической анемии у детей и определить взаимосвязь иммунологических нарушений с клиническими проявлениями заболевания.

Материал и методы. Обследовано 11 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет с подтверждённым диагнозом апластической анемии, находившихся на стационарном лечении в отделении детской гематологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста. Всем пациентам проводилось клиническое обследование, общий анализ крови, исследование костного мозга, а также иммунологическое исследование периферической крови методом проточной цитометрии с определением субпопуляций лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+), расчётом иммунорегуляторного индекса CD4/CD8. Дополнительно определяли уровень провоспалительных цитокинов (интерферон- γ , фактор некроза опухоли- α).

Результаты исследования. При анализе клинической картины у 100% детей отмечался анемический синдром. Геморрагический синдром выявлен у 9 (81,8%) пациентов, инфекционные осложнения — у 6 (54,5%) ребёнка. Средний уровень гемоглобина составил $62,4 \pm 8,7$ г/л, количество тромбоцитов — $34,6 \pm 12,3 \times 10^9$ /л, абсолютное число нейтрофилов — $0,78 \pm 0,31 \times 10^9$ /л.

Иммунологическое исследование выявило достоверные изменения клеточного иммунитета. Уровень CD3+ лимфоцитов составил $68,2 \pm 6,4\%$ (в контроле — $63,5 \pm 5,8\%$). Отмечалось снижение содержания CD4+ клеток до $29,1 \pm 4,2\%$ (в контроле — $38,7 \pm 4,6\%$; $p < 0,05$) и повышение CD8+ лимфоцитов до $36,8 \pm 5,1\%$ (в контроле — $24,5 \pm 3,9\%$; $p < 0,05$). Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 снижался до $0,79 \pm 0,14$ (в контроле — $1,58 \pm 0,21$; $p < 0,01$).

Содержание В-лимфоцитов (CD19+) снижалось до $9,6 \pm 2,3\%$ (в контроле — $14,2 \pm 2,7\%$; $p < 0,05$). Количество естественных киллеров (CD16+) уменьшалось до $7,4 \pm 1,9\%$ (в контроле — $11,6 \pm 2,4\%$; $p < 0,05$).

Уровень интерферона- γ повышался до $42,3 \pm 6,5$ пг/мл (в контроле — $18,7 \pm 4,1$ пг/мл; $p < 0,01$), фактор некроза опухоли- α — до $36,9 \pm 5,8$ пг/мл (в контроле — $15,4 \pm 3,6$ пг/мл; $p < 0,01$).

При сравнительном анализе установлено, что у пациентов с тяжёлой формой заболевания индекс CD4/CD8 был ниже 0,7, а уровень провоспалительных цитокинов превышал контрольные показатели более чем в 2 раза.

Выводы. Апластическая анемия у детей сопровождается выраженными клинико-иммунологическими нарушениями, характеризующимися тяжёлой панцитопенией и дисбалансом субпопуляций лимфоцитов. Снижение CD4+ клеток, повышение CD8+ лимфоцитов, уменьшение иммунорегуляторного индекса и гиперпродукция провоспалительных цитокинов свидетельствуют об аутоиммунном механизме повреждения гемопоэтических клеток. Выраженность иммунологических изменений коррелирует с тяжестью клинического течения заболевания и может использоваться в качестве прогностического критерия.

Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А.

РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ ПРИ ГИПО- И АПЛАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - зав.кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Оценить диагностическую и патогенетическую роль иммунологических маркёров клеточного иммунитета у детей с гипо- и апластическими состояниями кроветворения.

Материал и методы. Проведено проспективное сравнительное клинико-иммунологическое исследование с элементами когортного анализа на базе специализированного отделения детской гематологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2025 по декабрь 2025 гг. В работу включены 11 детей в возрасте от 3 до 16 лет. Основную группу составили 11 пациента с гипо- и апластическими состояниями кроветворения, из них 6 детей с гипоапластическим состоянием и 5 — с апластической анемией. Контрольную группу сформировали 15 практически здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу, без признаков острых инфекционных заболеваний и хронической соматической патологии. Иммунологическое исследование выполнялось непрямой иммунофлюоресценцией с использованием иммунофлюоресцентного микроскопа с определением маркёров клеточного звена иммунитета: CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD16+, CD25+, CD71+, CD95+, CD32+.

Результаты исследования. В ходе проведённого клинико-иммунологического исследования у детей с гипо- и апластическими состояниями кроветворения выявлены достоверные изменения показателей клеточного звена иммунитета по сравнению с группой контроля. Установлено, что общее содержание Т-лимфоцитов (CD3+) у пациентов основной группы было повышено и составило $84,3 \pm 3,2\%$ против $63,8 \pm 2,9\%$ в контрольной группе ($p < 0,05$), что свидетельствует об активации Т-клеточного звена иммунитета. При анализе субпопуляционного состава выявлено статистически значимое снижение уровня Т-хелперов (CD4+) — $16,6 \pm 2,4\%$ против $36,9 \pm 2,7\%$ в контроле ($p < 0,001$). Одновременно отмечалось достоверное увеличение доли цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+) — $39,8 \pm 3,1\%$ против $21,7 \pm 2,3\%$ ($p < 0,001$). Это обусловило выраженное снижение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 до $0,42 \pm 0,08$ по сравнению с $1,49 \pm 0,11$ в контрольной группе ($p < 0,001$), что отражает дисбаланс иммунорегуляторных механизмов и преобладание цитотоксической активности. Экспрессия маркёра активации Т-лимфоцитов CD25+ была достоверно выше у пациентов основной группы и составила $18,4 \pm 2,1\%$ против $9,6 \pm 1,4\%$ в контроле ($p < 0,01$), что указывает на усиление иммунной активации. Одновременно выявлена выраженная гиперэкспрессия CD95+ (Fas-рецептора) — $42,7 \pm 3,5\%$ против $21,3 \pm 2,6\%$ ($p < 0,001$), что свидетельствует об активации Fas-зависимого апоптоза лимфоцитов и подтверждает иммунно-опосредованный механизм угнетения гемопоэза. Содержание NK-клеток (CD16+) также было повышено и составило $21,5 \pm 2,4\%$ против $15,2 \pm 1,9\%$ в группе контроля ($p < 0,05$), что может отражать вовлечение врождённого цитотоксического звена иммунитета в патогенез заболевания. Напротив, экспрессия маркёра пролиферативной активности CD71+ была снижена ($11,2 \pm 1,5\%$ против $18,9 \pm 1,8\%$; $p < 0,01$), что указывает на уменьшение регенераторного потенциала клеток и недостаточность компенсаторных механизмов.

Вывод. У детей с гипо- и апластическими состояниями кроветворения выявляется выраженный дисбаланс клеточного иммунитета, характеризующийся снижением иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 вследствие преобладания цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов. Повышенная экспрессия маркёров активации (CD25+) и апоптоза (CD95+) подтверждает иммунно-опосредованный механизм угнетения гемопоэза с вовлечением Fas-зависимого пути клеточной гибели. Выраженность иммунологических нарушений коррелирует с выраженностью панцитопении и тяжестью клинического течения, что позволяет рассматривать иммунорегуляторный индекс как диагностический и прогностический маркёр при апластической анемии у детей.

Абдурахмонов С.М., Музаффаров Ш.С., Хусенова М.С.

ЗНАЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТА ЦИНКА В СОКРАЩЕНИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Оценить значение микроэлемента цинка в комплексной терапии острой диареи у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 43 ребёнка в возрасте до 5 лет с клинически подтверждённой острой диареей различного генеза. Для анализа использовались данные историй болезни пациентов, результаты объективного клинического осмотра, лабораторных исследований (ОАК, биохимия крови, общий анализ кала, бактериологическое исследование кала), а также оценка динамики клинических проявле-

ний заболевания в процессе лечения. Наблюдение за пациентами проводилось на протяжении всего периода госпитализации с последующим анализом эффективности проводимой терапии.

Результаты исследования. Обследовано 43 ребёнка с острой диареей различной этиологии которые поступили с жалобами на повышенную температуру, частый жидкий стул, метеоризм, боли в животе, снижение аппетита, беспокойство и утомляемость. Лабораторные исследования выявили такие изменения как: лейкоцитоз (12-18 тыс.) и ускорение СОЭ до 10-25мм/ч. У части детей выявлялось снижение уровня гемоглобина Нб-80-110г/л, что было связано с длительным течением заболевания и нарушением процессов всасывания. Биохимический анализ крови выявил снижение уровня калия до 2,5 ммоль/л и натрия до 128 ммоль/л, гипопроteinемию: общий белок снизился от 47 до 55г/л, а альбумины до 25-30г/л. Общий анализ кала: кал жидкий, присутствуют лейкоциты, слизь, возможно умеренное количество эритроцитов при бактериальной этиологии. При бактериологическом исследовании кала выявлены *Escherichia coli* 10⁶-10⁷ КОЕ/г, *Staphylococcus aureus* 10⁵-10⁶ КОЕ/г, *Enterococcus faecalis* 10⁶-10⁷ КОЕ/ и *Klebsiella spp.* 10⁶-10⁷ КОЕ/г. Из этих детей установлено, что 19 детей (44,2%) получили базисную терапию, а 24 детей (55,8%) — базисную терапию в сочетании с цинк-терапией. У детей, получавших цинк на фоне стандартной базисной терапии, отмечалось более быстрое купирование диарейного синдрома по сравнению с пациентами, получавшими только базисное лечение. На фоне применения препаратов цинка наблюдалось сокращение продолжительности диарейного синдрома, улучшение общего состояния и более быстрое восстановление водно-электролитного баланса. Препараты цинка хорошо переносились: у большинства детей (87,5%) побочные эффекты не выявлялись, и лишь у 3 детей (12,5%) наблюдались незначительные кратковременные диспепсические явления, которые не требовали отмены лечения. Кроме того, у детей, получавших цинк-терапию, реже регистрировались случаи затяжного течения диареи и повторных эпизодов заболевания в восстановительном периоде.

Выводы. Добавление цинка к комплексному лечению острой диареи у детей оказывает положительное влияние на течение заболевания, так как снижает потерю жидкости и электролитов, восстанавливает целостность слизистой кишечника. На фоне применения цинка у большинства детей отмечалось уменьшение частоты стула и продолжительности диареи, и соответственно, более быстрое улучшение самочувствия.

Абдусадыкова Ш.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С АНТИБИОТИК АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕЕЙ

Кафедра клинических дисциплин, KIMYO International University in Tashkent. Uzbekistan

Научный руководитель – PhD, доцент Садикова А.М.

Цель исследования. Изучить особенности течения бронхопневмонии у детей с антибиотик ассоциированной диареей.

Методы и результаты. Под наблюдением находились 20 детей, из них 12 (60%) мальчиков и 8 (40%) девочек, госпитализированных в пульмонологическое отделение клиники Kiut с 02.09.25 по 1.12.25 года с бронхопневмонией, которым была назначена антибиотикотерапия (цефтриаксон, цефепим, цефалепарзон сульбактам). Контрольную группу составили 6 детей с заболеваниями дыхательной системы, без явлений диареи них 2 (33%) мальчика и 4 (67%) девочек. В течение всего периода наблюдали за длительностью антибактериальной терапии, регистрировали частоту и характер стула, массу тела, поведение детей, продолжительность течения болезни и наличие сопутствующей патологии.

В основной группе длительность антибиотикотерапии (цефтриаксон, цефепим, цефалепарзон сульбактам) составил 8-10 дней, стул участился, стал разжиженным, продолжительность болезни от 20 до 24 дней, отмечалась наличие сопутствующей патологии: дефицитные анемии у 18 (90%) детей, белково-энергетическая недостаточность у 14 (70%) детей, атопический дерматит у 5 (40%) детей.

В контрольной группе частота стула не изменилась, стул был оформленным, отставание массы тела не наблюдалось, поведение детей было адекватным, продолжительность течения болезни было коротким.

Выводы.

1. При развитии ААД увеличивается длительность госпитализации пациентов, повышается риск развития осложнений.
2. Наиболее часто ААД регистрируется у детей, длительно находящихся в стационаре, при использовании антибиотиков широкого спектра действия
3. Частота ААД возрастает при наличии сопутствующей патологии.

Абийилов Ф.А., Камолова М.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ «НЕГРАМИН»

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., Исодухт Б.У.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата «Неграмин» в комплексном лечении острой дизентерии у детей.

Материал и методы. Была изучена эффективность лечения препаратом «Неграмин» у 28 детей, находившихся на стационарном лечении с диагнозом острая дизентерия в Областной клинической инфекционной больнице Дангаринского района в 2025 году.

Среди обследованных 14 детей находились в возрасте от 18 до 24 месяцев, 14 - от 24 месяцев до 5 лет; 12 мальчиков и 16 девочек. У всех пациентов наблюдался частый стул с патологическими примесями в виде крови и слизи.

Дети были разделены на две группы:

Первая группа (n=14) получала лечение гентамицином в сочетании с фуразолидоном.

Вторая группа (n=14) получала гентамицин в сочетании с препаратом «Неграмин» в возрастных дозировках. Препарат «Неграмин» применялся в виде сиропа.

Результаты исследования. В первой группе нормализация частоты стула и исчезновение патологических примесей наступали через 7–8-й день лечения. Во второй группе, где применялся «Неграмин» в комбинации с гентамицином, частота и характер стула нормализовались значительно быстрее - на 3–4 день терапии.

Выводы. Проведённое исследование показало, что применение препарата «Неграмин» в комплексном лечении острой дизентерии у детей обеспечивает более быстрый клинический эффект по сравнению с фуразолидоном.

Рекомендуется включить «Неграмин» в терапию детей с острой дизентерией для повышения эффективности лечения.

Абийиров Ф.А., Фаридов А.А., Гуломов Б.С.

ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Исодухт Б.У.

Цель исследования. Определить частоту случаев затяжного течения вирусного гепатита А у детей по данным гепатологического отделения Областной клинической инфекционной больницы Дангаринского района.

Материалы и методы. Было изучено 43 истории болезни и амбулаторные карты пациентов, находившихся на лечении в отделении гепатологии и паразитологии Областной клинической инфекционной больницы Дангаринского района в 2024–2025 годах с диагнозом вирусный гепатит А.

После выписки из стационара пациенты наблюдались врачами гепатологического отделения и семейными врачами по месту жительства.

Диагноз у данной группы больных был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и лабораторных показателей. Из них 30 детей были в возрасте от 2 до 5 лет, 13 детей — от 6 до 10 лет.

В основу оценки состояния пациентов были взяты показатели уменьшения размеров печени по данным УЗИ, а также нормализация уровня ферментов АСТ и АЛТ.

Результаты исследования. Наблюдение за детьми, перенёсшими вирусный гепатит А, показало, что у 30 (69,7 %) пациентов нормализация уровня ферментов и уменьшение размеров печени происходили в течение 30–45 дней.

В 10 (23,2 %) случаях нормализация показателей происходила в течение 60 дней. В 2 (4,6 %) случаях нормализация наблюдалась до 90 дней.

У одного пациента заболевание имело затяжное течение, и нормализация размеров печени и показателей ферментов АСТ и АЛТ произошла на 4-м месяце болезни.

Выводы. Проведённое исследование показало, что вирусный гепатит А у детей чаще заканчивается выздоровлением в течение до 3 месяцев. Однако в 6,9 % случаев заболевание принимает затяжное течение, что необходимо учитывать при дальнейшем диспансерном наблюдении детей, перенёсших вирусный гепатит А.

Аваков О.В., Баженова М.А.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ - ИНВЕСТИЦИИ В БУДУЩЕЕ СТРАНЫ

Кафедра профилактики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богданьянц М.В.

Цель исследования. Оценка текущего состояния репродуктивного здоровья детей и подростков в России, определение основных тенденций динамики заболеваемости и структуры патологии репродуктивной системы за период 2020-2024гг.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ официальных данных Государственной статистики, по итогам плановых профилактических медицинских осмотров, охватывающих более 1 млн детей и подростков, прошедших диспансеризацию в государственных медицинских организациях в период 2020-2024гг.

Результаты исследования. Отмечен рост охвата профилактическими осмотрами детского населения России с 85% до 97,5% (прирост в 1,2 раза). Осмотры подростков с целью выявления патологий репродуктивной системы проводятся регулярно с 2019 года. С сентября 2025 года обязательны профилактические осмотры всех детей обоих полов, начиная с возраста 6 лет, а также ежегодные проверки репродуктивного здоровья начиная с 13-летнего возраста. Среди обследованных детей выявлена высокая доля патологических состояний репродуктивной сферы — порядка 5%. В структуре патологии — нарушения менструального цикла формируют до 70% всех диагнозов. Выявлены тревожные тенденции роста числа случаев воспалительных процессов женских половых органов (+22%) и патологии яичников (включая кисты, +15%). Отмечено смещение пика обращений в старшую подростковую группу 15-17 лет. Зафиксировано увеличение частоты эндокринных расстройств (+19%), преимущественно связанных с нарушениями менструального цикла и дисфункцией желез внутренней секреции. Заболеваемость подросткового возраста венерическими заболеваниями, такими как хламидиоз и гонорея, возросла практически вдвое среди девушек-подростков, особенно проживающих в крупных городах. Среди мальчиков ведущим мужским заболеванием стало варикоцеле — расширение вен семенного канатика,

частота которого быстро росла с возрастом. Так, если среди 10–14-летних больных доля составляла 6–8%, то среди подростков старшего возраста (старше 15 лет) показатель поднимался до 10–20%. Варикоцеле является серьезным фактором риска последующего бесплодия и требует ранней диагностики и соответствующего лечения. Отдельно стоит отметить редкие, но важные детские заболевания, такие как гидроцеле, крипторхизм и фимоз, гипоспадия, чаще диагностируются в раннем детском возрасте.

Выводы. Максимальная выявляемость гинекологической и уроandroлогической патологии приходится на пубертатный период (14–17 лет), что определяет особую значимость профилактических мероприятий именно в этом возрасте. Для эффективного снижения уровня репродуктивных нарушений необходима интенсивная профилактика, широкое информирование подростков и их родителей, а также предоставление подросткам доступной высококачественной медицинской помощи. Такие мероприятия позволят предупредить возникновение заболеваний, улучшат возможности планирования семьи и создадут необходимые условия для полноценного воспроизводства здоровой нации.

Азизова Л.

ОЦЕНКА БОЛИ И СЕДАЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

НИИ Педиатрии имени К.Фараджевой, Азербайджан

Научный руководитель – PhD Гасимова Е.А.

Цель исследования. Оценки интенсивности боли время интубации трахеи новорожденных.

Материал и методы. В исследование было включено 15 новорожденных, которым в связи с жизнеугрожающими состояниями, экстренно была проведена интубация трахеи. 7 (46,6 %) из детей были девочками, 8 (53,3 %) мальчиками. Оценка боли проводилась с использованием шкалы N-PASS во время и через пять минут после интубации.

Результаты исследования. 33,3 % родов были естественными, а 66,6 % - оперативными. Средний гестационный возраст (среднее $\pm$ стандартное отклонение) составил $33,8 \pm 4,1$ недели, а средний вес при рождении (среднее $\pm$ стандартное отклонение) $-2069,1 \pm 719,4$ грамма. Наименьший балл по шкале Апгар на пятой минуте составил 2, наибольший 6, наименьшее время необходимое для интубации трахеи составило 19 секунд, наибольшее - 30 секунд. При оценке состояния детей по шкале N-PASS во время и через пять минут после интубации между суммой баллов были выявлены различия ($p < 0,05$). У новорожденных во время интубации сумма баллов составила от 4 до 6, тогда как после интубации и применения седации на аппарате искусственной вентиляции легких, общий балл составил от 0 до 2. Только у 2 (13,3%) новорожденных общий балл через пять минут после процедуры составил 3-4. Оценка по шкале N-PASS показала, что интубация трахеи является болезненной процедурой для новорожденного, и что при проведении данной процедуры необходима анальгезия.

Выводы. У новорожденных в критическом состоянии в ОРИТН во время инвазивных процедур, для диагностики и оценки боли, необходимо использовать различные шкалы, а также при необходимости, в соответствии с интенсивностью боли, применять обезболивание.

Азизова М.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья, Узбекистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Ахмедова Е.А.

Цель исследования. Оценить эффективность интегративного подхода к профилактике формирования хронической болезни почек у детей с бронхиальной астмой на основе раннего выявления субклинических нефрологических нарушений и коррекции модифицируемых факторов риска.

Материал и методы. Обследовано 126 детей в возрасте от 6 до 17 лет с верифицированной бронхиальной астмой. Основную группу составили 78 детей, у которых в течение 12 месяцев реализовывалась интегративная профилактическая программа, включавшая достижение контроля астмы, коррекцию ингаляционной терапии, обучение правильной технике ингаляций, повышение приверженности лечению, контроль массы тела, уменьшение воздействия табачного дыма, лечение сопутствующего аллергического ринита, мониторинг артериального давления, оценку уровня креатинина крови, расчет eGFR, определение соотношения альбумин/креатинин мочи (ACR), а также исследование мочевых биомаркеров раннего тубулярного повреждения. Группу сравнения составили 48 детей, получавших стандартное наблюдение. Эффективность профилактической программы оценивали по динамике уровня контроля бронхиальной астмы, частоте обострений, показателям eGFR, ACR, уровню urinary NAG, частоте выявления микроальбуминурии и суммарной частоте факторов риска формирования хронической болезни почек. Статистическая обработка проводилась общепринятыми методами вариационной статистики. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Исходно у детей обеих групп показатели традиционной функции почек в большинстве случаев сохранялись в пределах возрастной нормы, однако субклинические признаки раннего почечного повреждения выявлялись достаточно часто. Повышенные значения urinary NAG определялись у 32,1% детей основной группы и у 29,2% детей группы сравнения, микроальбуминурия — у 19,2% и 18,8% соответственно, снижение eGFR менее 90 мл/мин/1,73 м² — у 14,1% и 12,5% наблюдений. Частично контролируемое и неконтролируемое течение бронхиальной астмы отмечалось у 61,5% детей основной группы и у 58,3% детей группы сравнения.

Через 12 месяцев наблюдения на фоне интегративного подхода в основной группе уровень контролируемого течения бронхиальной астмы увеличился с 38,5% до 74,4%, тогда как в группе сравнения — с 41,7% до

56,3% ($p<0,05$). Среднее число обострений за год снизилось с $3,2\pm0,2$ до $1,4\pm0,1$ в основной группе и с $3,0\pm0,2$ до $2,1\pm0,2$ в группе сравнения ($p<0,01$). Воздействие табачного дыма удалось уменьшить у 43,6% семей основной группы против 16,7% в группе сравнения, низкая приверженность базисной терапии снизилась с 48,7% до 19,2% и с 45,8% до 33,3% соответственно.

Наиболее выраженная положительная динамика отмечена по ранним нефрологическим маркерам. Среднее значение ACR в основной группе уменьшилось с $24,8\pm1,9$ до $15,6\pm1,4$ мг/г, тогда как в группе сравнения — с $23,9\pm1,8$ до $20,7\pm1,6$ мг/г ($p<0,05$). Частота микроальбуминурии в основной группе снизилась с 19,2% до 7,7%, в группе сравнения — с 18,8% до 14,6%. Уровень urinary NAG в основной группе снизился с $17,9\pm1,3$ до $12,8\pm1,1$ Ед/г креатинина, в группе сравнения — с $17,2\pm1,2$ до $15,6\pm1,1$ Ед/г креатинина ($p<0,05$). Средний показатель eGFR в основной группе увеличился с $92,4\pm2,6$ до $98,7\pm2,3$ мл/мин/1,73 м², тогда как в группе сравнения существенной динамики не отмечено — $93,1\pm2,4$ и $94,6\pm2,5$ мл/мин/1,73 м² ($p>0,05$).

Корреляционный анализ показал, что риск формирования ранних нефрологических нарушений был связан с недостаточным контролем бронхиальной астмы ($r=0,46$), частотой обострений ($r=0,41$), избыточной массой тела ($r=0,38$), воздействием табачного дыма ($r=0,35$) и низкой приверженностью терапии ($r=0,44$). Полученные данные свидетельствуют о том, что интеграция педиатрического, пульмонологического и нефрологического подходов повышает эффективность ранней профилактики хронической болезни почек у детей с бронхиальной астмой.

Выводы. Интегративный подход к профилактике хронической болезни почек у детей с бронхиальной астмой позволяет своевременно выявлять ранние субклинические признаки почечного повреждения и эффективно корректировать модифицируемые факторы риска. Наиболее значимыми факторами риска являются недостаточный контроль астмы, частые обострения, низкая приверженность базисной терапии, избыточная масса тела, воздействие табачного дыма и наличие микроальбуминурии. Реализация комплексной профилактической программы способствует улучшению контроля бронхиальной астмы, снижению частоты обострений, уменьшению выраженности ранних нефрологических нарушений и может рассматриваться как перспективное направление предупреждения формирования хронической болезни почек у детей.

Азизова Н.

ЛАРИНГОТРАХЕИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить частоту развития, клинико-патогенетические особенности и исходы ларинготрахеита как осложнения острых респираторных инфекций (ОРВИ).

Материал и методы. В отделении пульмонологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 2025 по 2026 годы было проведено проспективное наблюдательное исследование 20 пациентов с острыми респираторными инфекциями, осложнёнными ларинготрахеитом, находившихся на лечении в стационаре и амбулаторных условиях. В исследование включены дети раннего и дошкольного возраста. Диагноз ларинготрахеита устанавливался на основании клинической картины (осиплость голоса, лающий кашель, инспираторная одышка, стридор), данных анамнеза и объективного осмотра. Применялись следующие методы исследования: клинический осмотр и оценка дыхательной функции; общий анализ крови; пульсоксиметрия; при необходимости рентгенография органов грудной клетки для исключения пневмонии.

Результаты исследования. Установлено, что ларинготрахеит чаще развивается на фоне вирусных респираторных инфекций (парагрипп, грипп, аденовирусная инфекция), преимущественно у детей раннего возраста. Основным патогенетическим механизмом является воспалительный отёк слизистой оболочки гортани и трахеи, приводящий к сужению дыхательных путей. Наиболее частыми клиническими проявлениями были лающий кашель, осиплость голоса, затруднённое дыхание и ночные приступы удушья. При обследовании пациентов отмечалось умеренное учащение дыхания ЧД 34 в минуту и тахикардия ЧСС 120 в минуту, что соответствовало клиническим проявлениям дыхательной недостаточности I степени. Показатели общего анализа крови находились в пределах умеренных воспалительных изменений: гемоглобин 110 г/л, эритроциты 3,8 миллион/л, лейкоциты 8–12 тысяч/л, тромбоциты 250 тысяч/л, СОЭ 10–20 мм/ч, что было характерно для вирусной инфекции. По данным пульсоксиметрии насыщение кислородом составляло 94–98%, кратковременно снижаясь до 92–93% при стенозе гортани. Рентгенография органов грудной клетки патологических и инфильтративных изменений не выявила, что исключало пневмонию и подтверждало отсутствие поражения нижних дыхательных путей. У 40% пациентов отмечались признаки стенозирующего ларинготрахеита, требующие неотложной помощи. Применение ингаляционной терапии и системных глюкокортикостероидов способствовало быстрому купированию симптомов и снижению риска прогрессирования дыхательной недостаточности. При своевременном лечении прогноз был благоприятным.

Вывод. Ларинготрахеит является частым и потенциально опасным осложнением острых респираторных вирусных инфекций, особенно у детей раннего возраста. Своевременная диагностика и раннее начало патогенетически обоснованной терапии позволяют предотвратить развитие стеноза гортани и тяжёлых дыхательных нарушений. Важную роль играет динамическое наблюдение пациентов с ОРИ и настороженность врачей в отношении развития данного осложнения.

Азими Махфузulloх, Содиков Н.М., Мирзоева М.З.

РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ВЫСОКОГО РИСКА

¹ Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

² Медицинский центр «Фараби», г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцентр Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Оценить эффективность аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) у детей с острыми лейкозами высокого риска.

Материал и методы. В 2025–2026 годах трём пациентам детского возраста (двое с острым лимфобластным лейкозом, один – с острым миелобластным лейкозом) выполнена алло-ТГСК в специализированных центрах Турции, Индии и России. Все пациенты предварительно прошли полное обследование и подготовку к трансплантации в ГУ Национальном медицинском центре Республики Таджикистан (НМЦ РТ). Использовались режимы кондиционирования на основе флударабина, источники трансплантата – костный мозг и периферические стволовые клетки от родственных совместимых доноров.

Результаты исследования. Во всех трёх случаях достигнут положительный эффект. У двух пациентов с острым лимфобластным лейкозом (трансплантация в первой и второй ремиссии) зафиксирована полная ремиссия с восстановлением кроветворения и отсутствием признаков рецидива в сроки наблюдения до 12 месяцев. У пациента с острым миелобластным лейкозом, получившего трансплантацию в первую ремиссию, также отмечено стабильное состояние без рецидива. Во всех случаях наблюдалось удовлетворительное качество жизни, тяжёлых осложнений (острая реакция «трансплантат против хозяина» III–IV степени) не зарегистрировано. Полученные результаты соответствуют данным международных регистров, где общая выживаемость при трансплантации в полной ремиссии достигает 70–90%. Проведённые три аллогенные трансплантации гемопоэтических стволовых клеток детям с острыми лейкозами подтвердили высокую эффективность метода при условии тщательного отбора пациентов и достижения полной ремиссии до трансплантации. Ключевыми факторами успеха стали своевременная подготовка пациентов в ГУ НМЦ РТ, адекватный выбор донора и режима кондиционирования.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют необходимость дальнейшего развития программ трансплантации костного мозга и тесного международного сотрудничества для улучшения исходов лечения детей с гемобластозами.

Азими Махфузulloх, Содиков Н.М., Маруфзода Н.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

² Медицинский центр «Фараби», г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцентр Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Оптимизировать подходы к аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) у детей с приобретенной апластической анемией (АА) на основе анализа клинического случая.

Материал и методы. Пациент с диагнозом апластической анемии, резистентной к иммуносупрессивной терапии, прошел полное обследование и предтрансплантационную подготовку в ГУ Национальном медицинском центре Республики Таджикистан (НМЦ РТ). Трансплантация выполнена в 2025 году в специализированном центре Турции. Использован режим кондиционирования на основе флударабина и циклофосфамида с добавлением антилимфоцитарного глобулина (АТГ) для профилактики отторжения и реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ). Источник трансплантата – костный мозг от HLA-совместимого родственного донора.

Результаты исследования. У пациента достигнуто полное и стабильное приживление трансплантата, восстановление показателей периферической крови зафиксировано на +21 день после трансплантации. Признаков острой или хронической РТПХ не наблюдалось. Качество жизни пациента значительно улучшилось, трансфузионная независимость достигнута к +30 дню. При контрольном обследовании через 6 месяцев сохраняется полная ремиссия заболевания с нормальными показателями гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов. Полученные результаты соответствуют мировым показателям, где успешность ТГСК при АА от совместимого родственного донора достигает 80–90%. Представленный клинический случай подтверждает высокую эффективность алло-ТГСК при тяжелой апластической анемии у детей при условии своевременного направления на трансплантацию, тщательной предтрансплантационной подготовки в ГУ НМЦ РТ и выбора оптимального режима кондиционирования. Использование флударабин-содержащих протоколов с включением АТГ позволяет минимизировать риск отторжения и РТПХ даже при использовании альтернативных доноров. Ключевыми факторами успеха являются: раннее направление на трансплантацию до развития гемосидероза и рефрактерности, достижение полной ремиссии, строгий мониторинг посттрансплантационных осложнений.

Выводы. Представленный опыт алло-ТГСК у ребенка с апластической анемией подтверждает высокую эффективность метода и обосновывает необходимость расширения доступности трансплантационной помощи, развития локальных компетенций и международной кооперации для улучшения прогноза у данной категории пациентов.

Азимӣ Махфузulloх
ТАҲЛИЛИ ЗУҲУРОТИ КЛИНИКИИ ЛЕЙКОЗИ ШАДИДИ ЛИМФОБЛАСТӢ (ЛШЛ) ДАР КӢДАКОНЕ,
КИ СИРОЯТИ COVID-19-РО АЗ САР ГУЗАРОНИДААНД

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, МДТ "ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино", Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Хочаева Н. Н.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили хусусиятҳои клиникии лейкози шадидаи лимфобластӣ дар кӯдаконе, ки сирояти COVID-19-ро аз сар гузаронидаанд.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар шуъбаи гематологияи кӯдакони Маркази миллии тиббии ҚТ байни солҳои 2023-2026 анҷом дода шуд. Ба доираи таҳқиқот 25 бемори синнашон аз 3-16 сола бо ташҳиси ибтидоии лейкози шадидаи лимфобластӣ ҷалб гардиданд, ки онҳоро ба ду гурӯҳ тақсим кардем, ки аз ин миён 17 бемор (68%) сирояти COVID-19 ро аз сар гузаронида ва 8 бемор (32%) ба COVID-19 гирифтор нашуда буданд. Барои ба субот расонидани таҳқиқ усулҳои гуногун истифода шуданд, аз ҷумла таҳлили клиникии вазъияти кӯдакон бо истифода аз варақаҳои тиббӣ ва мушоҳидаҳо, таҳқиқи лаборатории хун бо мақсади баҳодиҳии сатҳи раванди илтиҳобӣ, ҳолати ҷигар ва гурдаҳо, инчунин нишондиҳандаҳои коагулятсионӣ. Санҷишҳои иммунологӣ барои муайян кардани ҳолати иммунӣ организм тавассути муайянсозии антителаҳо ба вируси SARS-CoV-2 имкон доданд, ҳамчунон таҳқиқи рентгенологӣ, КТ-и кафаси сина ва таҳлилҳои ултрасадоӣ татбиқ ёфтанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳо нишон доданд, ки дар гурӯҳи кӯдаконе, ки сирояти COVID-19-ро аз сар гузаронидаанд, бештар таби тӯлонӣ, заифии умумӣ, нишонаҳои инфексионӣ, пайдошавии сулфа, душвории нафаскашӣ ва шадидшавии аломатҳои ЛШЛ мушоҳида гардид. Дар кӯдакони гирифтори ЛШЛ бо собиқаи COVID-19 бештар зуҳуроти зайл мушоҳида гардиданд: оғози нисбатан шадиди беморӣ; таби тӯлонӣ ва аломатҳои возеҳи интоксикация; зиёдшавии басомади синдроми инфексионӣ; сустии умумӣ ва ҳолати вазнини соматикӣ дар вақти ташҳис. Дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, дар гурӯҳи асосӣ нишонаҳои клиникии бештар омехта ва ташҳис баъзан бо таъхир анҷом дода мешуд. Дар гурӯҳи назоратӣ клиника нисбатан классикӣ ва камтар шадид буда, дар кӯдаконе, ки COVID-19-ро аз сар гузаронидаанд, инчунин пайдо шудани дигар бемориҳои сироятӣ мушоҳида шуд. Аз ҷумла 7 нафар аз 17 кӯдак (41%) гирифтори пневмония гашта, дар 5 кӯдак (29%) сироятҳои бактериалӣ ва дар 3 кӯдак (18%) сирояти герпесӣ ба қайд расид. Инчунин дар 2 ҳолат (12%) сироятҳои номаълум дида шуд. Ин монандии аломатҳо бо оризаҳое, ки аз химиотерапия иттифок афтид, боиси боздошти оғози табобат ва шиддат гирифтани вазъи беморон гардид. Натиҷаҳои таҳқиқ метавонанд барои тақмили ташҳиси бармаҳал ва идоракунии клиникии кӯдакони гирифтори ЛШЛ истифода шаванд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқ ин нуктаро ба субот расонд, ки сироятёбӣ ба COVID-19 сабаби вазнин шудани ҳолати бемор, пастшавии системаи иммунӣ ва сарзании бештари бемориҳои сироятӣ мешавад. Ин худ боис мегардад то чараёни беморӣ вазнинтар сурат гирифта, раванди ташҳис ва муолиҷа тӯлонитар шавад. Муайянсозии бармаҳали сироят ва оғоз намудани табobati саривактӣ, инчунин мутобиксозии стратегияи химиотерапевтӣ шартҳои муҳими кам намудани хатарҳо ва беҳтар гардонидани пешгӯии беморон ба ҳисоб меравад.

Азимова Ш.З.
АТАКСИЯ ФРИДРЕЙХА У ДЕТЕЙ - КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Бакоев Ф.С.

Цель исследования. Изучить клинические и этиологические факторы развития Атаксии Фридрейха.

Материал и методы. Атаксия Фридрейха - наиболее распространённая форма аутосомно-рецессивных спинocerebellарных атаксий, манифестирует в детском или подростковом возрасте и характеризуется сочетанием мозжечковой атаксии, нарушений координации движений, офтальмологических расстройств, пирамидной и экстрапирамидной симптоматики, а также системных проявлений. В данном описании клинического наблюдения Атаксия Фридрейха у ребенка 9 лет, поступивший в отделение детской неврологии в МК «Истиклол». Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимия крови, КЩС, ЭКГ, МРТ и др.), а также консультация офтальмолога.

Результаты исследования. Девочка 9 лет поступает в детское неврологическое отделение МК «Истиклол» с жалобами на неустойчивость при ходьбе, нарушение координации движений, частые падения, горизонтальный нистагм. Со слов родителей, первые признаки заболевания появились полгода назад и проявлялись неуверенной походкой и падением. Симптомы имели медленно прогрессирующий характер. Амбулаторное лечение не получала. В связи с ухудшением состояния обратились в приемное отделение МК «Истиклол» и госпитализировались в неврологическое отделение. На основании жалоб, анамнеза и клинико-инструментальных данных был поставлен предварительный диагноз Атаксия Фридрейха, в связи отсутствия генетического обследования для полного подтверждения.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует типичные признаки атаксии Фридрейха с дебютом в школьном возрасте. Ведущими симптомами заболевания у данной пациентки являлись прогрессирующая мозжечковая атаксия и нистагм, что соответствует данным литературы. Наличие глиозно-атрофических изменений по данным МРТ отражает хронический характер нейродегенеративного процесса. Дифференциальная диагностика проводилась клинически с другими наследственными и приобретёнными фор-

мами атаксий, включая постинфекционные, метаболические и структурные поражения центральной нервной системы. Отсутствие острых очаговых изменений и постепенное прогрессирование симптомов позволили исключить вторичные причины атаксии. Таким образом, представленное наблюдение подчёркивает необходимость комплексного подхода и генетического обследования детей с нарушениями координации и важность включения наследственных атаксий в диагностический поиск.

Али-заде Ш.Б.

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА D С КОГНИТИВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПОДРОСТКОВ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж.,

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Оценить возможную взаимосвязь между уровнем витамина D и когнитивными показателями у подростков.

Материал и методы. Проведен анализ данных 34 подростков в возрасте 14–16 лет. Участникам исследования проводилось:

1. определение уровня 25-гидроксивитамина D [25(OH)D] в сыворотке крови;
2. оценка когнитивных способностей с использованием прогрессивных матриц Равена;
3. расчет интегрального показателя IQ на основе полученных результатов.
4. Дополнительно учитывались антропометрические показатели (рост, масса тела).

Статистический анализ включал:

1. расчет средних значений и стандартных отклонений
2. оценку корреляционной связи между переменными (коэффициент корреляции Пирсона).

Результаты исследования. Средний уровень витамина D в исследуемой группе составил $23,9 \pm 5,2$ нг/мл, что соответствует пограничным значениям недостаточности. Средний результат теста Равена составил $41,9 \pm 8,2$ балла. Анализ корреляционных связей показал:

1. между результатами теста Равена и расчетным показателем IQ выявлена очень высокая положительная корреляция ($r \approx 0,99$), что подтверждает корректность используемой методики оценки интеллекта;
2. между уровнем витамина D и результатами когнитивного тестирования выявлена слабая положительная корреляция ($r \approx 0,15-0,17$).

Выводы. Витамин D рассматривается не только как регулятор кальций-фосфорного обмена, но и как нейрoактивный стероид, участвующий в процессах нейрогенеза, синаптической пластичности и регуляции нейромедиаторных систем. Рецепторы витамина D (VDR) широко представлены в структурах центральной нервной системы, включая гиппокамп и кору головного мозга. В последние годы обсуждается возможная роль недостаточности витамина D в формировании когнитивных нарушений у детей и подростков. Однако данные о связи уровня витамина D с когнитивными показателями в подростковом возрасте остаются ограниченными и требуют дальнейшего изучения.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии тенденции к положительной связи между уровнем витамина D и когнитивными показателями у подростков. Однако сила выявленной корреляции является низкой, что может быть связано с небольшим размером выборки, а также влиянием различных внешних факторов, включая особенности питания, уровень физической активности, социально-экономические условия и образовательную среду.

Следует учитывать, что когнитивное развитие является многофакторным процессом, и вклад отдельных биологических факторов, включая витамин D, может быть ограниченным.

У большинства обследованных подростков отмечены пограничные значения уровня витамина D. Выявлена слабая положительная корреляция между уровнем витамина D и когнитивными показателями. Полученные данные позволяют рассматривать гипотезу о возможном влиянии витамина D на когнитивные функции подростков, однако для подтверждения данной связи необходимы исследования на более крупных выборках.

Алишеров Н.А.

ГИПОПАЗИЯ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ-КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Дж.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - Бадалова З.А.

Цель исследования. Изучить клинические особенности врожденной гипоплазии лёгкого у ребёнка раннего возраста на основе клинического наблюдения, проведенного в МК «Истиклол» в отделении «Реанимации» г. Душанбе.

Материал и методы. Объектом исследования стал ребёнок в возрасте 4 месяцев, находившийся на обследовании и лечении в МК «Истиклол» г. Душанбе. Пациент первоначально проходил лечение в соматическом отделении, после чего в связи с нарастанием признаков дыхательной недостаточности был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В исследовании использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Проводился сбор анамнеза, физикальное обследование пациента, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимические показатели), а также инструментальные методы исследования: рентгенография органов грудной клетки и компьютерная томография. Также осуществлялось динамическое наблюдение за состоянием ребёнка в условиях стационара.

Результаты исследования. При поступлении общее состояние ребёнка оценивалось как **тяжёлое**, обусловленное развитием дыхательной недостаточности. Ребёнок находился в **отделении реанимации и интенсивной терапии МК «Истиклол» г. Душанбе** и получал **оксигенотерапию через кислородную маску**.

Отмечались выраженная одышка, тахипноэ до **65 дыхательных движений в минуту**, тахикардия до **170 ударов в минуту**. Сатурация кислорода на атмосферном воздухе составляла **88–90%**, на фоне кислородотерапии повышалась до **94–95%**. При осмотре наблюдались **втяжение межреберных промежутков, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания**, цианоз носогубного треугольника. Аускультативно дыхание в **левых отделах грудной клетки резко ослаблено**.

Лабораторные показатели: гемоглобин - **105 г/л**, лейкоциты - **$13,2 \times 10^9/\text{л}$** , СОЭ - **20 мм/час**, С-реактивный белок - **7 мг/л**.

Рентгенография органов грудной клетки выявила **уменьшение объёма левого лёгкого и смещение средостения в сторону поражения**.

По данным **компьютерной томографии** подтверждена **врождённая гипоплазия левого лёгкого**, характеризующаяся уменьшением объёма легочной ткани, снижением количества бронхиальных ветвей и сосудов.

Выводы. Гипоплазия лёгких является редкой врожденной аномалией развития дыхательной системы у детей. Данное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость ранней диагностики заболевания с использованием современных методов визуализации. Своевременное выявление гипоплазии лёгких позволяет определить оптимальную тактику ведения пациента и предупредить развитие тяжёлых осложнений.

Алишерова Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КОРНЕЛИИ ДЕ ЛАНГЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бадалова З.А.

Цель исследования. Представить клинический случай стёртой формы синдрома Корнелии де Ланге у ребёнка 5 месяцев жизни.

Материал и методы. Проведён анализ анамнестических данных, клинического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, а также консультаций профильных специалистов.

Результаты исследования. Ребёнок в возрасте 5 месяцев, от второй беременности и вторых срочных родов. Беременность протекала с признаками внутриутробной задержки развития плода (ЗВУР) гипопластического типа. Масса тела и длина при рождении снижены относительно гестационного возраста.

С первых месяцев жизни отмечается микроцефалия, отставание физического развития, частая заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями. Ребёнок относится к группе часто болеющих детей. Психомоторное развитие с тенденцией к замедлению. При осмотре выявлены отдельные дисморфические признаки, не формирующие выраженного типичного фенотипа, что соответствует стёртой форме синдрома: микроцефалия, умеренный гипертрихоз, особенности лицевого черепа. Внутренние органы без грубых пороков развития.

По данным лабораторного обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кортизола, что может отражать хронический стрессовый ответ организма на частые инфекционные заболевания и перинатальную патологию. А также были выявлены изменения в общеклинических анализах крови.

С учётом анамнестических данных (ЗВУР, микроцефалия), клинических проявлений и фенотипических особенностей заподозрена стёртая форма синдрома Корнелии де Ланге. Ребёнок направлен на медико-генетическое консультирование и дальнейшее динамическое наблюдение.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость раннего выявления синдрома Корнелии де Ланге даже при минимальных фенотипических проявлениях. Для Республики Таджикистан актуально расширение программ раннего скрининга, медико-генетического консультирования и динамического наблюдения детей с ЗВУР и микроцефалией, что позволит своевременно начать коррекционные мероприятия и улучшить прогноз.

Аминджонова Д.Р., Каримзода М.Б., Раджабов М.Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан,
курс инфекционных болезней и эпидемиологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторной характеристики и принципы терапии COVID-19 у детей первого года жизни.

Материал и методы. Под наблюдением находились 24 детей (26,7%) первого года жизни с диагнозом новая коронавирусная инфекция COVID-19. Диагноз Covid-19 был выставлен на основании клиники, положительных образцов мазков из носоглотки методом ПЦР и рентгенологического исследования лёгких. Из числа детей первого года жизни с COVID-19 детей первого полугодия было 11(45,8%), от 6 месяцев до года 13 (54,2%).

Результаты исследования. Возрастная структура больных детей первого года жизни с Covid-19 показала, что детей до 6 месяцев было 11(45,8%), от 6 месяцев до года 13 (54,2%).

Длительность инкубационного периода у всех детей составила от 2–5 до 13 дней (диапазон 2–10 дней), а клинические симптомы у 95% детей развивались в течении 4–6 дней до 10 дней (диапазон 4–8 дней). Лабораторное подтверждение мазков из верхних дыхательных путей больных детей на вирус SARS-CoV-2 методом ПЦР показало, что у 7 (29,2%) детей диагноз был подтвержден в первые дни заболевания, у 17(70,8%) детей при более позднем (на 2-3 неделе болезни) поступлении.

Несмотря на то, что у всех детей отмечено острое начало заболевания, признаки интоксикации отсутствовали, а катаральные проявления не были выраженными, проявляющееся ринореей у 34,8%, затруднением дыхания у 23,2%, одышкой у 23,2%, осиплостью голоса у 11,6% детей. Поражение желудочно-кишечного тракта с развитием диарейного синдрома в первые дни заболевания отмечено у 19(79,2%) детей, диспепсии в виде тошноты у 15(62,5%), рвоты у 8(33,3%) детей. В разгаре заболевания у 13(54,2%) детей первого года жизни заболевание имело тяжелое течение, так как у 10(41,7%) диагностирована пневмония с признаками острой дыхательной недостаточности 1-2 степени, у 5(20,8%) детей острый респираторный дистресс-синдром и полиорганная недостаточность, что 3(12,5%) детей нуждались в искусственной вентиляции лёгких. Также, в разгаре болезни у 7(29,2%) детей отмечались высыпания на коже в виде мелких слабо выраженных петехиальных (12,5%) и мелкоточечных (16,7%) высыпаний в области подногтевых валиков пальчиках рук и ног, которые исчезали на 2-4 сутки. У 5 (20,8%) детей с аллергическим статусом в анамнезе, был диагностирован обструктивный синдром, у 8(33,3%) детей синдром крупа 1-2 степени.

С целью этиотропной терапии детям первого года жизни с Covid-19 были применены Виферон® 500 000 МЕ в виде суппозиториев по 1 суппозиторию 2 раза 10 дней ректально, при стенозе гортани 1-2 степени и обструкции - ингаляции небутоломом, сальбутамолом через небулайзер и дексаметазон 0,6 мг/кг в/м, лазолван по 2, мл. 2 раза в день, ламбродин 2,5 мг. 2 раза в день. Антибактериальная терапия была назначена при осложненных формах инфекции, детям с пневмониями - амоксициллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3 и 4 поколения.

Выводы. Таким образом, начало заболевания COVID-19 у детей первого года имело атипично, с умеренными катаральными проявлениями и симптомами интоксикации, но в разгаре болезни у (29,2%) детей отмечались петехиальные и мелкоточечные высыпания на коже в области подногтевых валиков пальчиках рук и ног. Лечение детей проводилось согласно кутверждённым клиническим протоколам МЗ и с.з.н. РТ.

Амиркулова Л.Т., Салимов А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

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

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

Цель исследования – изучить клиническую характеристику и частоту осложнений скарлатины у детей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни детей, госпитализированных с диагнозом «скарлатина» в инфекционное отделение ГМЦ №1 за период 2021–2024 гг. Возраст пациентов составил от 2 до 14 лет. Мальчики составили 56,1% (n=74), девочки – 43,9% (n=58). Наибольшая доля пациентов приходилась на возрастную группу 3–7 лет – 47,0%, дети 8–14 лет составили 34,1%, дети до 3 лет – 18,9%.

Анализировались клинические проявления заболевания, сроки госпитализации, частота и структура осложнений, а также показатели общего анализа крови.

Результаты исследования. Заболевание у большинства пациентов начиналось остро. Повышение температуры тела до фебрильных значений отмечалось у 92,4% детей, симптомы интоксикации – у 78,0%. Ангина различной степени выраженности наблюдалась у 96,2% пациентов. Типичная мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи регистрировалась у 89,4% детей, «малиновый язык» – у 71,2%, регионарный лимфаденит – у 64,4%. Осложнённое течение скарлатины было выявлено у 28 пациентов, что составило 21,2% от общего числа наблюдений. В структуре осложнений преобладали ранние гнойно-воспалительные осложнения, которые были зарегистрированы у 19 детей (14,4%): острый средний отит – у 8 пациентов (6,1%); острый синусит – у 5 детей (3,8%); гнойный лимфаденит – у 4 пациентов (3,0%); паратонзиллярный абсцесс – у 2 детей (1,5%).

Поздние постстрептококковые осложнения выявлены у 9 пациентов (6,8%). В их структуре отмечались: острый постстрептококковый гломерулонефрит – у 5 детей (3,8%); ревматические проявления (артралгии, кардит) – у 3 пациентов (2,3%); реактивный артрит – у 1 ребёнка (0,7%). При анализе клинического течения установлено, что осложнения чаще наблюдались у детей с выраженным интоксикационным синдромом и высокой лихорадкой (более 39°C), а также при позднем обращении за медицинской помощью (на 4–5 сутки заболевания). У 67,9% детей с осложнениями антибактериальная терапия была начата позже третьего дня болезни. В лабораторных показателях у пациентов с осложнениями чаще отмечались выраженный лейкоцитоз (в среднем $14,8 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилёз и ускорение СОЭ до $28,6 \pm 3,4$ мм/ч, что свидетельствовало о более выраженной воспалительной реакции.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают, что наиболее часто встречаются ранние гнойно-воспалительные осложнения со стороны ЛОР-органов, тогда как поздние постстрептококковые осложнения регистрируются реже, однако имеют более серьёзное клиническое значение. Основными факторами риска их развития являются тяжёлое течение заболевания и несвоевременное начало антибактериальной терапии. Своевременная диагностика, раннее назначение антибиотиков и динамическое наблюдение за пациентами позволяют существенно снизить риск развития осложнений и улучшить исход заболевания.

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГОШЕ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ОТСУТСТВИЯ ЭНЗИМ-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кафедра детских болезней №1 им. Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель – Махмудова М.М.

Цель исследования. Описать клинический случай тяжелого течения болезни Гоше у ребенка 6 лет с развитием декомпенсированного цирроза печени и панцитопении в условиях отсутствия специфической терапии, описать диагностический алгоритм в условиях отсутствия возможности проведения генетического и молекулярного анализа.

Материал и методы. Наблюдался мальчик 6 лет 8 месяцев, госпитализированный в реанимационное отделение с жалобами на выраженную желтушность кожных покровов, увеличение живота, носовые кровотечения, снижение аппетита и общую слабость.

Из анамнеза: с раннего детства отмечалось вздутие живота. За два месяца до госпитализации состояние ухудшилось. Ранее проходил лечение с диагнозом стеатогепатит и миелодиспластический синдром без положительной динамики.

При осмотре выявлены: выраженная гепатоспленомегалия, асцит, признаки портальной гипертензии, безбелковые отеки, желтуха, кровотечения из ЖКТ (мелена)

Лабораторно выявлена панцитопения: тяжелая анемия (Hb до 67 г/л) тромбоцитопения (до 6×10^9 /л) лейкопения (до $0,73 \times 10^9$ /л)

По данным миелограммы — угнетение эритроидного ростка, задержка созревания клеток, повышенная зернистость нейтрофилов.

УЗИ: гепатоспленомегалия, асцит.

Фиброскан: фиброз F2.

Диагноз установлен клинико-гематологически в условиях отсутствия молекулярно-генетического подтверждения и определения активности β -глюкоцереброзидазы.

Результаты исследования. На фоне симптоматической терапии (трансфузии эритроцитарной массы, тромбоцитарного концентрата, свежезамороженной плазмы, альбумина, глюкокортикостероидов, антибактериальной терапии, диуретиков) наблюдалась кратковременная стабилизация состояния. Однако заболевание прогрессировало с развитием:

декомпенсированного цирроза печени, печеночной коагулопатии, выраженной портальной гипертензии, панцитопении. Энзим-заместительная терапия не проводилась ввиду ее недоступности.

Выводы. Болезнь Гоше может протекать с быстрым прогрессированием и тяжелым поражением печени. Отсутствие молекулярно-генетической диагностики затрудняет своевременную верификацию диагноза. Недоступность энзим-заместительной терапии существенно ухудшает прогноз заболевания. Ранняя диагностика и обеспечение доступа к ЭЗТ являются ключевыми факторами снижения летальности.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан
Научный руководитель: Саматов О.С.

Цель исследования. Анализ клинико-диагностических особенностей кровотечений неясной этиологии у детей, выявление этиологических факторов и оценка эффективности диагностики и лечения обскурных кровотечений.

Материал и методы. На клинических базах кафедры (детская хирургическая больница № 2 г. Ташкента; отдел малоинвазивной детской хирургии НДМЦ) в 2019-2023 гг. находились под наблюдением 355 детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет с кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из них у 243 (68,5%) детей диагностированы толстокишечные и прямокишечные кровотечения, у 104 (29,3%) - тонкокишечные, а у 8 (2,2%) установить источник и причину кровотечения не удалось. На этапах диагностики проводился тщательный анализ анамнеза и клинических проявлений, применялись лабораторные, инструментальные, рентгенологические методы, УЗИ, МСКТ, ФГДС, колоноскопия, а также гистоморфологическое исследование биопсийного и операционного материала.

Результаты исследования. Среди 355 детей с ЖКК у 112 (31,5%) были выявлены тонкокишечные кровотечения (ТКК). Эти случаи анализировались с уточнением возможных этиологических факторов, причин и нозологических форм в зависимости от возраста пациентов. Причинами ТКК явились: хирургические заболевания органов брюшной полости - у 74 (66%) детей; воспалительные заболевания тонкого кишечника - у 17 (15,2%); болезнь Крона - у 4 (3,6%) пациентов. Лекарственно-ассоциированные кровотечения наблюдались у 9 (8%) больных. У 8 (7,1%) пациентов отмечался длительный анамнез рецидивирующих ЖКК с развитием постгеморрагической анемии различной степени тяжести. Они неоднократно обследовались в стационарах, однако источник кровотечения выявлен не был. У 5 (62,5%) из них диагностировано обскурное явное кровотечение (obscure-overt bleeding), проявлявшееся меленой или гематохезией при отсутствии источника по данным эндоскопии. У 3 (37,5%) имело место обскурное скрытое кровотечение (obscure-occult bleeding), которое протекало без выраженных клинических проявлений, но характеризовалось лабораторными признаками анемии и положительными тестами на скрытую кровь в кале. Степень кровопотери при явных скрытых кровотечениях распределялась следующим образом: умеренная степень тяжести наблюдалась у 3 пациентов (60%), тяжелая — у 2

пациентов (40%). Лёгкая и критическая степень тяжести кровопотери не были зафиксированы. Всем детям с обскурными кровотечениями проводилась комплексная консервативная терапия с применением активно-выжидательной тактики. Прекращение геморрагии достигалось у всех пациентов: у 4 - в течение 24 часов, у 2 - до 48 часов, у 2 - в течение 72 часов.

Выводы. Источником тонкокишечных кровотечений, как правило, являются различные патологии тонкой кишки, проявляющиеся кровопотерей разной степени тяжести. Такие кровотечения нередко носят рецидивирующий и транзиторный характер, с тенденцией к спонтанному гемостазу либо остановке на фоне комплексного консервативного лечения. Обскурные массивные кровотечения представляют собой серьёзную диагностическую проблему у детей, часто приводящую к тяжёлым состояниям. Для уточнения источника в таких случаях необходимо использование более эффективных методов дооперационной диагностики, включая капсульную эндоскопию, энтероскопию или интраоперационную энтероскопию. При отсутствии эффекта от консервативной терапии в условиях критической кровопотери следует рассматривать вопрос в пользу оперативного вмешательства с целью выявления и устранения причины кровотечения.

Ахмадуллин А.А., Муродова М.Д.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кафедра 2 Педиатрии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., доцент Б.А. Юлдашев

Цель исследования. Оценить пищевые характеристики детей с хронической болезнью почек и их связь с биохимическими маркерами (сывороточный креатинин, мочевины и цистатин С) в разных возрастных группах.

Материал и методы. Анализ проводился среди 129 детей с ХБП. Возрастные категории детей определялись по данным ВОЗ: 5-9 лет - дети старшего возраста; 10-14 лет - подростки младшего возраста; 15-19 лет - подростки старшего возраста. Возрастное распределение детей с ХБП показывает, что средний возраст составляет $10 \pm 0,45$ лет. При анализе длительности ХБП было установлено, что средняя продолжительность заболевания составляет $4,87 \pm 0,33$ года. Распределение пациентов соответствовало стратификации ХБП NKF-K/DOQI (2002), рекомендованной в детской нефрологии. Оценка питания проводилась с использованием диетических анкет и клинического обследования. Особое внимание уделялось потреблению белка, потреблению переработанных продуктов, потреблению соли и соблюдению диетических рекомендаций. Биохимические параметры, включая сывороточный креатинин, мочевины и цистатин С, измерялись стандартными лабораторными методами. Для выявления потенциальных связей между моделями питания и маркерами функции почек был проведен сравнительный анализ между возрастными группами.

Результаты исследования. Анализ выявил различные возрастные модели питания среди детей с ХБП. Дети в возрасте 5–9 лет продемонстрировали относительно лучшее соблюдение родительского диетического контроля; Однако наблюдался некоторый дисбаланс в потреблении белка и углеводов. Биохимические показатели в этой группе показали умеренно повышенные уровни креатинина и мочевины, в то время как цистатин С оставался в пределах верхнего референтного диапазона: креатинин крови — $58,46 \pm 1,66$ мкмоль/л, мочевины крови — $5,67 \pm 0,65$ ммоль/л, цистатин С крови — $0,58 \pm 0,14$ мг/л. В возрастной группе 10–14 лет характер питания был более неоднородным. Было отмечено повышенное потребление обработанных продуктов и закусок с высоким содержанием соли. В этой группе наблюдалась более высокая вариабельность уровней креатинина и мочевины в сыворотке крови, с тенденцией к повышению значений цистатина С, что указывает на снижение функции почечной фильтрации: креатинин в крови — $111,14 \pm 1,27$ мкмоль/л, мочевины в крови — $6,49 \pm 0,87$ ммоль/л, цистатин С в крови — $1,07 \pm 0,29$ мг/л. Подростки в возрасте 15–19 лет показали наименьшую приверженность рекомендованной диете для почек. Наблюдалось частое употребление продуктов с высоким содержанием белка и нерегулярный режим питания. В этой группе лабораторные данные показали значительно повышенные уровни креатинина, мочевины и цистатина С по сравнению с детьми младшего возраста, что отражает большую степень нарушения функции почек. Уровень креатинина в крови $135,5 \pm 0,64$ мкмоль/л, уровень мочевины в крови $8,77 \pm 0,26$ ммоль/л, уровень цистатина С в крови $1,33 \pm 0,21$ мг/л.

Выводы. Пищевые привычки у детей с хронической болезнью почек значительно различаются в зависимости от возраста и могут влиять на показатели функции почек. У детей младшего возраста, как правило, лучше контролируется питание, в то время как подростки хуже соблюдают рекомендации по питанию. Мониторинг потребления пищи в сочетании с биохимическими маркерами, такими как креатинин, мочевины и цистатин С, имеет важное значение для раннего выявления нарушений питания и оптимизации стратегий лечения у детей с ХБП.

Ахмедов Н.И., Имодинова М.Ф., Нуралиева Г.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО И РАЗДЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СИЛДЕНАФИЛА И БОЗЕНТАНА НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ЛЁГЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучение эффективности комбинированного и раздельного применения силденафила и бозентана на фоне стандартной терапии лёгочной гипертензии.

Материал и методы. В исследование было включено 48 больных с первичными и вторичными (12 больных (25%) и 36 (75%) соответственно) видами лёгочной гипертензии, которые в дополнение к стандартной терапии (СТ) хронической сердечной недостаточности (ХСН) принимали силденафил и бозентан. В зависимости

от схемы лечения пациенты были разделены на три группы: первая группа – СТ с добавлением силденафила и бозентана, которая включала 26 (54%) больных. Вторая группа – СТ с добавлением бозентана, которая включала 13 (27%) больных. Третья группа – СТ с добавлением силденафила, которая включала 9 (19%) больных. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, клинико-гемодинамическим показателям, тяжести заболевания. Всем пациентам ежемесячно выполнялось эхокардиографическое исследование. Полученные показатели анализировались в динамике в течение 6 месяцев наблюдения.

Результаты исследования. Сравнительная оценка клинико-функциональных показателей ЭхоКГ в динамике установила, что во всех трёх группах отмечалось улучшение состояния больных. Давление в правом желудочке при поступлении у первой группы составляло 65 ± 12 мм.рт.ст, во второй группе - 58 ± 8 мм.рт.ст, в третьей группе - 54 ± 10 мм.рт.ст. После 3-6 месяцев терапии в каждой группе этот показатель изменился в виде заметного снижения в первой группе - 49 ± 12 мм.рт.ст. во второй группе - 49 ± 8 мм.рт.ст, в третьей группе - 47 ± 6 мм.рт.ст. Однако в первой группе положительная динамика носила более выраженный и достоверный характер, чем в двух других группах сравнения. Анализ показателя давления в правом желудочке в динамике через 3 и 6 месяцев внутри первой группы установил рост толерантности к физической нагрузке, улучшение показателей печеночной (снижение уровня АЛАТ, АСАТ и уменьшение печени по размеру) и дыхательной функций (исчезновение одышки), а также прирост сократимости правого желудочка. Это в свою очередь сопровождалось высокодостоверным снижением функционального класса ХСН. При межгрупповом сравнении показателя было установлено, что добавление к СТ силденафила и бозентана способствовало явному улучшению дыхательной функции, о чем свидетельствовало постепенное регрессирование одышки с её полным нивелированием. Из 48 пациентов прооперировано 6 человек; при этом в двух случаях зафиксирован летальный исход.

Выводы. Сочетание стандартной терапии лёгочной гипертензии с силденафилом и бозентаном способствовало значимому улучшению клинико-функциональных показателей больных, независимо от типа лёгочной гипертензии. При этом раздельное использование силденафила и бозентана также дали некоторый положительный эффект.

Ахмедов Н.И., Имодинова М.Ф., Разоков Ч.Н.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить состояние социальной и физической активности и оценить качество жизни детей с ювенильным ревматоидным артритом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 64 ребёнка с ревматологическими заболеваниями, состоявшие на диспансерном учёте после стационарного лечения от 3 до 6 месяцев. Проведено анкетирование-опрос, включавший данные о возрасте, поле, длительности заболевания, полученном лечении в стационаре и на амбулаторном этапе, форме обучения, наличии дополнительных занятий, ежедневных прогулках, занятиях спортом и лечебной физкультурой.

Результаты исследования. За период обследования основную группу составили дети с различными вариантами течения ювенильного ревматоидного артрита 68 - 95%, остальные 3 - 5% приходились на пациентов с диффузными заболеваниями соединительной ткани. По гендерному распределению преобладали девочки — 75%. Средняя продолжительность заболевания составила 5,4 года. Среди обследованных 79% составляли школьники, 21% — подростки, обучающиеся в колледжах. Дополнительные занятия в спортивных и музыкальных школах посещали 23% детей. Ежедневные прогулки отмечены у 31% пациентов, физические упражнения регулярно выполняли 23% больных. Установлено, что у детей с высокой активностью заболевания отмечалось значительное ограничение физической активности, снижение участия в школьных и внешкольных мероприятиях, а также уменьшение продолжительности ежедневных прогулок. Часть пациентов испытывала трудности в социальной адаптации и общении со сверстниками. Дети, получающие регулярную противоревматическую терапию и проходящие курсы реабилитации, демонстрировали более высокий уровень физической активности и социальной вовлечённости.

Выводы. Таким образом, качество жизни детей с ревматологическими заболеваниями напрямую зависит от степени активности заболевания, эффективности проводимой терапии и уровня психосоциальной поддержки. Комплексный и мультидисциплинарный подход к ведению пациентов способствует значительному улучшению физического состояния, эмоционального благополучия и социальной адаптации детей.

Ахмедова Е.А.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕПОДАВАНИЮ ПЕДИАТРИИ: ИНТЕГРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Кафедра педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья, Узбекистан.

Научный руководитель – DSc, доцент Шадманов М.А.

Цель исследования. Оценить эффективность интеграции клинических случаев в образовательный процесс при преподавании педиатрии и определить влияние данного подхода на уровень теоретической подготовки, клинического мышления и практико-ориентированных навыков студентов.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кафедры педиатрии среди 124 студентов 6 курса лечебного факультета. Основную группу составили 68 студентов, обучение которых проводилось с использованием интегрированного подхода на основе клинических случаев, ситуационных задач, обсуждения алгорит-

мов диагностики и тактики ведения пациентов. В группу сравнения вошли 56 студентов, обучавшихся по традиционной методике с преобладанием лекционно-семинарской формы. Оценка эффективности обучения включала анализ текущей и итоговой успеваемости, результаты тестового контроля, решение клинических задач, оценку уровня клинического мышления, а также анкетирование студентов по вопросам мотивации, вовлеченности и удовлетворенности учебным процессом. Статистическая обработка проводилась с использованием общепринятых методов вариационной статистики. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что применение интеграции клинических случаев в преподавании педиатрии способствовало повышению качества усвоения учебного материала и развитию клинического мышления студентов. Средний балл итогового тестирования в основной группе составил $86,4 \pm 1,8$ балла, тогда как в группе сравнения — $74,9 \pm 2,1$ балла ($p < 0,01$). Успешность решения клинических задач в основной группе достигла 82,3%, в группе традиционного обучения — 63,7% ($p < 0,01$). Высокий уровень сформированности клинического мышления отмечен у 44 студентов основной группы, что составило 64,7%, тогда как в группе сравнения — у 19 студентов, или 33,9% случаев ($p < 0,01$). Доля студентов, правильно определявших предварительный диагноз и обосновывавших план обследования, в основной группе составила 79,4%, в группе сравнения — 58,9%. Правильный выбор тактики ведения пациента наблюдался соответственно у 76,5% и 54,1% студентов.

По данным анкетирования, 88,2% студентов основной группы отметили повышение интереса к предмету, 84,0% указали на улучшение понимания связи между теорией и клинической практикой, а 80,9% — на рост уверенности при разборе педиатрических состояний. В группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно 57,1%, 51,8% и 46,4%. Уровень удовлетворенности учебным процессом в основной группе достиг 91,2%, тогда как при традиционной методике — 62,5%. Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование клинических случаев как интегративного образовательного инструмента повышает не только академическую успеваемость, но и практическую подготовленность студентов.

Выводы. Интеграция клинических случаев в образовательный процесс является эффективным инновационным подходом к преподаванию педиатрии. Применение данной методики способствует повышению уровня теоретической подготовки студентов, развитию клинического мышления, улучшению навыков диагностики и выбора лечебной тактики. Использование клинико-ориентированного обучения позволяет повысить мотивацию студентов, усилить практическую направленность преподавания и улучшить качество подготовки будущих врачей.

Ахмедова Ш.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья, Узбекистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Ахмедова Е.А.

Цель исследования. Определить наиболее значимые клинико-функциональные и анамнестические предикторы контроля бронхиальной астмы у детей и оценить их прогностическую значимость для раннего выявления пациентов с риском недостаточного контроля заболевания.

Материал и методы. Обследовано 128 детей в возрасте от 6 до 17 лет с верифицированной бронхиальной астмой. Длительность наблюдения составила 12 месяцев. В зависимости от уровня контроля заболевания по результатам динамического наблюдения дети были разделены на 2 группы: с контролируемым течением бронхиальной астмы — 78 детей (60,9%), с частично контролируемым и неконтролируемым течением — 50 детей (39,1%). Всем пациентам проводили клиническое обследование, анализ анамнеза, оценку частоты дневных и ночных симптомов, частоты обострений, приверженности базисной терапии, наличия сопутствующего аллергического ринита, семейной отягощенности по атопии, воздействия табачного дыма и частоты острых респираторных инфекций. Функциональное состояние дыхательной системы оценивали с помощью спирометрии с определением ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно и пиковой скорости выдоха. У части пациентов дополнительно определяли уровень эозинофилов периферической крови и общий IgE. Для оценки уровня контроля использовали тест АСТ/сАСТ. Статистическую обработку проводили с применением методов вариационной статистики и логистического регрессионного анализа. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что недостаточный контроль бронхиальной астмы у детей достоверно ассоциировался с рядом клинико-анамнестических и функциональных факторов. В группе детей с частично контролируемым и неконтролируемым течением заболевания сопутствующий аллергический ринит встречался у 37 детей (74,0%), тогда как в группе контролируемой астмы — у 34 детей (43,6%) ($p < 0,01$). Низкая приверженность базисной терапии отмечена у 31 ребенка (62,0%) против 18 детей (23,1%) соответственно ($p < 0,001$). Воздействие табачного дыма в семье регистрировалось у 24 детей (48,0%) с недостаточным контролем и у 17 детей (21,8%) с контролируемым течением ($p < 0,01$). Частота острых респираторных инфекций более 6 эпизодов в год выявлена у 56,0% детей с недостаточным контролем и у 28,2% детей с контролируемой астмой ($p < 0,05$).

При анализе клинических проявлений установлено, что средняя частота дневных симптомов в неделю у детей с недостаточным контролем составила $4,8 \pm 0,4$, тогда как в группе контролируемой астмы — $1,9 \pm 0,2$ ($p < 0,001$). Ночные симптомы отмечались в среднем $2,6 \pm 0,3$ раза в месяц против $0,8 \pm 0,1$ раза в месяц соответственно ($p < 0,001$). Среднее число обострений за последние 12 месяцев составило $3,1 \pm 0,2$ в группе недостаточного контроля и $1,4 \pm 0,1$ в группе контролируемого течения ($p < 0,001$).

Спирометрические показатели также достоверно различались. Средний уровень ОФВ1 у детей с контролируемой бронхиальной астмой составил $91,4 \pm 2,1\%$ от должных величин, тогда как при частично контролируемом и неконтролируемом течении — $74,8 \pm 2,4\%$ ($p < 0,001$). Индекс Тиффно составил соответственно $84,6 \pm 1,7\%$

и $72,9 \pm 1,9\%$ ($p < 0,01$). Снижение ОФВ1 менее 80% от должного значения было зарегистрировано у 33 детей (66,0%) с недостаточным контролем и только у 14 детей (17,9%) с контролируемой астмой. Средний балл по тесту АСТ/сАСТ в группе контролируемого течения составил $22,8 \pm 0,4$, тогда как в группе недостаточного контроля — $16,7 \pm 0,5$ ($p < 0,001$).

При лабораторной оценке эозинофилия периферической крови более 5% отмечалась у 29 детей (58,0%) с недостаточным контролем и у 21 ребенка (26,9%) с контролируемым течением ($p < 0,01$). Повышенный уровень общего IgE выявлен у 68,0% и 41,0% детей соответственно ($p < 0,05$). По данным логистического регрессионного анализа наиболее значимыми предикторами недостаточного контроля бронхиальной астмы явились низкая приверженность базисной терапии (OR=3,8; 95% ДИ 1,9–7,5), наличие сопутствующего аллергического ринита (OR=2,9; 95% ДИ 1,4–5,8), снижение ОФВ1 менее 80% от должных величин (OR=4,2; 95% ДИ 2,0–8,6), частые обострения в анамнезе (OR=3,5; 95% ДИ 1,7–7,1) и воздействие табачного дыма (OR=2,4; 95% ДИ 1,1–5,0).

Выводы. Прогнозирование контроля бронхиальной астмы в детском возрасте должно основываться на комплексной оценке клинических, функциональных и анамнестических показателей. Наиболее значимыми предикторами недостаточного контроля являются низкая приверженность базисной терапии, сопутствующий аллергический ринит, частые обострения, воздействие табачного дыма и снижение ОФВ1 менее 80% от должных значений. Использование совокупности указанных критериев позволяет выделять детей группы высокого риска по неконтролируемому течению заболевания, своевременно корректировать терапию и повышать эффективность диспансерного наблюдения.

Ахрорзода М.А., Абдурахманова У.Ш.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные особенности различных форм геморрагического васкулита (ГВ) у детей.

Материал и методы. В исследование включены 40 детей дошкольного и школьного возраста, находящихся на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ "Шифобахш" с кожной, суставной, абдоминальной формой заболевания и с почечными осложнениями. Был проведен тщательный сбор анамнеза, включая информацию о перенесенных инфекциях, сопутствующих болезнях, аллергии, контакте с инфекционными больными, наследственных заболеваниях. Проведена оценка клинического состояния. Лабораторные исследования включали общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, анализ крови на определение иммуноглобулинов, общий анализ мочи, УЗИ почек.

Результаты исследования. Больные условно были разделены на 3 группы: 1-я группа – 10 детей с лёгкой формой ГВ (25%), 2-я группа – 25 детей со среднетяжёлой формой (62,5%), 3-я группа – 5 детей с тяжёлой формой заболевания (12,5%). У детей первой группы кожный синдром характеризовался наличием макуло-папулёзной сыпи на нижних и верхних конечностях. В анамнезе были респираторные инфекции за 1-2 недели до появления симптомов болезни. Общее состояние детей относительно удовлетворительное. Суставной синдром был слабый и кратковременный. У 64% детей второй группы с кожно-суставно-абдоминальной формой васкулита анализ семейной истории показал, что болезни предшествовали респираторные инфекции (хронический тонзиллит, ангина, грипп, ринофарингит, скарлатина и тд). У 24% детей из этой группы были зарегистрированы аллергические реакции на пищевые продукты и/или медикаменты, вакцинацию. У 8% пациентов в анамнезе отмечены переохлаждение, укусы насекомых, глистная инвазия. У одного ребёнка (4%) причина развития заболевания не была установлена. У них отмечали наличие макуло-папулёзной сыпи, отёка коленного, голеностопного суставов, тошноту, рвоту, боли в животе схваткообразного характера. На ФГДС определили наличие сыпи на слизистой оболочке желудка. В картине крови: лейкоциты-25-30 тыс., нейтрофилы-8%, эозинофилы-6-8%, тромбоциты-360-480 тыс., СОЭ – 25-45 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 95 г/л, альбумин-20 г/л, увеличение альфа-2, бета - и гамма глобулинов, увеличение IgE- до 302 МЕ/мл, СРБ – 30-35 мг/л. Коагулограмма-фибриноген-399-544 г/л, фибрин – 22-26 сек. Общий анализ мочи: лейкоциты- 10-12 в п/зр. У детей третьей группы отмечался почечный синдром в виде мочевого (протеинурия, гематурия, цилиндрурия), отёчного синдромов, а также артериальная гипертензия (А/Д 140/90 мм. рт.ст. и выше). На УЗИ почек определили утолщение паренхимы почек и повышенную эхогенность коркового слоя.

Вывод. Таким образом, тяжесть геморрагического васкулита у детей варьирует от лёгкой до тяжёлой степени и зависит от интенсивности кожного, абдоминального и почечного синдромов, что требует комплексной клиничко-лабораторной оценки. Своевременная оценка степени тяжести геморрагического васкулита у детей позволяет определить тактику лечения и снизить риск развития почечных и желудочно-кишечных осложнений.

Ахрорзода М.А., Султонбеков Н.С., Содикзода А.М.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЁННОГО

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н, доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Представить клинический случай сепсиса у новорожденного.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделение неонатологии ГУ НМЦ ЧТ "ШИФОБАХШ", была пациентка 5 дней, которой было проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования

ния: гемограмма, биохимический анализ крови, микробиологическая диагностика (посев крови, зева, кала), рентгенография грудной клетки, нейросонография сосудов головного мозга, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Из анамнеза: ребёнок от 6-й беременности 6-х родов (4 и 5 ребенок умерли в возрасте 2-3 мес. от сепсиса), родился с весом 3500 гр. Оценка по шкале Апгар 8/9. Беременность протекала на фоне ОРВИ, токсокоз, грипп в 1 триместре, было обострение хронического пиелонефрита; роды срочные, самостоятельные. Ребёнок госпитализирован в возрасте 5-ти дней с признаками дыхательной недостаточности. Оказана респираторная поддержка, выполнена рентгенография органов грудной клетки и выставлен диагноз «Очаговая пневмония справа, острое течения» и начата антибактериальная терапия.

Объективно: общее состояние больного тяжёлое. Реакция на осмотр слабая. Кожные покровы бледные, наблюдается синюшность носогубного треугольника. Гипотония, гипорефлексия, раздражённый плач, умеренная гиперестезия. Дыхания через нос свободное. Гипертермический синдром сохраняется (t-38-39). Аускультативно в лёгких выслушивается жёсткое дыхание с мелкопузырчатыми хрипами. ЧДД: 60-68. ЧСС: 145-150. При обследовании на третьи сутки выявлен: лейкоцитоз до 21 тыс.мкл, повышение содержания С-реактивного белка до 180 мг/л, прокальцитонина до 24,88 нг/мл. При бак.посеве крови высеен – *st.aureus*. СОЭ – 30мл/с. Бак.посев из зева – *st.aureus* + *Candida*. ИФА - RW, ВНМО, гепатиты – отрицательные. Пневмоцистоз IgM 1:100. ПЦР -SARS COV-2, грипп типа А и Б отрицательные. Общий анализ мочи: лейкоциты – 27-30, белок - 0.066%. Бак.посев кала – *E coli*, *Ent.fecalis* + *Candida*. УЗИ внутренних органов: грыжевое выпячивание правого яичника. Нейросонография показала признаки минерализирующей стриялентикюлярной ангиопатии (последствия ВУИ). Диффузное гипоксическое изменение паренхимы головного мозга.

Выводы. Таким образом, характерной особенностью данного клинического случая является раннее начало проявлений болезни на фоне удовлетворительного состояния ребёнка с оценкой по шкале Апгар 8/9, имеющего высокие факторы риска из акушерского анамнеза матери. Это побуждает высокой настороженностью относиться к новорожденным с минимальными клиническими проявлениями заболевания и стремиться к ранней постановке правильного диагноза сепсиса у новорождённых детей.

Ашурова Ш.О.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ СЕПСИСЕ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Термезский филиал Ташкентской государственной медицинской унтерситет. Узбекистан
Научный руководитель: Нарзуллаева Г.К.

Цель исследования. Оценка влияния профилактического лечения ГК на риск развития СПН, с учетом перинатальных факторов риска его развития.

Материал и методы. Выполнен повторный анализ данных исследования PREMILOC для изучения перинатальных факторов, влияющих на частоту новых случаев СПН, развивающегося после 3-го дня от исходного уровня, а также потенциального влияния профилактического лечения ГК. Использовали 3 различные статистические модели (Пуассона, регрессия Кокса, конкурирующие риски) для проверки влияния ГК на возникновение СПН. СПН был зарегистрирован у 64 (24%) из 264 новорожденных в группе плацебо и у 77 (30%) из 255 новорожденных в группе ГК соответственно ($p=0,12$). Отмечено снижение риска развития СПН с увеличением гестационного возраста (p)

Результаты исследования. У новорожденных, перенесших перинатальную асфиксию, отмечена тенденция к повышению риска развития СПН ($p=0,065$). После поправки на эти коварианты обнаружена незначимая связь между лечением ГК и риском развития СПН [относительный риск 1,041 (95% ДИ 0,738–1,471), $p=0,817$]. Анализ конкурирующего риска выживаемости подтвердил отсутствие значимого влияния ГК на СПН [отношение рисков 1,105 (95% ДИ 0,787–1,552), $p=0,560$] и показал значимое снижение риска смерти от конкурирующих причин благодаря лечению [отношение рисков 0,427 (95% ДИ 0,259–0,707), $p<0,001$].

Вывод. Более низкий риск развития СПН наблюдали при более высоком сроке беременности при рождении, вагинальных родах и, неожиданно, при дополнительном применении глюкокортикоидов после 10-го дня. Сравнительный анализ выживаемости Файна и Грея позволяет предположить, что профилактическое применение ГК снижает смертность без значимого влияния лечения на риск развития сепсиса с поздним началом

Ашурова Н.П., Муродов Г.З., Гиёсов А.А.

РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить профиль артериального давления и пульса у детей с хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов суточного мониторингирования артериального давления (АД) и пульса 40 детей школьного возраста с подтвержденным диагнозом хронический пиелонефрит (хПН) в стадии ремиссии. Критериями для анализа послужили: систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС), средние показатели АД (СрАД). В I группу вошли 20 больных без патологии почек, во II группу - 20 больных с хПН в стадии ремиссии (не менее 6 месяцев). Длительность заболевания хПН составила $3,9 \pm 0,7$ лет.

Результаты исследования. Сравнительный анализ результатов САД, ДАД, СрАД и ЧСС в обеих группах, где был подтвержден диагноз хПН несмотря на различия оставался в диапазоне 5-90 перцентилей. Сравнительный анализ суточных исследуемых параметров в группах сравнения показал, что САД, ДАД и СрАД во II группе превосходили результаты, зарегистрированные в I группе. ЧСС во II группе, также превосходила показатели I группы. Полученные результаты свидетельствовали об изменении гемодинамических показателей и тенденции к перегрузке органов кровообращения на фоне хПН, которые сохраняются также во время ремиссии. Сравнение показателей САД и ДАД в разное время суток показало увеличение этих показателей во II группе, по сравнению с I группой. В отличие от этого, ЧСС в I группе была меньше, чем во II-ой, где на фоне хПН, несмотря на отсутствие активного воспалительного процесса, отмечалось снижение адаптивных ресурсов кровообращения на системном уровне. На фоне увеличения активности организма в дневное время, на фоне хПН отмечалась тенденция к более выраженному увеличению гемодинамических показателей, что свидетельствовало о более высоком риске развития артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. Результаты суточного мониторинга АД, зарегистрированные в ночное время, на фоне минимальной активности и уменьшения воздействия внешних раздражителей показали, что в I группе отмечалось выраженное снижение показателей САД, ДАД и ЧСС, по сравнению с суточными и дневными показателями. Во II группе, несмотря на то, что показатели САД, ДАД и ЧСС различались в дневное и ночное время, результаты в ночное время были меньше, чем суточные показатели, что свидетельствовало о снижении компенсаторно-восстановительных способностях органов кровообращения. Сравнительный анализ результатов САД, ДАД и ЧСС в группах сравнения показал, что данные во II группе превосходили показатели в I группе, что подтверждало негативное влияние хПН на восстановительные способности гемодинамики даже при отсутствии активности патологического процесса.

Выводы. Более высокие показатели суточного САД, ДАД, СрАД и ЧСС и их различия в дневное и ночное время, а также выявление эпизодов нестабильного АД с тенденцией к дисфункции нормального суточного профиля АД, даже при хПН диктуют о необходимости применения суточного мониторинга АД с целью выявления и прогнозирования риска развития артериальной гипертензии у больных в будущем.

Баженова М.А., Алиханова К.Н.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗА 2019–2025 ГГ.

Кафедра профилактики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России
Научный руководитель – к.м.н., доцент Богданьянц М.В.

Цель исследования. Оценить динамику и структуру патологий опорно-двигательного аппарата, ассоциированных с ожирением, у детей и подростков в Российской Федерации на основе анализа статистических данных профилактических осмотров за период 2019–2025 гг.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ официальных публикуемых данных государственной статистической отчетности (формы №31 и №12). Рассматривался возрастной диапазон детей от 5 до 17 лет включительно за период с 2019 по 2025 годы. Анализировались сведения о детях с установленным диагнозом «ожирение» (код Е66) и выявленными сопутствующими патологиями костно-мышечной системы из открытых источников официальной статистики органов исполнительной власти субъектов РФ и Федеральной службы государственной статистики.

Результаты исследования. За исследуемый период отмечена устойчивая тенденция к росту числа детей с избыточной массой тела: распространенность ожирения среди несовершеннолетних выросла в 1,4 раза. Одновременно с этим зафиксировано увеличение доли ортопедической патологии в структуре заболеваний детей с ожирением. Если в 2019 году нарушения ОДА выявлялись у 32% детей с ожирением, то к 2025 году этот показатель достиг 44%. Структура патологии ОДА у детей с ожирением характеризовалась преобладанием деформаций нижних конечностей и статических деформаций стопы. Плоскостопие (продольное и поперечное) диагностировалось наиболее часто — у 38% детей с ожирением, прошедших осмотр. На втором месте по распространенности находились вальгусная деформация коленных суставов (*genu valgum*) и нарушения осанки в сагиттальной плоскости (усиление поясничного лордоза), выявленные у 31% обследованных. При анализе обращаемости выявлен резкий скачок числа впервые установленных диагнозов, связанных с поражением эпифизов (эпифизеолиз головки бедренной кости, болезнь Шлаттера), в возрастной группе 12–16 лет. Пик обращаемости к ортопедам-травматологам по поводу болей в спине и суставах у подростков с ожирением пришелся на 2024–2025 гг., превысив показатели 2019 года на 52%. Это может быть связано как с истинным утяжелением патологии, так и с введением расширенных протоколов диспансеризации эндокринных больных. Воспалительные процессы и дегенеративные изменения (ранние остеоартрозы коленных и тазобедренных суставов) стали чаще диагностироваться у юношей и девушек 15–17 лет с морбидным ожирением: рост числа таких случаев составил +22% за пять лет. Кроме того, у детей с ожирением в 2 раза чаще регистрировались переломы костей конечностей, полученные при минимальной травме, что указывает на снижение минеральной плотности костной ткани.

Выводы. Ожирение является прямым патогенетическим фактором развития тяжелых деформаций скелета и ранней инвалидизации подростков. Рост сопутствующих заболеваний ОДА требует изменения подходов к диспансерному наблюдению детей с ожирением. Необходимо усиление профилактической работы, направленной на коррекцию веса для предотвращения необратимых изменений скелета и сохранения качества жизни подрастающего поколения.

ГОРОДСКАЯ И СЕЛЬСКАЯ СРЕДА КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Кобилова Б.Х.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ распространенности ожирения среди населения городских и сельских территорий и определить возможные факторы, влияющие на различия в показателях.

Материал и методы. Анализ проводился на основании данных эпидемиологических исследований, опубликованных в международных научных журналах и отчетах Всемирной организации здравоохранения. В исследования включались показатели индекса массы тела (ИМТ), рассчитанного как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м²). Ожирение диагностировалось при значении ИМТ ≥ 30 кг/м² у взрослых. Для анализа также учитывались факторы образа жизни, включая уровень физической активности, особенности питания и социально-экономические условия.

Результаты исследования. Ожирение рассматривается как одно из наиболее значимых неинфекционных заболеваний XXI века и является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, метаболического синдрома и ряда других хронических патологий. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние десятилетия распространенность ожирения значительно увеличилась во всех регионах мира. При этом наблюдаются выраженные различия в частоте избыточной массы тела между населением городских и сельских территорий. Условия проживания, уровень физической активности, характер питания и социально-экономические факторы могут существенно влиять на риск формирования ожирения.

Сравнительный анализ показывает, что в большинстве стран распространенность ожирения выше среди городского населения. Это может быть связано с более низким уровнем физической активности, преобладанием малоподвижного образа жизни и большей доступностью высококалорийных продуктов питания. Урбанизация сопровождается изменением структуры питания: увеличением потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и рафинированных углеводов.

В то же время ряд современных исследований демонстрирует постепенное увеличение распространенности ожирения и в сельских районах. Это связывают с изменением традиционного образа жизни, снижением физической нагрузки и распространением индустриально произведенных продуктов питания. По данным глобального анализа, опубликованного в журнале *Nature*, за последние десятилетия рост ожирения в сельских регионах многих стран происходит даже быстрее, чем в городах.

Кроме того, важную роль играют социально-экономические факторы. В городах ожирение чаще встречается среди групп населения с более низким уровнем дохода и образования. В сельской местности дополнительным фактором может быть ограниченный доступ к медицинской помощи и профилактическим программам.

Выводы. Распространенность ожирения демонстрирует значительные различия между городскими и сельскими территориями, однако эти различия постепенно уменьшаются. Урбанизация, изменение структуры питания и снижение физической активности способствуют росту распространенности ожирения как в городах, так и в сельских районах. Полученные данные подчеркивают необходимость разработки комплексных профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни и рационального питания среди населения независимо от места проживания.

Баходуров Н.Д., Насриддинова Н.Н., Наврузкулова Ш.Ф.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – Алишера Н.А.

Цель исследования. Изучить клинические проявления, лабораторные показатели и особенности течения идиопатической крапивницы у детей, а также определить диагностические подходы при отсутствии установленного триггера.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 48 случаев крапивницы у детей в возрасте от 3 до 15 лет, наблюдавшихся в амбулаторных условиях. В исследование включались пациенты с рецидивирующими уртикарными высыпаниями продолжительностью более 6 недель при отсутствии выявленного этиологического фактора. Обследование включало сбор анамнеза, оценку триггерных факторов, физикальное обследование, общий анализ крови, определение уровня общего IgE, С-реактивного белка, обследование на паразитарные инфекции и оценку функции щитовидной железы. Проводился анализ частоты сопутствующих аллергических заболеваний.

Результаты исследования. У большинства детей (72%) отмечались ежедневно или почти ежедневно возникающие волдыри с выраженным зудом, преимущественно на туловище и конечностях. У 35% пациентов эпизоды сопровождалась ангиоотекотом. Связи с приемом пищевых продуктов, лекарственных средств или инфекционными агентами достоверно установлено не было. Лабораторные показатели в большинстве случаев оставались в пределах возрастной нормы; умеренное повышение общего IgE выявлено у 29% пациентов, однако клинической корреляции с тяжестью заболевания не отмечено. У 12% детей обнаружены признаки сопутствующего аутоиммунного процесса (антитела к тиреоидной пероксидазе без клинических проявлений гипо-

тиреоза). Средняя продолжительность заболевания составила 8,5 месяцев. На фоне терапии антигистаминными препаратами второго поколения достигался частичный или полный контроль симптомов у 81% пациентов.

Выводы. Идиопатическая крапивница у детей характеризуется рецидивирующим течением при отсутствии установленного триггера и, как правило, минимальными лабораторными изменениями. Заболевание преимущественно имеет доброкачественный характер, однако может существенно снижать качество жизни вследствие выраженного зуда и рецидивов. Диагностика основывается на клинических критериях и исключении иных причин уртикарных высыпаний. Рациональная противогистаминная терапия позволяет достичь контроля симптомов у большинства пациентов. Необходимы дальнейшие исследования иммунологических механизмов заболевания для уточнения патогенетических подходов к лечению.

Бахтиёрова Р. М.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА М ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра: Аллергология, клиническая иммунология и микробиология.
«Ташкентский государственный медицинский университет». Узбекистан.
Научный руководитель: Юсупова. М. А.

Цель исследования. Оценить диагностическое и патогенетическое значение Иммуноглобулин М как раннего маркера иммунного ответа при пищевой аллергии.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов с клиническими проявлениями пищевой аллергии в возрасте от 3 до 16 лет и 30 практически здоровых лиц контрольной группы. Диагноз устанавливался на основании анамнестических данных, клинических проявлений и результатов аллергологического обследования. Определение уровня Иммуноглобулин М и Иммуноглобулин Е в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа (ELISA). Статистическая обработка данных выполнялась с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования. У пациентов с пищевой аллергией отмечалось статистически значимое повышение уровня Иммуноглобулин М по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Средний показатель IgM у обследованных пациентов составил $1,8 \pm 0,3$ г/л, тогда как в контрольной группе — $1,2 \pm 0,2$ г/л. Кроме того, у большинства пациентов выявлялось повышение уровня Иммуноглобулин Е, что подтверждало наличие IgE-опосредованного механизма аллергической реакции. Повышение IgM чаще наблюдалось на ранних этапах заболевания и отражало первичную активацию гуморального иммунного ответа на пищевые антигены. Полученные результаты свидетельствуют о том, что Иммуноглобулин М может участвовать в ранних этапах иммунологической реакции на пищевые аллергены. Повышение его уровня отражает активацию В-клеточного звена иммунитета и формирование первичного антительного ответа. В дальнейшем при повторном контакте с аллергеном иммунный ответ может трансформироваться в IgE-опосредованный механизм с развитием типичных клинических проявлений пищевой аллергии.

Выводы. Определение уровня Иммуноглобулин М может иметь дополнительное значение для оценки ранних этапов иммунного ответа при пищевой аллергии. Комплексное исследование иммуноглобулинов, включая Иммуноглобулин Е, способствует более глубокому пониманию механизмов сенсибилизации и может использоваться в научных исследованиях, направленных на совершенствование диагностики аллергических заболеваний.

Валиханова М.Б.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья, Узбекистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Ахмедова Е.А.

Цель исследования. Оценить эффективность профилактических программ у часто болеющих детей раннего возраста в условиях учреждений первичного звена и определить их влияние на частоту острых респираторных заболеваний, длительность эпизодов болезни и показатели физического развития.

Материал и методы. Обследовано 124 ребенка раннего возраста от 1 года до 3 лет, относящихся к группе часто болеющих детей. Основную группу составили 78 детей, у которых в условиях первичного звена здравоохранения была внедрена комплексная профилактическая программа, включавшая обучение родителей, рационализацию питания, коррекцию режима дня, санацию очагов хронической инфекции, профилактику железодефицитных состояний, витаминотерапию, мероприятия по повышению неспецифической резистентности организма и динамическое диспансерное наблюдение. Группу сравнения составили 46 детей, получавших стандартное наблюдение в поликлинике. Оценивались частота эпизодов острых респираторных заболеваний в течение 12 месяцев, средняя продолжительность одного эпизода, число осложненных форм, частота госпитализаций, показатели физического развития и посещаемость профилактических осмотров. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием общепринятых методов вариационной статистики; различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что внедрение комплексной профилактической программы в учреждениях первичного звена сопровождалось достоверным снижением заболеваемости у часто болеющих детей раннего возраста. Среднее число эпизодов острых респираторных заболеваний за 12 месяцев в основной группе уменьшилось с $8,4 \pm 0,3$ до $5,1 \pm 0,2$ случаев в год, то есть на 39,3%, тогда как в группе сравнения — с $8,1 \pm 0,4$ до $6,9 \pm 0,3$ случаев, или на 14,8% ($p < 0,01$). Средняя продолжительность одного эпизода заболевания в

основной группе сократилась с $9,6 \pm 0,5$ до $6,8 \pm 0,3$ дня, в группе сравнения — с $9,4 \pm 0,4$ до $8,2 \pm 0,4$ дня ($p < 0,05$). Частота осложненных форм острых респираторных инфекций в основной группе снизилась с 34,6% до 17,9%, тогда как в группе сравнения — с 32,6% до 26,1%. Количество госпитализаций по поводу респираторной патологии уменьшилось в основной группе в 2,1 раза, в группе сравнения — в 1,2 раза. Положительная динамика отмечена и по показателям физического развития: доля детей с гармоничным физическим развитием в основной группе увеличилась с 61,5% до 78,2%, тогда как в группе сравнения — с 63,0% до 68,4%. Регулярность профилактических осмотров в основной группе достигла 92,3%, в группе сравнения составила 71,7%. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комплексного профилактического подхода в условиях первичного звена.

Выводы. Комплексные профилактические программы у часто болеющих детей раннего возраста, реализуемые в учреждениях первичного звена, обладают высокой медико-социальной эффективностью. Их применение способствует снижению частоты и продолжительности острых респираторных заболеваний, уменьшению числа осложнений и госпитализаций, а также улучшению показателей физического развития детей. Полученные результаты подтверждают целесообразность широкого внедрения профилактических программ в практику первичного звена здравоохранения для оптимизации наблюдения и оздоровления часто болеющих детей раннего возраста.

Гасанлы Л.С., Эфендиева М.З., Алиева А.М.

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Научно-исследовательский институт педиатрии им. К. Ю. Фараджовой, Азербайджан
Научный руководитель-к.м.н. доц. Полухова А.А.

Цель исследования. Определить диагностические и прогностические критерии сепсиса на основе биохимических показателей у недоношенных детей.

Материалы и методы. В обследование были включены 35 недоношенных детей с гестационным возрастом от 2 дней до 1 месяца, 26-36 недель, массой тела 1200-2200 г. Контрольную группу составили 20 условно здоровых младенцев. Определяли уровни общего белка, альбумина, креатинина, ферритина, С-реактивного белка и лактата в сыворотке крови. Обследования проводили на ранней стадии сепсиса и повторяли в динамике.

Результаты исследования. Результаты исследования выявили различные изменения биохимических маркеров, определяемых у младенцев с сепсисом, и соответствующих показателей контрольной группы при сравнительном анализе. Так, у младенцев с сепсисом уровень общего белка и альбумина в сыворотке крови был значительно ниже ($p < 0,05$), а количество креатинина — значительно больше (в 3 раза) $3,5 \pm 0,06$ г/л. У младенцев с сепсисом уровень С-РБ и ферритина в сыворотке крови был значительно повышен до 54-210 мг%, $67,5 \pm 2,1$ мкг/л соответственно. На фоне стабилизации общего состояния пациентов с сепсисом отмечалось уменьшением количества креатинина, С-реактивного белка и ферритина. Однако уровень общего белка и альбумина в динамике продолжало снижаться и составило 1,54 г/дл и 0,96 г/гл соответственно. Именно в этой группе младенцев со временем развилась полиорганная недостаточность, летальный исход наступил у 4-х пациентов с гестационным возрастом 28-32 недели.

Выводы. Таким образом, подтверждается связь метаболических нарушений, возникающих во время сепсиса, с системной воспалительной реакцией и их роль в развитии полиорганной недостаточности. Гипопротеинемия и гипоальбуминемия могут рассматриваться как информативные предикторы неблагоприятного течения сепсиса у недоношенных детей.

Гойбова Д., Азимова Ш.З.

ПНЕВМОНИЯИ МИКОПЛАЗМЌ ДАР КЌДАКОН: ХУСУСИЯТЌОИ КЛИНИКЌ ВА ЧАНБАЌОИ ТАШХИСЌ

Кафедраи бемориhoи кўдакoнаи №1 ба номи профессор Аминов Ҳ.Дж.,
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалї ибни Сино», Тоҷикистон.
Роҳбари илмї – н.и.т., дотсент Бадалова З.А.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталии пневмонияи микоплазмӣ дар кўдакон ва арзёбии мушкilotи ташхисӣ дар марҳилаҳои ибтидоии беморӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи 52 ҳолати пневмония дар кўдакони синни 5–15 сола гузаронида шуд, ки дар онҳо сирояти *Mycoplasma pneumoniae* бо усулҳои серологӣ (IgM) ё ПТР тасдиқ гардида буд. Ба ҳамаи беморон ҷамъовари анамнез, муоинаи клиникӣ, таҳлили умумии хун, муайян намудани С-реактиви сафеда (CRP), инчунин рентгенографияи қафаси сина ва пульсоксиметрия анҷом дода шуд. Натиҷаҳо бо истифода аз таҳлили муқоисавӣ арзёбӣ гардидаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Оғози беморӣ дар аксари ҳолатҳо тадриҷӣ буда, бо сулфаи хушк ва давомнок, таби субфебрилӣ ё мўътадил ($37,5-38,5^{\circ}\text{C}$), заъф ва дарди сар зохир мегардид. Дар 64% кўдакон сулфа зиёда аз 7 рӯз идома ёфта, хусусияти пароксизмалӣ дошт. Ҳангоми муоинаи нишонаҳои аускултатсионӣ аксаран камизҳор буда, ба дараҷаи тағйироти рентгенологӣ мутобиқат намекарданд. Дар рентгенографияи инфилтратсияи байниалвеоларӣ ё сегменталӣ мушоҳида шуд. Дар таҳлили умумии хун лейкоцитоз одатан сабук ё набуда, баландшавии мўътадили CRP қайд гардид. Сатҳи SpO_2 дар аксари беморон дар ҳудуди меъёр нигоҳ дошта мешуд.

Терапияи доруҳои гурӯҳи макролидҳо боиси беҳбудии клиникӣ дар 3–5 рӯзи аввал гардид. Дар ҳолатҳои таъхири ташҳис давомнокии сулфа ва синдроми астеникӣ зиёдтар мушоҳида шуд.

Хулосаҳо. Пневмонияи микоплазмӣ дар кӯдакон бо огози тадриҷӣ ва нишонаҳои клиникии нисбатан сабук, вале бо тағйироти назарраси рентгенологӣ тавсиф мегардад. Номувофикати байни тасвири аускултатсионӣ ва маълумоти рентгенӣ метавонад боиси таъхири ташҳис гардад. Тасдиқи этиологии сироят ва таъини саривактини терапияи макролидӣ аҳамияти калидӣ дошта, ба кам намудани давомнокии беморӣ ва пешгирии ҳоратҳо мусоидат менамояд.

Давлатова Дж. Дж.

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У РЕБЁНКА 6 ЛЕТ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хотамова М.Н.

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай развития квашиоркора у ребёнка на фоне длительной пищевой аллергии и проанализировать причины и меры коррекции данного состояния.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни 6-летнего мальчика, страдающего поливалентной пищевой аллергией с раннего возраста. Оценивались анамнез питания, клинические проявления, лабораторные показатели (белковый профиль, гемоглобин, микроэлементы, иммуноглобулин Е и др.) и проводилась коррекция питания. Диагноз тяжелой БЭН устанавливался на основании клинических данных (отёчный синдром, дерматологические изменения, гипотрофия) и биохимических показателей крови.

Результаты исследования. При изучении анамнеза, ребёнок с первых месяцев жизни страдал атопическим дерматитом. У него выявлена аллергия на белок коровьего молока, куриное яйцо, говядину, куриное мясо, овёс и др. В связи с этим мальчик длительно находился на строгой элиминационной диете с исключением основных белковых компонентов питания. К 6 годам отмечалось значительное отставание в физическом развитии (дефицит массы тела и роста). Клинически определялись периферические отёки стопы, вздутие живота, гиперпигментированные и шелушащиеся участки кожи – симптомы, характерные для Квашиоркора. Лабораторно обнаружены выраженные гипопроteinемия и гипоальбуминемия, а также полидефицитная анемия и снижение других микроэлементов, что подтверждало тяжёлый нутритивный дефицит. Был поставлен диагноз: «Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени на фоне поливалентной пищевой аллергии». Немедленно начата интенсивная нутритивная поддержка – введена лечебная высокобелковая смесь на основе аминокислот и постепенно расширен рацион. Уже через 2 недели отмечена положительная динамика: уменьшились отёки, появился аппетит и началась прибавка массы (~0,2 кг), улучшилось состояние кожи. К моменту выписки уровень альбумина и гемоглобина повысился до границ нормы. Ребёнок выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжать высококалорийное гипоаллергенное питание и находиться под наблюдением.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует, что у детей с множественной пищевой аллергией строгая элиминационная диета без должного контроля может привести к жизнеугрожающей мальнутриции. Для профилактики подобных осложнений необходим мультидисциплинарный подход: регулярное наблюдение педиатра, аллерголога и нутрициолога, тщательный мониторинг физического развития и рациона с использованием специализированных питательных смесей. Обоснованность и сбалансированность диетотерапии при аллергии должны пересматриваться по мере роста ребёнка, чтобы предотвратить тяжёлые нутритивные нарушения.

Давлатова Дж. Дж.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО АРТРОГРИПОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бадалова З.А.

Цель исследования. Оценить клинические особенности дистального артрогрипоза у ребёнка грудного возраста и значение своевременной диагностики заболевания.

Материал и методы. Артрогрипоз относится к редким врождённым заболеваниям опорно-двигательного аппарата, характеризующимся множественными врождёнными контрактурами суставов вследствие внутриутробного ограничения двигательной активности плода. Дистальный артрогрипоз является одной из форм заболевания и преимущественно поражает суставы кистей и стоп. В работе представлено клиническое наблюдение ребёнка 3 месяцев с дистальным артрогрипозом, поступивший в отделение соматики МК «Истиклол». Было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование, включая анализ данных беременности и пренатального ультразвукового скрининга.

Результаты исследования. Ребёнок 3 месяцев был осмотрен в связи с врождёнными деформациями кистей и стоп и выраженным ограничением активных движений в дистальных отделах конечностей. Из анамнеза установлено, что во время беременности проводились плановые ультразвуковые скрининги по месту жительства, однако врождённая патология опорно-двигательного аппарата выявлена не была и специфического консультирования семьи не проводилось. Роды срочные, ребёнок родился доношенным. Сразу после рождения были выявлены выраженные контрактуры пальцев кистей, деформации стоп по типу эквиноварусной установки, ограничение движений в дистальных суставах. При объективном осмотре отмечались сгибательные кон-

трактуры пальцев кистей, ульнарная девиация, деформация стоп, при сохранённом мышечном тонусе проксимальных отделов конечностей. Неврологический статус без признаков поражения центральной нервной системы был подтверждён при нейросонографии. На основании клинико-анамнестических данных был установлен диагноз: дистальный артрогрипоз, врождённая форма.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует не только медицинские, но и значимые социальные аспекты проблемы дистального артрогрипоза. Дистальный артрогрипоз при раннем начале реабилитационных мероприятий имеет относительно благоприятный функциональный прогноз, что подчёркивает важность ранней диагностики, мультидисциплинарного подхода и непрерывного наблюдения таких пациентов.

Давлатова С.А., Начмиддинова Д.Ч., Валиев М.Н.

ИХТИЛОЛИ СПЕКТРИ АУТИЗМ ДАР КЌДАКОН: ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ҶАНБАҲОИ ТАШХИСИ БАРВАҚӢ

Кафедраи бемориҳои кўдакони №1 ба номи профессор Аминов Ҳ.Дж., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – Азимова Ш.З.

Ҳадафи таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва омилҳои ташҳиси барвақтии ихтилоли спектри аутизм (ИСА) дар кўдакони синни барвақт ва арзёбии аҳамияти скрининги рушд.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили клиникии 36 кўдак (синни 2–6 сола), ки бо гумони ИСА ба маркази машваратии рушд муроҷиат намудаанд, гузаронида шуд. Ба ҳамаи кўдакон арзёбии анамнези перинаталӣ, сатҳи инкишофи нутқ ва малакаҳои иҷтимоӣ, муоинаи неврологӣ ва равоношиносӣ анҷом дода шуд. Барои скрининг ва тасдиқи ташҳис шкалаҳои стандартӣ арзёбии рушд ва рафтор истифода гардиданд. Натиҷаҳо бо усули таҳлили муқоисавӣ ҷамъбаст карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар аксари кўдакон (78%) таъҳири инкишофи нутқ ва камбудии муоширати иҷтимоӣ мушоҳида гардид. Аломатҳои хоси рафтори стереотипӣ ва манфиатҳои маҳдуд дар 64% ҳолатҳо қайд шуданд. Дар 41% кўдакон анамнези перинаталӣ бо омилҳои хавф (гипоксия, таваллуди бармаҳал) мушоҳида гардид. Муоинаи неврологӣ дар бештари ҳолатҳо тағйироти органикӣ дақиқро ошкор накард, аммо нишонаҳои дисфунксияи сабуки марказии асаб қайд шуданд. Ташҳиси барвақтӣ (то синни 3 солагӣ) дар ҳолатҳои имконпазир гардид, ки волидон ба тағйироти рафтор ва таъҳири нутқ сари вақт диққат дода, барои машварат муроҷиат намудаанд.

Хулосаҳо. Ихтилоли спектри аутизм бо ихтилоли муоширати иҷтимоӣ, таъҳири нутқ ва рафтори стереотипӣ тавсиф мешавад. Ташҳиси барвақтӣ барои оғоз намудани барномаҳои ислоҳӣ ва педагогии инфиродӣ аҳамияти калидӣ дорад. Ҷорӣ намудани барномаҳои скрининги рушд дар сатҳи кўмаки аввалияи тиббӣ метавонад ба ошкорсозии саривақтии ИСА ва беҳтар намудани мутобиқшавии иҷтимоии кўдакон мусоидат намояд.

Дусматов Д.Ш., Алихонова М.Ш.

ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИ- И ИНТРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузиева Н.К.

Цель исследования. Изучить прогноз развития новорожденных детей с пери- и интравентрикулярными кровоизлияниями.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 150 детей с гестационным возрастом 30–32 нед., родившихся с острым нарушением мозгового кровообращения которым осуществлен кратко-, средне- и долгосрочный прогноз. У 80 новорожденных имелись пери- и интравентрикулярные кровоизлияния III степени тяжести (1-я группа), у 70 детей — IV степени тяжести (2-я группа). В период новорожденности у всех детей наряду с клиническим и лабораторным обследованием применялись методики нейровизуализации (нейросонография) и ЭЭГ. Катамнез детей осуществлялся в возрасте 3, 6, 9, 12 и 24 мес., 3 и 5 лет. Период исследования был от 2020 по 2023 года, в детском отделении Дангаринской ЦРБ. Методы исследования включали сбор анамнестических данных из стационарной карты, жалоб, физикальное обследование, лабораторно-инструментальные методы.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенного исследования показал, что кровоизлияниях 3 степени ранняя неонатальная летальность составила 8 %; прогрессирующая гидроцефалия, требующая нейрохирургического вмешательства, отмечалась у 20% детей. У детей 2-й группы данные показатели составили 50 и 70 % соответственно. К 12 мес жизни у 65 % 1-й и 80 % детей 2-й группы имели место выраженные, стойкие и резистентные к лечению психоневрологические нарушения (ДЦП, задержка психоречевого развития, судорожный синдром, гидроцефалия). В возрасте 3–5 лет 19% детей 1-й и 27% детей 2-й группы были инвалидизированы (ДЦП, грубые когнитивные и поведенческие нарушения).

Выводы. Таким образом, анализ выявил, что краткосрочный прогноз у детей с пери- и интравентрикулярными кровоизлияниями неблагоприятен и связан с характером и тяжестью геморрагий. В то же время средне- и долгосрочный прогноз, являющийся также неблагоприятным, в значительной степени определяется наличием паренхиматозных изменений — перивентрикулярной лейкомаляцией и перивентрикулярным геморрагическим инфарктом.

Жахонгирова Ф.М.
НОВЫЕ МЕТОДЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ в педиатрии
Кафедра «Аллергология, клиническая иммунология, микробиология»
Ташкентский государственный медицинский университет, «ТГМУ». Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Хаджаева Д.Х.

Цель исследования. Целью исследования является оценка эффективности и клинической значимости новых методов диагностики антибиотикорезистентности в педиатрической практике для оптимизации и персонализации антибактериальной терапии у детей.

Материал и методы. Материалом исследования стали данные научных публикаций и обзоров по новым методам диагностики антибиотикорезистентности у детей, а также статистическая информация о распространённости устойчивых бактериальных штаммов в педиатрии. Это позволило обобщить существующий опыт и оценить эффективность современных технологий в клинической практике.

Результаты исследования. Анализ современных исследований показал, что новые методы диагностики антибиотикорезистентности в педиатрии значительно повышают скорость и точность выявления устойчивых бактериальных штаммов по сравнению с традиционными культуральными методами. В частности, молекулярно-генетические технологии, такие как ПЦР для обнаружения генов устойчивости, позволяют идентифицировать конкретные механизмы резистентности уже на ранних стадиях инфекции, что сокращает время ожидания результатов и повышает эффективность подбора антибактериальной терапии. MALDI-TOF-спектрометрия обеспечивает быструю идентификацию возбудителя на уровне вида, что важно для точного и своевременного назначения лечения, а автоматизированные системы определения чувствительности позволяют оперативно оценить спектр эффективных антибиотиков для конкретного штамма.

Вывод. Новые методы диагностики антибиотикорезистентности в педиатрии, такие как ПЦР, MALDI-TOF и автоматизированные системы определения чувствительности, позволяют быстрее и точнее выявлять устойчивые штаммы, обеспечивая раннее и целенаправленное назначение терапии. Их применение снижает риск нерационального использования антибиотиков, уменьшает вероятность формирования множественной лекарственной устойчивости и способствует улучшению клинических исходов у детей. Эти данные подтверждают необходимость внедрения современных технологий в педиатрическую практику для повышения эффективности лечения инфекций и контроля распространения резистентных микроорганизмов.

Жумаева Г.З.
ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра «Медицинская и биологическая химия»
Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского университета Термез, Узбекистан
Научный руководитель: Болтаева С.Дж.

Цель исследования. Оценить частоту выявления железодефицитной анемии у детей школьного возраста и определить её зависимость от пола, показателей физического развития и лабораторных показателей крови.

Материал и методы. Обследовано 50 детей в возрасте от 7 до 14 лет, из них 26 девочек и 24 мальчика. Всем детям проведён общий анализ крови с определением уровня гемоглобина. Дополнительно определялся уровень сывороточного ферритина, который отражает запасы железа в организме.

Нормальный уровень гемоглобина у детей данной возрастной группы составляет в среднем 120–140 г/л, а уровень ферритина — 15–150 нг/мл. Снижение данных показателей рассматривалось как возможный признак Железодефицитная анемия. Также проводилась оценка антропометрических показателей (рост, масса тела) и наличие клинических жалоб. Статистическая обработка данных выполнялась с вычислением процентных показателей.

Результаты исследования. В ходе исследования снижение уровня гемоглобина выявлено у 18 из 50 детей (36%). Среди них 11 девочек (61%) и 7 мальчиков (39%). В общей группе обследованных анемия диагностирована у 42% девочек (11 из 26) и у 29% мальчиков (7 из 24). Лёгкая степень анемии выявлена у 14 детей (28%), средняя степень — у 4 детей (8%). Средний уровень гемоглобина у детей с анемией составил $104 \pm 3,8$ г/л.

Снижение уровня сывороточного ферритина ниже 15 нг/мл обнаружено у 16 детей (32%), что свидетельствует о снижении запасов железа в организме. При этом у 89% детей с анемией также отмечалось снижение уровня ферритина. Клинические проявления анемии наблюдались у части обследованных детей: бледность кожных покровов — у 32%, повышенная утомляемость — у 38%, снижение массы тела — у 14%. У большинства детей также отмечалось снижение гематокрита и цветового показателя, что характерно для железодефицитной анемии.

Вывод. Полученные данные показывают, что железодефицитная анемия достаточно распространена среди детей школьного возраста и чаще встречается у девочек. Снижение гемоглобина в большинстве случаев сопровождается уменьшением уровня ферритина, что подтверждает дефицит железа как основную причину анемии. Это подчеркивает важность своевременной диагностики и профилактики железодефицитных состояний у детей.

СТЕПЕНЬ ДИСБАЛАНСА ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель- д. м. н. профессор Исмоилов К. И.

Цель исследования. Клинико-лабораторная оценка степени нарушения равновесия свертывающей системы крови у новорождённых детей с внутриутробной инфекцией (ВУИ).

Материал и методы. На базе Государственного учреждения Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» обследованы 105 новорождённых детей в возрасте от 5 до 28 дней, получавших стационарное лечение в отделении патологии новорождённых. Обследуемые нами больные в зависимости от тяжести состояния были разделены на 2 группы. Первую группу составили 62 (60,7%) новорождённых с тяжёлым течением ВУИ, а вторую группу - 40 (39,3%) детей с очень тяжёлым течением патологического процесса. Контрольная группа состояла из 30 относительно здоровых детей аналогичного возраста. Всем больным проводилась оценка клинических признаков ВУИ, кроме общеклинических исследований, также определялись маркёры на TORCH – инфекцию, показатели системы гемостаза.

Результаты исследования. Из 102 новорождённых, получавших лечение в отделении патологии новорождённых, 56 (55%) были в возрасте от 5 до 10 дней, 46 (45%) - от 11 до 28 дней жизни. Критериями исключения являлись больные с врожденными пороками развития, ранний неонатальный сепсис, наличие генетических заболеваний и патологии, связанные с хромосомными aberrациями.

При исследовании гемостатических показателей у детей 1 группы выявлена незначительная тенденция к увеличению показателей ВСК по Ли-Уайту ($9,4 \pm 1,0$), умеренная склонность к удлинению АЧТВ ($74,9 \pm 1,41$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($5,9 \pm 1,0$). Отмечалось незначительное снижение уровня фибрина ($9,7 \pm 2,1$) и фибриногена ($177,31 \pm 7,1$) по сравнению с этими же показателями у относительно здоровых новорождённых ($12,1 \pm 0,81$ $222,1 \pm 4,3$).

У детей второй группы с очень тяжёлой формой ЦМВИ отмечалась похожая картина, но с более высоким значением АЧТВ ($78,91 \pm 2,87$), удлинением ВСК по Ли-Уайту ($11,91 \pm 1,80$), по сравнению с данными коагулограммы условно здоровых новорождённых детей. Наиболее статистически значимые различия высоких значений ПВ ($p < 0,001$, $p < 0,001$), МНО ($p < 0,001$, $p < 0,001$), на фоне низких значений фибриногена соответственно отмечались у новорождённых данной группы по сравнению с данными группы контроля.

По результатам исследования системы гемостаза в обеих группах ВУИ часто протекало с генерализованным течением клиники, приводящее к тяжёлым нарушениям свертывания, наблюдалось истощение антикоагулянтных механизмов, повышение активности тромбоцитарного звена, укорочение ВСК крови и повышение уровня фибрина, включая увеличение АЧТВ, времени свёртывания крови по Ли-Уайту, фибриногена, протромбинового индекса и протромбинового времени. Одинаково регистрировалась гипокоагуляция и повышенный фибринолиз по мере снижения гестационного возраста, массы тела и присоединения вторичной инфекции.

Выводы. Полученные данные диктуют о необходимости проведения контроля гемостаза и профилактической антигеморрагической терапии в течение неонатального периода у детей с клиникой ВУИ.

Дисбаланс гемостаза напрямую коррелирует с тяжестью общего состояния больного и дыхательных расстройств, степенью гипоксии, полицитемии, развитием синдрома цитолиза.

В настоящее время в связи с распространенности внутриутробной инфекции среди новорождённых, с высоким процентом летальных исходов, инвалидизации необходимо уделять должное внимание профилактическим мерам, определению параметров коагуляционного и тромбоцитарного звеньев в зависимости от тяжести состояния больных. Это позволило бы провести своевременную терапию и предотвратить отдалённые осложнения.

Зайцева А.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И СКРИНИНГУ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богданьянц М.В.

Цель исследования. Оценить современные методы диагностики и скрининга СД1, выделить ключевые тенденции и предложить оптимальные подходы для ранней диагностики заболевания.

Материал и методы. Проанализированы научные публикации, клинические руководства и стандарты диагностики СД1, принятые в развитых странах мира. Изучены российские и зарубежные базы данных, касающиеся методов диагностики и скрининга, а также результаты крупномасштабных международных проектов по исследованию СД1. Акцент сделан на применении современных технологий и цифровых решений, которые могут существенно повлиять на эффективность диагностики и лечение СД1.

Результаты исследования. Серологические тестирование (определение аутоантител) занимают центральное место в диагностике СД1. Их используют для подтверждения аутоиммунного происхождения заболевания и выявления лиц с высоким риском развития СД1. Современные лаборатории определяют пять основных типов аутоантител к: глутаматдекарбоксилазе (GADA), тирозинфосфатазе (IA-2A), инсулину (IAA), транспортёру цинка 8 (ZnT8A), антиостровковые цитоплазматические антитела (ICA). Определённые комбинации этих антител позволяют точно установить степень риска развития СД1. Так, комбинация трех и

более положительных аутоантител считается предиктором высокой вероятности манифестации болезни в течение ближайших лет. Значительную роль в диагностике СД1 играет генетическое тестирование, направленное на идентификацию предрасположенности к заболеванию. Определённые гаплотипы главного комплекса гистосовместимости (HLA) значительно увеличивают риск развития СД1. Особенно важен здесь фактор DRB1*04/DQ8, который встречается у значительной части пациентов с СД1. Дополнительные генетические факторы, такие как мутации в генах CTLA-4, PTNP22 и FOXP3, также оказывают влияние на развитие заболевания. Авторы отмечают, что технология CGM (непрерывный мониторинг глюкозы) вошла в повседневную практику пациентов с СД1, предоставляя удобный и точный способ отслеживания динамики уровня глюкозы в крови. Эти данные помогают предупреждать острые осложнения, такие как диабетический кетоацидоз и гипогликемию. Прогрессивные радионуклидные методы визуализации (позитронно-эмиссионная томография, МРТ) получили применение и признание как важный инструмент для оценки функционального состояния β -клеток поджелудочной железы.

Применение цифровых технологий (автоматизированные системы диагностики) и искусственного интеллекта открывает новые горизонты в диагностике и управлении СД1. Интеграция данных из датчиков CGM и специальных приложений создаёт основу для персонализации лечения и предупреждения осложнений. Эти методы открывают перспективы для выявления раннего этапа заболевания и начала лечения.

Выводы. Современные научные исследования направлены на преодоление недостатков традиционных методов диагностики сахарного диабета 1-го типа. Внедрение новых технологий и подходов существенно повысило шансы на раннее выявление СД1. Оптимальным решением является интеграция перечисленных методов в единый диагностический алгоритм, включающий серологическое тестирование, генетический анализ, мониторинг уровня глюкозы и современные цифровые решения. Дальнейший вектор развития — это создание простых и удобных в использовании тестов, доступных для широкой аудитории, что обеспечит раннюю диагностику и предупредит развитие тяжёлых осложнений СД1.

Зиёва Ш.К., Нуралиева Г.М.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ПОДРОСТКА

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

Научный руководитель - зав кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Провести анализ клинического случая системной красной волчанки (СКВ).

Материал и методы. В исследование включён подросток 14 лет с СКВ с полиорганным поражением. Изучены жалобы, анамнез заболевания, объективные данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Проведены консультации узких специалистов (нефролог, стоматолог, невролог, гастроэнтеролог, гематолог).

Результаты исследования. Из анамнеза выяснилось, что заболевание началось около 2 месяцев назад. Отмечались повышение температуры, слабость, снижение аппетита, жжение и боли в ногах, в области живота, редкое мочеиспускание и головные боли. Пациентка ранее лечилась в пульмонологическом отделении по поводу пневмонии, но состояние не улучшилось. При поступлении состояние девочки тяжёлое, наблюдалась выраженная слабость, снижение аппетита, нарушение зрения. Объективно отмечались кровотечения из носа, волчаночный дерматит в виде «бабочки» на лице, мраморность кожных покровов, выраженные отёки лица, стоп и голеней, гиперемия кожи, трофический язвенный стоматит, заеды в углах рта, геморрагические высыпания на нижних конечностях и животе, ограничение движений. Симптом Пастернацкого был положительным с обеих сторон.

Лабораторные данные выявили нижеследующие изменения: в общем анализе крови эритроциты – $2,36 \times 10^{12}$ г/л, гемоглобин – 71 г/л, лейкоциты – $1,52 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 10×10^9 /л, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 33%, моноциты – 1%, резко увеличенная СОЭ – 70 мм/ч, СРБ – 163 мг/л. В биохимическом анализе крови: мочевина – 14-18 ммоль/л, креатинин – 153-360 мкмоль/л, фибрин – 7, фибриноген – 155,2 мг/дл, общий белок – 52,8 г/л, кальций – 1,93 ммоль/л, фосфор – 0,9 ммоль/л, АЛТ – 133,5 ед/л, АСТ – 121,3 ед/л, АЦЩП – 8 ед/мл. Антитела к ядерным антигенам – 4,53, волчаночный антикоагулянт – положительный. В общем анализе мочи: белок – 3,3 г/л, лейкоциты – 41 в п/зр., эритроциты – 150-160 в п/зр. Копрограмма без патологических изменений. На УЗИ органов брюшной полости выявлен асцит. На рентгенографии органов грудной клетки выявлена картина бронхита, без инфильтративных изменений. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 90 уд/мин., депрессия и инверсия зубца Т и сегмента ST. На ЭХОКГ: фракция выброса составляла 48%, гидроперикард, объём жидкости около 160 мл, миокардит. В костномозговом пунктате – бластов 4,2%. Пациентка получила комплексную терапию, включающую глюкокортикоиды, цитостатики, диуретики, антибиотики, а также симптоматическое лечение. Проведено переливание эритроцитарной массы. В дальнейшем была выполнена трансфузия свежзамороженной плазмы, после чего отмечалось кратковременное субъективное улучшение состояния пациентки. Однако в последующем произошло повторное ухудшение состояния в виде нарастания признаков острой почечной недостаточности (анурия и массивные отёки). Несмотря на проводимую интенсивную терапию состояние пациентки продолжало ухудшаться. Полиорганная недостаточность привела к летальному исходу. Диагноз: Системная красная волчанка, высокоактивное течение. Панкардит. Люпус-нефрит. Полисерозит. Волчаночный дерматит. Люпус-ретинопатия. Трофический язвенный стоматит. Анемия тяжёлой степени.

Вывод. Данный клинический случай демонстрирует крайне тяжёлое, фульминантное течение системной красной волчанки у подростка с быстрым развитием полиорганной недостаточности. Резкое нарастание креатинина, прогрессирование анурии и отсутствие эффекта от проводимой терапии свидетельствуют о высокой иммуновоспалительной активности заболевания и неблагоприятном прогнозе.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель — к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования: Изучить клинические особенности, диагностические критерии и эффективность антибактериальной терапии при инфекционном эндокардите у детей

Материал и методы: Под наблюдением находились 15 детей в возрасте от 7 до 17 лет с диагнозом инфекционного эндокардита, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении У Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Всем пациентам проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (СРБ), гемокультура, общий анализ мочи, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), рентгенография органов грудной клетки.

Результаты исследования. У пациентов уточнялись характер жалоб, длительность заболевания и наличие фоновой кардиальной патологии. Большинство детей поступали с жалобами на повышение температуры тела (100%), общую слабость (80%) утомляемость, снижение аппетита, потливость (90%), одышку при физической нагрузке (80%). Суставной синдром, кожные высыпания и признаки системных аутоиммунных заболеваний не выявлялись. При объективном осмотре отмечались бледность кожных покровов, тахикардия, приглушённость тонов сердца, наличие патологического сердечного шума. У части пациентов выявлялась гепатоспленомегалия. Признаков полиорганной недостаточности не наблюдалось. В общем анализе крови у всех пациентов выявлялись лейкоцитоз (от 11 до $18 \times 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ (от 30 до 65 мм/ч), умеренная анемия (у 6 детей). Повышение С-реактивного белка отмечено у 80 % пациентов. При бактериологическом исследовании крови наиболее часто выявлялись *Streptococcus viridans* и *Staphylococcus aureus*. Инструментальные исследования: ЭхоКГ выявляла наличие вегетаций на клапанах сердца у всех пациентов, преимущественно на митральном и аортальном клапанах, с признаками клапанной регургитации различной степени. Сократительная функция миокарда у большинства детей была сохранена. Всем пациентам проводилась этиотропная антибактериальная терапия с учётом чувствительности к возбудителю, а также дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. На фоне лечения у большинства детей отмечалось улучшение общего состояния, нормализация температуры тела и снижение лабораторных показателей воспаления. После стабилизации состояния пациенты с выраженным клапанным поражением были направлены на плановую кардиохирургическую коррекцию.

Выводы. Инфекционный эндокардит у детей характеризуется преимущественно инфекционно-воспалительным течением без выраженных системных нарушений при своевременной диагностике. Ранняя верификация диагноза с применением эхокардиографии и гемокультуры, а также адекватная антибактериальная терапия позволяют достичь клинической стабилизации и своевременно направить пациентов на хирургическое лечение, улучшая прогноз и качество жизни.

Зиева Ш.К., Нуралиева Г.М.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С СИНИМИ ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА НА СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Таджибоева З.А.

Цель исследования. Определить влияние хронической гипоксии у детей с цианотичными врожденными пороками сердца (ВПС) на функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет с диагнозом: тетрада Фалло (27%), атрезия трёхстворчатого клапана (11%), транспозиция магистральных сосудов (12%). Всем детям проводилось клиническое, обследование: пульсоксиметрия, нейросонография (НСГ), МРТ головного мозга, электроэнцефалография (ЭЭГ), а также оценка психического и когнитивного развития.

Результаты исследования. У большинства детей (80%) отмечались жалобы на быструю утомляемость, головокружение, эпизоды обморочного состояния, нарушения сна и задержку психомоторного развития. У детей раннего возраста преобладали признаки угнетения ЦНС: вялость, слабый сосательный рефлекс, снижение двигательной активности. При объективном осмотре выявлены периоральный цианоз, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации от 55% до 75%. Неврологический статус у обследованных детей характеризовался: мышечной гипотонией — у 60%; тремором и двигательной неустойчивостью — у 40%; задержкой речевого развития — у 53%; очаговыми нарушениями в виде гемипарезов и гемиплегий — у 6% детей на фоне тяжёлой хронической гипоксии; наличием судорожного синдрома у 5% детей (генерализованные и фокальные судороги), клиническими проявлениями гипоксической энцефалопатии различной степени выраженности. У детей старшего возраста, помимо неврологических проявлений, отмечались выраженные когнитивные нарушения: снижение концентрации внимания, замедленность мышления, неустойчивая память, склонность к быстрому забыванию новой информации, что связано с длительной гипоксией головного мозга. Также наблюдались эмоционально-поведенческие изменения: повышенная капризность, тревожность, что усиливалось выраженной родительской гиперопекой, характерной для семей детей с тяжёлыми ВПС. По данным НСГ/МРТ выявлено: гипоксически-ишемические изменения головного мозга — у 66%; умеренная дилатация боковых желудочков — у 6 детей; задержка миелинизации — у 4 детей; очаговые изменения коры и подкорковых структур, соответствующие клиническим гемипарезам/гемиплегиям — у 3 детей. По ЭЭГ: диффузные изменения биоэлектрической активности, снижение альфа-ритма, эпилептиформная активность у детей с судорогами.

Выводы. Хроническая гипоксия у детей с цианотичными врожденными пороками сердца приводит к формированию выраженных гипоксически-ишемических поражений ЦНС, проявляющихся задержкой психомоторного и речевого развития, когнитивными нарушениями, судорожным синдромом, очаговой неврологической симптоматикой и поведенческими изменениями. Ранняя диагностика нарушений ЦНС, своевременное лечение гипоксии и хирургическая коррекция порока существенно улучшают прогноз и качество жизни пациентов.

Ибрагимова У.А.

ХУСУСИЯТИ РАВАНДИ ПНЕВМОНИЯ ДАР КЌДАКОНИ ГИРИФТОРИ АСТМАИ БРОНХИАЛЌ (ҳолати клиникӣ)

Кафедраи бемориҳои кўдакони №2 ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ: н.и.т., дотсент Хочаева.Н.Н.

Мақсади таҳқиқот. Омӯштани раванди пневмония дар бемор бо астмаи бронхиалӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар шӯъбаи бемориҳои шуши кўдакони МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бемор Одинаева Оиша 7-сола бо таъхиси: Астмаи бронхиалӣ. Пневмония таҳти назорат қарор дошт. Анамнез чамъ карда шуд, ки тағйироти роҳи нафас (илтиҳоби музмин, варам, реактивияти баланд), пастшави масъунӣ, монанди аломатҳо (нафастангӣ, сулфа, хирросҳои хангоми астма ба пневмония монанд буда, ҳамдигаро меҷӯшонанд, ки ба дер гузаронидани таъхис монанд мешаванд. Дар вай ин гуна таҳлилҳо гузаронида шуданд: гемограмма, таҳлили коагулограмма, таҳлили бактериолӣ аз гулӯ, таҳлили умумии пешоб, таҳлили умумии фазла, R-граммаи қафаси сина, таҳлили имунологӣ, таҳлили микроскопи балғам.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз анамнез маълум шуд, ки кўдак 2-сол боз инҷониб бемор аст. Табобати амбулаторӣ ва статсионарӣ дар ҳамин марказ гирифтааст, аммо беҳбудӣ мушоҳида нашудааст. Бемор бо шикоятҳои сулфазанӣ, нафастангӣ, сианоз, хирросҳои масофавӣ, ҳароратбаландӣ, сустии иштиҳо, беҳолӣ, бемадорӣ, камқувватӣ, сустии умумии организм ҳозир шуд. Аз анамнез маълум шуд, ки бемор ба намуди сироятӣ-аллергии гирифтӣ мебошад. Ҳолати кўдакро ба назар гирифта, ўро дар шӯъбаи бемориҳои шуши кўдакони бистарӣ намудем.

Вазъи умумии бемор хангоми қабул вазнин буд, бо хурҷи миёна-вазнин, ҳароратбаландӣ, нафастангӣ, сулфакунӣ, сианоз, беҳолӣ бемадорӣ, пӯшташ рангпариди, гулӯаш сурхчатоб, нафаскашӣ бо бинӣ душвор, дар шушҳо нафаси дурушт бо хирросҳои хуштакмонанд ва алоҳида намнок шунида мешавад.

Дар таҳлилҳои лабораторӣ: гемограмма: гемоглобин-121г/л, эритроцитҳо- $4,6 \times 10^{12}/л$, тромбоцитҳо- $302 \times 10^9/л$, лейкоцитҳо- $18 \times 10^9/л$, лимфоситҳо- 15%, СТЭ-22 мм/ст, эозинофил- $4 \times 10^9/л$, таҳлили коагулограмма: фибриноген- 355 г/л фибрин – 16 сония, таҳлили умумии пешоб ва ахлот бетағйир, R-граммаи қафаси сина: пневмония мавқеи қисми поёни медиалӣ, таҳлили микроскопии балғам: кристалҳои Шарко-Лейден, спиралҳои куршман, таҳлили имунологӣ баландшавии IgE 1200-1000 нишондо.

Хулоса. Ҳамин тавр, раванди пневмония дар кўдакони астма бо ҷараёни нисбатан вазнин, тамоюл ба обструксияи бронхҳо ва эҳтимоли баланди авҷгирии такрорӣ тавсиф мешавад. Илтиҳоби музмини роҳҳои нафас ва гиперреактивият ба вазниншавии нишонаҳои клиникӣ мусоидат мекунад. Таъхиси барвақт, фарқгузори дуруст байни авҷи астмаи бронхиалӣ ва пневмония ва интиҳоби табобати комплексӣ (антибиотикҳо, бронхолитикҳо, терапияи зиддиалтиҳобӣ) барои беҳтар намудани натиҷаи беморӣ аҳамияти муҳим дорад.

Иброҳимзода Г.А., Саидахматова Ш.В., Мирзоева А.С.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПРЕЯ ТАНТУМ ВЕРДЕ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ФАРИНГИТОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить эффективность применения спрея Тантум Верде у детей с острым фарингитом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 38 детей в возрастном диапазоне 3-15 лет с острым фарингитом (ОФ). Использовали спрей Тантум Верде (1 доза - одно распыление), детям в возрасте 4-6 лет - 1 распыление на каждые 4 кг массы тела до максимальной дозы, эквивалентной 4 распылениям 2-6 раз в сутки; детям в возрасте 6-12 лет по 4 распыления 2-6 раз в сутки.

Результаты исследования. Основные симптомы ОФ - повышение температуры тела, боли в горле как при приеме пищи, так и вне связи с ним, чувство першения и сухой кашель. При осмотре полости рта отмечалась гиперемия всех отделов глотки - задней стенки, дужек и миндалин. Дети младшего возраста отказывались от приема пищи кусочками, были капризными при приеме пищи, изменялась окраска слизистой оболочки ротоглотки. Дети старшего возраста жаловались на боли в горле при глотании, неприятные ощущения (чувство царапания, жжения, першения, саднения, инородного тела). Неосложненный ОФ вирусной этиологии не требует применения антибиотиков, применение их может иметь неблагоприятные последствия в виде развития прямой и перекрестной резистентности бактерий к антибиотикам.

При проведении больным бактериологического посева из зева на флору – патогенная флора не была выявлена. Основной нашей задачей являлось купирование воспалительных изменений в глотке, снятие болевого синдрома и предупреждение распространения воспалительного процесса по дыхательным путям. Всем детям с ОФ применяли безопасный нестероидный противовоспалительный препарат - Тантум Верде в виде спрея с наименьшим риском возникновения побочных эффектов во избежание системного эффекта и получения дли-

тельного контакта со слизистой оболочкой полости рта и глотки. Основным действующим веществом является бензидамин гидрохлорид - нестероидное противовоспалительное средство, которое обладает выраженным противовоспалительным, обезболивающим и противоотечным действием, отвечающий требованиям, предъявляемым к топическим препаратам для лечения острых инфекционно-воспалительных заболеваний глотки. При местном применении препарат хорошо резорбируется через слизистые оболочки, кожу и быстро проникает в воспаленные ткани, достигая эффективных концентраций в воспаленных тканях, уменьшает проницаемость капилляров, восстанавливает нарушенную микроциркуляцию, снижает болевую чувствительность в очаге воспаления, влияет на таламические центры болевой чувствительности. Тантум Верде обладает мощным противовоспалительным действием, быстро устраняет боли в горле, в крови и в тканях бензидамин не определяется, не обладает токсическим эффектом, имеет низкую аллергенность, не раздражает слизистую оболочку полости рта и желудочно-кишечного тракта. После применения спрея Тантум Верде у всех детей отмечалось уменьшение боли в горле, интенсивность её снизилась на 2-й день терапии, уменьшились гиперемия и отек. Побочного эффекта не наблюдалось.

Выводы. Применение спрея Тантум Верде детям с острым фарингитом значительно снизило выраженность клинических симптомов, уменьшило интенсивность воспалительного процесса, отечность, предупредило распространение воспаления по дыхательным путям и развитие осложнений, а также способствовало купированию болевого синдрома, что имеет большое значение в детском возрасте.

Имодинова М.Ф., Сафарова У.Ш., Ахмедов Н.И.

СИНДРОМ ГИЙЕНА–БАРРЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЯЖЁЛОГО НИСХОДЯЩЕГО ВАРИАНТА У РЕБЁНКА

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Демонстрация клинико-патогенетических особенностей тяжёлого нисходящего варианта синдрома Гийена–Барре (СГБ) у подростка,

Материал и методы. Клинический анализ состояния пациента 14 лет. Сбор анамнеза, неврологический статус. Лабораторные методы, включая общий анализ крови; биохимический анализ крови (связанный и свободный билирубин, общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, калий, кальций); коагулограмму, ИФА (ВИЧ, Hbs, HCV), определение С – реактивного белка. Проведена видеобронхоскопия. Оценка динамики на фоне терапии.

Результаты исследования. В исследование включён пациент М., 14 лет. Подросток перенёс ОРВИ за 5–6 дней до начала неврологических симптомов. Заболевание началось с прогрессирующей нисходящей слабости, быстро распространявшейся на верхние и нижние конечности. На момент госпитализации отмечены выраженная тетрапарезия, снижение сухожильных рефлексов, тактильная гипестезия, парестезии, эпизоды внезапной атонии без потери сознания (выраженный неврологический дефицит). Затем присоединились бульбарные нарушения и дыхательная недостаточность (поверхностное дыхание, участие вспомогательных мышц, цианоз). Видеобронхоскопия выявила эндобронхит, вероятно вторичный. Лабораторные данные: гемоглобин – 117 г/л, гематокрит – 37,2 %, эритроциты – $5,23 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $150 \times 10^9/л$, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$, лимфоциты – $2,1 \times 10^9/л$, тромбоциты – 0,139%, СОЭ – 12 мм/ч; общий билирубин 15 ммоль/л, общий белок 60 г/л, сахар крови – 5,5 ммоль/л; АЛТ 36,9 Ед/л, АСТ 30,6 ммоль/л, креатинин 119,3 ммоль/л, мочевины 8,3 ммоль/л; фибрин 12,0 секунд, фибриноген 266,4 г/л; витамин Д – 17,02 нг/мл, кальций – 1,97 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л. Инструментальные исследования (ЭНМГ, ЛП) не проводились по объективным причинам. В терапии ребёнок получил внутривенный иммуноглобулин (октагам), дексаметазон, антибактериальную терапию (цефепим), респираторную поддержку, инфузионные растворы (Рингер), рибоксин, кальций глюконат, витамины (В12, D3), метаболические и нейротропные препараты. На фоне терапии отмечена стабилизация жизненно важных функций. Однако выраженного восстановления двигательных функций в ранние сроки наблюдения не зарегистрировано. Пациент остаётся с выраженным неврологическим дефицитом и ему требуется дальнейшая реабилитация.

Выводы. Клиническая картина соответствует тяжёлой нисходящей форме СГБ с поражением бульбарных и дыхательных мышц. Отсутствие данных ликвора и ЭНМГ затрудняет окончательную верификацию типа (вероятно аксональная форма). Своевременное назначение иммуноглобулина и респираторная поддержка являются ключевыми. Требуется дальнейшее наблюдение, возможна потребность в ИВЛ и повторных курсах терапии.

Имодинова М.Ф., Султонбеков Н.С.

АПЛАЗИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины, диагностики и лечения аплазии передней брюшной стенки у новорождённых на примере клинического случая.

Материал и методы. В исследование включён ребёнок в возрасте 1 месяца с диагнозом «Аплазия передней брюшной стенки», двусторонняя пневмония, ДН 2 степени, гипотрофия 3 степени, находившийся на лечении в детском соматическом реанимационном отделении с 10.09.2025 по 14.09.2025. Проведено комплексное обследование, включающее осмотр, лабораторно-инструментальные методы, консультации хирургов и неона-

тологов. Проведена оценка общего состояния, массы тела, степени дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений, выявление видимых дефектов передней брюшной стенки. Инструментальная диагностика: УЗИ органов брюшной полости, рентгенография, эхокардиография, нейросонография, эходоплерография. Особое внимание уделялось визуализации аплазии и её протяжённости. Лабораторные методы: общий анализ крови, биохимия (билирубин, белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, электролиты), коагулограмма, определение С-реактивного белка, ИФА (ВИЧ, HBsAg, HCV).

Результаты исследования. У новорождённого мальчика, родившегося на 33 неделе гестации с массой тела 3000 г, диагностирована выраженная аплазия передней брюшной стенки справа. Дефект представлял собой участок отсутствия мышечно-фасциального и кожного покрова длиной около 4–5 см, через который визуализировались петли тонкого кишечника, покрытые тонкой серозной оболочкой. Края дефекта были ровные, без признаков воспаления, что характерно для врождённой аплазии, а не травматического дефекта. Клинически заболевание проявлялось тотальным цианозом, затруднённым дыханием, гипотонией мышц и отсутствием физиологических рефлексов. Отмечалась компенсаторная работа межрёберных мышц, сатурация крови кислородом снижена до 60%. Печень пальпировалась на 3 см ниже рёберной дуги. При пальпации живота определялись мягкие кишечные петли, не прикрытые передней брюшной стенкой. Область дефекта была ограничена справа, пуповина отходила латерально. Подобная анатомическая картина типична для изолированной аплазии, в отличие от гастрошизиса, при котором дефект чаще располагается параумбиликально и имеет грубые воспалительные изменения. Ультразвуковое исследование подтвердило наличие аплазии с сохранением структуры внутренних органов и нормальным кровотоком в мезентериальных сосудах. Рентгенологически отмечено смещение кишечных петель к поверхности живота, без признаков разрыва или некроза. Лабораторно выявлены признаки системной гипоксии и воспаления: снижение тромбоцитов ($85 \times 10^9/\text{л}$), повышение С-реактивного белка (16 мг/л), гипопроteinемия. Лечение включало кислородотерапию, частичное парентеральное питание, антибактериальную терапию и антигиппоксантами.

Выводы. Аплазия передней брюшной стенки представляет собой редкую, но крайне тяжёлую врождённую патологию, при которой отсутствует участок мышечно-фасциального и кожного слоя живота, что приводит к выпадению кишечных петель и нарушению дыхательной, сердечно-сосудистой и обменной функций. Основное значение в пренатальной диагностике имеет УЗИ (для выявления дефекта на ранних сроках беременности) и постнатальные методы (ультразвуковое исследование, рентгенография, эходоплерография). Эти методы позволяют определить локализацию, размеры и особенности кровоснабжения области аплазии. Лечение таких детей должно быть комплексным и включать подготовку к раннему хирургическому закрытию дефекта.

Имодинова М.Ф., Махсумова Б.А., Зиёева Ш.К.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ В МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У РЕБЁНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Предоставление редкого клинического случая трансформации гепатобластомы во вторичный миелодиспластический синдром с последующим развитием лимфобластного лейкоза у ребенка.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинического случая ребенка К, 2024 года рождения с диагнозом: Гепатобластома правой доли печени, находившегося под наблюдением в детском гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ». Используются данные анамнеза, клинического осмотра, общеклинических и биохимических анализов крови, коагулограммы, иммунологических исследований, результаты миелограммы, сведения о хирургическом вмешательстве и адъювантной полихимиотерапии. Диагноз верифицирован на основании морфологических, цитохимических и иммунологических критериев. Особое внимание уделено изменениям периферической крови, возникшим в процессе и после проведения хирургического лечения и полихимиотерапии, как возможным маркерам вторичного поражения костномозгового кроветворения.

Результаты исследования. У пациента с ранее диагностированной гепатобластомой после радикального хирургического лечения в объёме гепатэктомии V, VI, VII и VIII сегментов печени и курсов полихимиотерапии в динамике выявлены признаки прогрессирующего угнетения кроветворения: анемический синдром (Hb 110 – 90 г/л, эр – $3,42 \times 10^{12}/\text{л}$), тромбоцитоз ($970-539 \times 10^9/\text{л}$), лейкоцитоз с увеличением доли бластных клеток. По данным миелограммы содержание бластов достигало 7,65%, отмечалось сужение миелоидного ростка, что позволило заподозрить нарушение костномозгового кроветворения. Клиническое течение осложнилось развитием нейрорлейкоза, выраженного интоксикационного синдрома и прогрессирующим ухудшением общего состояния пациента.

Выводы. Представленный клинический случай подтверждает, что у детей с солидными опухолями под воздействием цитостатической и лучевой терапии возможно развитие вторичных гематологических заболеваний, включая миелодиспластический синдром и острые лейкозы. Данные осложнения характеризуются тяжёлым течением и неблагоприятным прогнозом, что обуславливает необходимость длительного динамического гематологического наблюдения пациентов после завершения противоопухолевого лечения.

Искандаров М.М., Хацкая С.В.

ОЦЕНКА РОЛИ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В РАЗВИТИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Кафедра дисциплин хирургического направления, EMU University. Узбекистан

Научный руководитель: PhD, доцент Искандаров М. М.

Цель исследования. Анализ особенностей питания детей, обращающихся в приёмный покой, а также оценка влияния характера рациона и режима питания на клиническую симптоматику и основные причины обращения за медицинской помощью.

Материал и методы. Проведено ретроспективное аналитическое исследование 70 медицинских карт детей, обратившихся в приёмный покой Республиканского научно-практического центра малоинвазивной и эндоскопической хирургии детей за октябрь 2025 года. Возраст пациентов варьировал от 3 до 10 лет.

Из исследования исключались пациенты с тяжёлыми врождёнными пороками развития, эндокринной патологией и острыми хирургическими заболеваниями.

Результаты исследования. В результате проведённого анализа установлено, что у 29 (41,4%) детей выявлены различные нарушения питания. Наиболее распространёнными из них были нерегулярные приёмы пищи и избыточное потребление продуктов с высоким содержанием простых углеводов. Избыточная масса тела диагностирована у 14 (20%) детей, дефицит массы тела — у 7 (10%) пациентов.

У детей с нарушениями питания достоверно чаще отмечались боли в животе, тошнота, метеоризм и нарушения стула; абдоминальный болевой синдром был одной из основных причин обращения в приёмный покой. В этой группе также чаще регистрировались функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и обострения хронической гастроэнтерологической патологии. Дети с регулярным и сбалансированным рационом, напротив, чаще имели гармоничное физическое развитие и реже нуждались в неотложной помощи по поводу диспепсических нарушений.

Выводы.

1. Нарушения питания выявлены у 41,4% детей, обращающихся в приёмный покой стационара.
2. Основными нарушениями являются нерегулярный режим питания и избыточное потребление простых углеводов.
3. Нарушения питания ассоциированы с абдоминальным болевым синдромом и функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта.
4. Включение оценки характера питания в алгоритм первичного осмотра пациентов приёмного покоя может повысить эффективность профилактических мероприятий и снизить частоту повторных обращений.

Исмаилов А., Акбарзода М.

ОЦЕНКА МОНОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Кафедра педиатрии ГОУ “ХГМУ”, Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузиева Н.К.

Цель исследования. Оценить состояние моноцитарной системы иммунологической реактивности у детей при хроническом пиелонефрите

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 35 детей в детском отделении Дангаринской ЦРБ за период 2016-2019 года с хроническим пиелонефритом, ассоциированными с бактериальными и грибковыми патогенами. Методы исследования включали сбор анамнестических данных из стационарной карты, жалоб, физикальное обследование, лабораторно-инструментальные методы (фенотипические характеристики М — экспрессию рецепторов — CD14, CD16, HLADR, 11b, внутриклеточную биоцидность, функциональные резервы, скорость и эффективность фагоцитоза).

Результаты и их обсуждение. У всех обследуемых пациентов был анализирован анамнез, в результате которого выявлены факторы, приводящие к формированию хронического пиелонефрита. Анализ проведённого исследования показал, что были выявлены 2 типа нарушений, характеризующих дисфункциональное состояние М. При 1 типе имело место достоверное нарастание CD11b+M (в 1,3–1,5 от нормы), отмечена тенденция к повышению содержания CD16+M, достоверное повышение М, отрицательных по экспрессии CD11b, что, по-видимому, связано с появлением в циркуляции менее зрелых, функционально малоактивных клеток и/или М с супрессорными характеристиками. На фоне повышения внутриклеточной биоцидности отмечены разнонаправленные изменения показателей, характеризующих фагоцитарную активность клетки (ФИ, ФЧ). 1 тип нарушений характеризовал варианты дисметаболических ХП ассоциированных с бактериальными патогенами. При 2 типе нарушений имело место повышение CD11b+M и снижение CD11b- (в 1,5–2 раза), снижение М, экспрессирующие HLADR, увеличение CD14+16+. На фоне снижения индуцированной биоцидности отмечено угнетение показателей, характеризующих фагоцитарную активность. 2 тип нарушений характеризовал, преимущественно, обструктивные варианты ХП (ХОПН, ХОДПН), а также ХП, ассоциированные с грибковыми патогенами.

Выводы. Таким образом, изучение моноцитарных дисфункций вносит определенный вклад в изучение патогенетических основ иммунологической недостаточности при хронических пиелонефритах у детей.

ОСНОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ И ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан

Цель исследования. Анализ факторов риска формирования аллергических состояний и выявление взаимосвязи микробиоценоза кишечника с развитием аллергии у новорожденных.

Материал и методы. Анализированы данные клинико-анамнестического обследования 38 новорожденных с материнской аллергией, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в отделении неонатологии ОДМПНЦ. Микробиологическое изучение испражнений проводилось по модифицированной методике М.А. Ахтамова с соавторами.

Результаты исследования. Обследованы 56,2% новорожденных мужского пола и 43,8% - женского. У 68,8% матерей в анамнезе была перенесенная пищевая аллергия, у 21,8% – крапивница и у 9,4% - Отек Квинке. Аллергические реакции у 25,0% матерей были при употреблении меда, у 21,8% - шоколада и у 12,5% - яиц, в остальных случаях причина не установлена. Родители каждого второго больного новорожденного указывали на перенесенные ранее частые ОРВИ и бронхолегочную патологию бактериальной этиологии, а 25,0% случаев - на инфекционные и соматические заболевания, при которых получали НПВС или антибиотик. В 59,4% случаях роды были физиологические, у 40,6% женщин патологические. Оперативное родоразрешение отмечено у 18,7%. 90,6% детей родились доношенными, с массой при рождении 3470 ± 312 г. Недоношенными родились 9,3% детей с гипоксически-ишемическим повреждением ЦНС. У 21,8% новорожденных наследственность по атопии отягощена. В неонатальном периоде указания на позднее прикладывание ребенка к груди матери имело место в 75,0% случаях и на искусственное вскармливание в периоде новорожденности были в анамнезе 46,8% детей. У поступивших в стационар новорожденных, имевших материнскую аллергию, часто регистрированы сыпь, опрелости, гнейс. Наиболее частой причиной раннего использования антибиотиков у новорожденных была недоношенность. Аллергия чаще встречалась у детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании. Жалобы матерей у 68,9% новорожденных были на периодическое внезапное беспокойство и беспричинный плач ребенка, у 18,7% пациентов отмечались беспричинные эпизоды повышенной возбудимости. На приступообразные схваткообразные колики, связанные с питанием, указывали мамы 12,5% пациентов. Изучение состава микробиоты указало на качественные и количественные изменения. Кишечный дисбиоз имелся у 93,7% новорожденных. Исследования микробиоты у недоношенных новорожденных, получавших антибиотики в перинатальный период, показали более низкое бактериальное разнообразие кишечной микрофлоры и более высокое содержание Enterobacter, чем у доношенных детей. У новорожденных, получавших антибиотик, выявлена флора со снижением видового разнообразия микробов с более высоким содержанием Proteobacteria и Enterobacteriaceae и более низкими пропорциями Bifidobacterium и Lactobacillus. У новорожденных, получавших питательные смеси, регистрировалось более обильное содержание в кишечнике Clostridium. Кишечная флора у новорожденных отличалась скудностью: резко уменьшены частота выявления и количественное содержание нормальных обитателей кишечника: бифидобактерии выявлялись в 6-ом разведении у 78,1% больных, ферментативнополноценные эшерихии высеяны в 53,1% случаях и негемолитические энтерококки – у 11-34,4% младенцев. Новорожденным с лечебно-профилактической целью назначались гипоаллергенные и кисломолочные смеси. Кормящим матерям рекомендовались полноценное питание, гипоаллергенная диета на весь период кормления ребенка грудью, пребиотики (молочные продукты, крупы, хлеб, картофель и другие).

Выводы. Таким образом, фактором риска развития аллергических реакций у новорожденного являются дисбаланс и задержка развития кишечной микробиоты вследствие раннего искусственного вскармливания, кесарева родоразрешения, применения антибиотиков в перинатальном периоде. В связи с этим знания о микробиоте и ее взаимосвязи с атопией могут помочь в разработке новой эффективной стратегии по первичной профилактике и лечению аллергических заболеваний новорожденных с материнской аллергией.

Каландарова М.М., Джаборова Ю.Ю., Раджабова М.Х.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А»

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучить особенности изменений гематологических показателей у детей с вирусным гепатитом А.

Материал и методы. Под наблюдением были 40 детей в возрасте от года до 18 лет, находившиеся на стационарном лечении в ГУ «ГДКБДИБ» г. Душанбе с диагнозом вирусный гепатит А (ВГА). Диагноз ВГА подтвержден на основании клиники и данных серологического исследования крови на анти-HAV IgM методом ИФА. Также, были проведены биохимические и общеклинические обследования крови у детей с ВГА в разгаре заболевания и в периоде реконвалесценции.

Результаты исследования. ВГА чаще регистрировалась у организованных детей 34(84,4%) и в возрастной группе от 4-х до 12-и лет 31(77,5%). Лёгкая форма болезни констатирована у 5 (12,5%) детей, среднетяжелая – у 35 (87,5%). Анализ гематологических показателей показал, что у большинства 32 (80%) детей с ВГА диагностирована анемия лёгкой степени, так как уровень гемоглобина в пределах $100,5 \pm 16,0$ г/л и количество эритроцитов до $2,8 \pm 4,3 \times 10^{12}/л$, причём чаще 17 (42,5%) у детей раннего и дошкольного возрастов. У 8(40%) детей от 7 - ми до 12 лет отмечалась среднетяжелая форма анемии (гемоглобин до $89 \pm 13,4$ г/л, количество эритроцитов до $2,3 \pm 0,6 \times 10^{12}/л$).

В остром периоде заболевания у большинства 33(82,5%) детей с ВГА со среднетяжёлой формой со стороны белой крови отмечен лейкопенический сдвиг, с уменьшением уровня лейкоцитов до $4,3 \pm 6,8 \times 10^9/\text{л}$, а у большинства 27(67,5%) детей с ВГА умеренное повышение (СОЭ) до 13-18 (мм/ч) была, снижение количества нейтрофилов до $23 \pm 3,8\%$, с относительным лимфоцитозом до $75 \pm 10,5\%$. В 7(17,5%) случаев регистрировался умеренный лейкоцитоз до $13,5 \pm 21,2 \times 10^9/\text{л}$, что было связано с присоединением сопутствующей бактериальной инфекции в виде острого бронхита и пневмонии. У детей со среднетяжёлой формой заболевания был отмечен лимфоцитоз до $65 \pm 76\%$. У детей с лёгкой формой ВГА количество тромбоцитов оставалось в пределах возрастной нормы, но у 8(20%) при среднетяжёлом течении заболевания отмечено уменьшение тромбоцитов до $160 \pm 2,5 (\times 10^9/\text{л})$. У детей с лёгкой формой заболевания уровень билирубина был в пределах 80-85 мкмоль/час/л, со среднетяжёлыми формами 89-156 мкмоль/час/л, причём активность цитолитических ферментов АЛТ и АСАТ были повышенными до в 8-10 раз, с доминирование АЛТ над АСАТ в 2 и более раз, а также ШФ до 2-4 раз. Постепенная нормализация показателей крови, восстановление уровня гемоглобина, нормализация лейкоцитарной формулы и СОЭ произошла у всех детей с ВГА в периоде выздоровления.

Выводы. Таким образом, в периоде разгара у 42,5% детей раннего и дошкольного возраста со среднетяжёлой формой ВГА отмечена умеренная анемия (82,5%), у 40% детей в возрасте 7 - 12 лет среднетяжёлая анемия. У всех детей отмечены повышение АЛТ и АСАТ до в 8-10 раз, у 82,5% - лейкопения, у 20% - тромбоцитопения, у 67,5% повышение СОЭ. Динамическое наблюдение за гематологическими изменениями имеет важное значение для комплексной оценки состояния детей с вирусным гепатитом А и оптимизации лечебно-диагностической тактики.

Каландарова М.М., Нарзуллаева М., Мамадьярова М.Г.

ПРОТИВОКАШЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РЕНГАЛИН»

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку клинической эффективности и переносимости препарата Ренгалин у детей с острыми респираторными инфекциями.

Материал и методы. Проведено проспективное сравнительное исследование с участием 84 детей в возрасте 3–12 лет с сухим или малопродуктивным кашлем на фоне ОРИ.

Пациенты были распределены на две группы: основная группа (n=42) получали Ренгалин в возрастной дозировке в течение 5–7 дней в составе стандартной терапии. Группа сравнения (n=42) - получали стандартную симптоматическую терапию без назначения противокашлевого средства. Оценивались: интенсивность кашля (5-балльная шкала), частота дневных и ночных эпизодов, продолжительность кашлевого синдрома, переносимость терапии.

Результаты исследования. До начала терапии выраженность кашля в обеих группах была сопоставимой ($4,0 \pm 0,2$ и $3,9 \pm 0,2$ балла; $p > 0,05$). К 3-му дню лечения в основной группе интенсивность кашля снизилась до $2,5 \pm 0,2$ балла, в группе сравнения - до $3,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). К 5-му дню показатели составили соответственно $1,3 \pm 0,1$ и $2,4 \pm 0,2$ балла ($p < 0,01$). Частота ночных приступов уменьшилась в основной группе с $3,1 \pm 0,3$ до $0,7 \pm 0,2$ эпизодов, тогда как в группе сравнения — до $1,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Средняя продолжительность кашля составила: $6,1 \pm 0,3$ суток - в основной группе; $8,4 \pm 0,5$ суток — в группе сравнения ($p < 0,01$). Побочные реакции не зарегистрированы. Переносимость терапии оценена как хорошая у 95% пациентов основной группы. Сравнительный анализ показал более быстрое снижение интенсивности кашля и сокращение его продолжительности при применении Ренгалина в составе комплексной терапии. Полученные данные свидетельствуют о потенциальной клинической целесообразности включения препарата в схему лечения сухого и малопродуктивного кашля у детей.

Выводы. Таким образом, применение Ренгалина способствовало более быстрому снижению интенсивности кашля по сравнению со стандартной терапией, а также отмечено сокращение продолжительности кашлевого синдрома. Переносимость препарата была хорошей, побочных явлений не было.

Каландарова М.М., Джаборова Ю.Ю., Комилов И.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные особенности течения вирусного гепатита А у детей раннего возраста.

Материал и методы. Из общего числа детей (472), госпитализированных в ГУ «ГДКБДИБ» г. Душанбе за 2025 год с диагнозом вирусный гепатит А(ВГА), детей раннего возраста (от года до 4 х лет) было 182 (38,5%), от 4-до 6 лет - 96 (20,3%), 6 - 18 лет 194 (41,1%). Диагноз ВГА верифицирован на основании клиники, биохимических анализов крови и серологических показателей на анти-HAV IgM методом ИФА.

Результаты исследования. Из числа детей раннего возраста ВГА (182), заболевание чаще регистрировалась у неорганизованных детей 152(83,5%) и в большинстве (78,6%) из г. Душанбе. Из числа детей раннего возраста с ВГА лёгкая форма болезни констатирована у 105(57,7%), среднетяжелая – у 77 (42,3%). У большинства 118(64,8%) детей раннего возраста в продроме заболевания отмечены катаральные симптомы, напоминая острую респираторную вирусную инфекцию, у 88(48,3%) детей сопровождалась умеренными симптомами об-

щей интоксикации с кратковременной субфебрильной лихорадкой, у 30(16,5%) детей фебрильной лихорадкой. У 152(83,5%) детей раннего возраста с ВГА отмечались диспепсические расстройства и снижение аппетита, у 102 (56,0%) - неустойчивая диарея, у 89(48,9%) - тошнота, у 78(42,8%) - рвота, у 56(30,8%) - боли в животе, у 86(4,2%) - астенический синдром в виде вялости, слабости.

С появлением умеренной желтушности на коже и склерах самочувствие большинства 100(55%) улучшилось. У 82(45,1%) детей раннего возраста с ВГА регистрировалась желтушная форма и относительно реже 67(70%) у детей от 4 –х до 6 лет из общего числа (96) детей более старшего возраста, при этом желтуха была слабо выраженной и кратковременной до 6-7 дней. Умеренная гепатомегалия отмечалась у большинства 110(60,4%), гепатоспленомегалия у 12(6,6%), но значительное увеличение печени наблюдалось редко у 72(39,6%) детей с лёгкими признаками холестаза (потемнение мочи, обесцвеченный кал).

Биохимическое исследование крови у большинства детей раннего возраста с лёгкой формой показало умеренное повышение уровня аминотрансфераз до 135-230 мкмоль/час/л (при норме 40-45 мкмоль/час/л) и билирубина в пределах 38 - 75 мкмоль/час/л, что свидетельствовало о преимущественно лёгком течении заболевания. В общем анализе крови у 140(76,9%) детей раннего возраста с ВГА отмечались лейкопения до $4,3 \pm 6,8 \times 10^9/\text{л}$, у 99(54,4%) лимфоцитоз до $75 \pm 10,5\%$, а также у 56(30,8%) тромбоцитопения, у 45(24,7%) нейтропения до $23 \pm 3,8\%$, у 34(18,7%) замедление СОЭ до 6-10 мм. в час.

Выводы. Таким образом, ВГА у детей раннего возраста протекал в лёгкой (57,7%) и среднетяжелой (42,3%) формах. В 64,8% случаях в prodrome заболевания отмечены симптомы ОРВИ и умеренные симптомы общей интоксикации. У 45,1% детей заболевание протекало без выраженной желтухи, что обуславливает сложности ранней диагностики и необходимость повышенной настороженности врачей при наличии неспецифических симптомов. Важную роль в выявлении заболевания играют эпидемиологический анамнез и лабораторные методы исследования.

Каландарова М.С., Мирзозода С.З.

ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ (НАСЛЕДСТВЕННЫЙ МИКРОСФЕРОЦИТОЗ)

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является анализ клинических проявлений, диагностики и методов лечения при наследственном микросфероцитозе у детей, в условиях отсутствия генетического тестирования.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» детского гематологического отделения. В исследование были включены 30 детей с диагнозом наследственный микросфероцитоз. Диагноз был подтверждён на основании клинических данных и лабораторных тестов. В диагностике применялись общий анализ крови, показатели билирубина, железа и ферритина, а также морфологическое исследование эритроцитов. Все пациенты также прошли оценку функции печени, селезёнки и костного мозга. Диагноз основывался на типичных клинических признаках: хроническая анемия, эпизоды гемолиза, желтухи, гипербилирубинемия, увеличение селезёнки и печени, наличие конкrementов в желчном пузыре.

Результаты исследования. На момент завершения исследования 90% детей имели типичные признаки хронической гемолитической анемии с эпизодами острых обострений, включая болезненные кризы, гипербилирубинемия и увеличение органов (селезёнки и печени). У остальных 10% пациентов заболевание протекало в более лёгкой форме, без выраженных кризов. У данной группы больных наблюдались: умеренная анемия (89г/л), незначительное увеличение селезёнки (+2см) и стабильные показатели билирубина без резких колебаний. Лабораторные исследования выявили устойчивый низкий уровень гемоглобина с увеличенной концентрацией ретикулоцитов (9.3%). Частота гемолитических кризов зависела от сопутствующих инфекций, травм и стресса, что подтверждает важность мониторинга состояния пациента в период обострения. Лечение включало поддерживавшую терапию, направленную на компенсацию анемии (трансфузия отмытых эритроцитов, назначение фолиевой кислоты, витамины группы В), метаболиты, минералы хелатный комплекс. В некоторых случаях детям назначались препараты, способствующие уменьшению гемолиза, такие как гидроксикарбамид. В более тяжёлых случаях с развитием осложнений, таких как острые сердечные нарушения или тромбообразование, применялись антикоагулянты и препараты для поддержания функции сердца. Оперативные вмешательства (спленэктомия) были показаны в случае значительного увеличения селезёнки, сопровождающегося болями и нарушением кровообращения.

Выводы. Диагностика наследственного микросфероцитоза у детей в условиях отсутствия генетического тестирования требует тщательного клинического результата, опирающегося на комплексное обследование. Несмотря на наличие ограниченных методов диагностики, возможность своевременного и адекватного лечения позволяет улучшить качество жизни детей с НГА. Для успешного лечения и профилактики осложнений необходимо внедрение регулярного мониторинга, включая лабораторные исследования и скрининг на сопутствующие заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ПРИСТУПАХ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Андижанский Государственный Медицинский Институт, г.Андижан, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Маджидова Ё.Н.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ неврологического статуса и вегетативной регуляции у детей с аффективно-респираторными приступами (АРП) в зависимости от наличия железодефицитной анемии (ЖДА) для уточнения патогенетических механизмов пароксизмов.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 60 детей в возрасте от 1 года до 3 лет с диагнозом «Аффективно-респираторные приступы». На основании данных лабораторного обследования (уровень гемоглобина, ферритина сыворотки) пациенты были разделены на две группы: основная группа (ОГ) (n=30) - дети с АРП на фоне ЖДА (гемоглобин < 110 г/л, ферритин < 15 мкг/л); контрольная группа (КГ) (n=30) - дети с АРП без признаков дефицита железа. Всем пациентам проводилось комплексное неврологическое обследование, оценка вегетативного статуса (индекс Кердо, вегетативные пробы) и электроэнцефалография (ЭЭГ).

Результаты исследования. Сравнительный анализ выявил значимые различия в неврологическом статусе групп. В ОГ частота приступов была достоверно выше: в среднем 3–4 приступа в неделю против 1–2 приступов в месяц в КГ. Длительность апноэ в основной группе также превышала показатели контроля (в среднем 25 ± 2 сек против 15 ± 1 сек; $p < 0,05$), что указывает на более выраженное нарушение механизмов центрального торможения.

Неврологический осмотр в ОГ чаще выявлял синдром вегетативной дисфункции (93% против 60% в КГ), проявляющийся лабильностью сердечного ритма, мarmorотностью кожи и акроцианозом. У детей с дефицитом железа чаще диагностировались перивентрикулярная лейкомаляция в анамнезе и микроочаговые неврологические симптомы: тремор рук (40%), мышечная гипотония (27%) и задержка речевого развития.

Данные ЭЭГ продемонстрировали, что в основной группе пароксизмальная активность (островки, пиково-волновая активность) регистрировалась в 50% случаев, тогда как в контрольной группе - лишь в 17%. Корреляционный анализ показал прямую связь степенью снижения ферритина и выраженностью медленноволновой активности на ЭЭГ ($r = 0,68$). Это подтверждает гипотезу о том, что тканевая гипоксия и дефицит железа как кофактора дофамингидроксилазы приводят к дисбалансу катехоламинов и снижению порога судорожной готовности.

Выводы. У детей с аффективно-респираторными приступами на фоне железодефицитной анемии неврологический статус характеризуется большей тяжестью течения пароксизмов, высокой частотой вегетативных нарушений и признаков задержки психомоторного развития. Железодефицит является значимым фактором риска формирования «пароксизмальной готовности» мозга, требующим обязательной коррекции ферропрепаратами в схеме лечения для снижения частоты приступов и нормализации когнитивного развития.

Каракулова С.Г., Гулов М., Рачабов Э.С.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузibaева Н.К.

Цель исследования. Изучить показатели физического развития детей с целиакией в динамике наблюдения.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 детей в детском отделении Дангаринской ЦРБ за период 2020-2022 года с целиакией, из них первую группу составили 10 детей в возрасте от 1 до 5 лет, вторую группу - 10 детей от 5 до 10 лет, третью группу составили 10 детей старше 10 лет. Методы исследования включали сбор анамнестических данных из стационарной карты, жалоб, физикальное обследование, лабораторно-инструментальные методы. Измерения роста, веса и масса-ростового индекса (МРИ) детей производились в период полной и неполной клинической ремиссии заболевания в динамике наблюдения через 6 мес. и через 1 год. Показатели физического развития оценивались в сравнительном аспекте со стандартами роста и развития детей, рекомендованными ВОЗ.

Результаты исследования. Анализ проведенного исследования выявил отягощенный акушерский анамнез у матерей обследуемой группы детей. В первой группе дети с показателями роста ниже кривой - 3СО составили 30%, через 6 мес. - 30%, через год - 25%. Показатели роста в зоне - 2СО - 3СО составили 35%, через 6 мес. - 25%, через год - 30%. Показатели веса ниже кривой - 3СО составили 35%, через 6 месяцев - 35%, через год - 30%. Тяжелая белково-энергетическая недостаточность диагностирована у 10%, через 6 мес. - у 10% детей, через год - у 6%. Во 2 группе динамика показателей физического развития детей с целиакией была аналогичной. Необходимо отметить, что у детей 3 группы динамика веса к возрасту и веса относительно роста была положительной в меньшей степени, а рост детей оставался на том же низком уровне.

Выводы. Таким образом, выявленные нами изменения показали положительную динамику физического развития детей целиакией. Установлено, что динамика улучшения веса идет интенсивнее, чем динамика роста, что особенно выражено у детей старших возрастных групп. Данный факт еще раз доказывает, что задержка роста является наиболее неблагоприятным и трудно корригируемым нарушением питания у детей с целиакией.

Каримбердиев М.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ И НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Адамбаев З.И.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и влияние на нейропсихологический статус комплексной терапии, включающей этиотропные противовирусные препараты и нейропротекторы, у детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) на фоне активной хронической герпесвирусной инфекции (ХГВИ).

Материал и методы исследования. В проспективное исследование было включено 84 ребенка в возрасте от 3 до 6 лет с диагнозом ЗПРР, у которых методом ПЦР и ИФА подтверждена активная репликация вирусов простого герпеса (ВПГ 1/2 типа) и/или цитомегаловируса (ЦМВ) (высокие титры IgM, IgG в низких авидностях). Пациенты были распределены на две группы: основная группа (n=42) получала курс противовирусной терапии (ацикловир/валацикловир по возрастной дозировке) в сочетании с нейропротектором (цитиколин внутримышечно) и когнитивной стимуляцией; группа сравнения (n=42) получала только базисную нейрометаболическую терапию и логопедические занятия. Период наблюдения составил 6 месяцев. Оценка эффективности проводилась по психометрическим шкалам (шкала речевого развития, шкала Векслера для детей WPPSI), данным ЭЭГ и уровню вирусной нагрузки.

Результаты исследования. Детальный анализ динамики клинических проявлений показал, что применение комплексной терапии способствовало более значимому темпу восстановления психоречевых функций. К окончанию курса лечения в основной группе положительная динамика в виде появления фразовой речи и расширения пассивного и активного словарного запаса отмечалась у 78,6% пациентов, в то время как в группе сравнения данный показатель составил лишь 45,2% ($p<0,01$).

Показатели психомоторного развития по шкале WPPSI в основной группе улучшились в среднем на 28% (с $68,4\pm 3,1$ балла до $87,5\pm 2,9$ балла), тогда как в контрольной группе прирост составил 12% (с $69,1\pm 3,4$ до $77,4\pm 3,1$ балла). Особенно выраженные различия были получены в подшкалах, оценивающих вербальную память и слуховое восприятие, что свидетельствует о специфическом влиянии подавления вирусной активности на функции височных долей и лимбической системы.

На фоне противовирусной терапии регистрировалось достоверное снижение количества эпилептиформных разрядов на ЭЭГ (с 42% до 15% пациентов, имеющих пароксизмальную активность), что коррелировало с улучшением концентрации внимания и снижением эмоциональной лабильности ($r=-0,64$). В группе сравнения динамика ЭЭГ-картины была незначительной, что указывает на персистирующее вирусное поражение нервной ткани, блокирующее нейропластичность.

Отмечено, что наиболее ранний клинический эффект (в первые 4 недели) проявлялся в нормализации сна и снижении астено-невротических симптомов, что создавало предпосылки для более эффективной логопедической реабилитации.

Выводы. Включение этиотропной противовирусной терапии в комплексную схему реабилитации детей с ЗПРР и герпесвирусной инфекцией значительно повышает эффективность нейрореабилитационных мероприятий. Супрессия вирусной репликации устраняет воспалительное поражение мозга, восстанавливает нейродинамику и открывает «окно возможностей» для когнитивного и речевого развития, подтверждая необходимость иммунологического скрининга в данной категории пациентов.

Каримбердиев М.Х.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Адамбаев З.И.

Цель исследования. Выявить специфические клинические, нейрофизиологические и лабораторные критерии, позволяющие дифференцировать задержку психоречевого развития (ЗПРР), обусловленную персистирующей герпесвирусной инфекцией (ЦМВ, ВПГ-1,2, ВЭБ), от идиопатических форм речевой патологии.

Материал и методы исследования. В исследование включено 90 детей в возрасте от 2 до 5 лет с диагнозом ЗПРР. На основании результатов комплексного обследования (ПЦР-диагностика крови и слюны, определение титров IgM/IgG класса G с авидностью) были сформированы две группы: основная (ОГ) (n=45) - дети с подтвержденной активной герпесвирусной инфекцией, и контрольная (КГ) (n=45) - дети с ЗПРР без признаков активной нейроинфекции. Всем пациентам проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, электроэнцефалография (ЭЭГ) и логопедическое тестирование.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что в ОГ синдром речевого дефицита часто носил вторичный характер, развиваясь на фоне органического поражения ЦНС. У 82% детей основной группы речевые нарушения сочетались с моторной недостаточностью (спастический тетрапарез или гиперкинетический синдром), тогда как в КГ изолированная форма алалии встречалась в 70% случаев.

Нейровизуализационными маркерами герпесвирусной этиологии в ОГ выступали признаки перивентрикулярной лейкомаляции (42%), кальцинаты в субэндиндимальной зоне (28%) и венрикуломегалия (35%). В контрольной группе МРТ-картина в 85% случаев была без видимой патологии, что указывала на функциональную природу задержки развития.

ЭЭГ-мониторинг выявил значительные различия в биоэлектрической активности. В ОГ пароксизмальная активность (пик-волновые комплексы, медленноволновая активность) регистрировалась в 65% случаев, часто асимметрично, что коррелировало с локализацией воспалительного процесса. В КГ изменения носили характер возрастной незрелости биоритмов без эпилептиформных признаков.

Лабораторно подтверждено, что у детей с вирусной этиологией ЗППР титры IgG к герпесвирусам были в 4–5 раз выше референсных значений при низкой avidности антител, что свидетельствовало о хронической реактивации инфекции. На фоне специфической противовирусной терапии в ОГ отмечалась более быстрая динамика речевого восстановления (прирост словарного запаса на 40% за 6 месяцев) по сравнению с контрольной группой, получавшей только нейрометаболическую терапию.

Выводы. Дифференциально-диагностическими критериями ЗППР герпесвирусной этиологии являются: сочетание речевого дефицита с неврологическим дефицитом (ДЦП, гиперкинетический синдром), наличие специфических МРТ-признаков (перивентрикулярные кальцинаты, лейкомаляция) и эпилептиформной активности на ЭЭГ. Выявление активной герпесвирусной инфекции требует включения этиотропной терапии в комплекс реабилитации, что существенно улучшает прогноз речевого развития.

Каримзода М.Б., Саидмуродова Г.М., Шомаматзода Ш.А.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ ПРИ МЕНИГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель исследования. Изучение основных факторов летальности детей при менигококковой инфекции.

Материал и методы. Из 135 госпитализированных детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет в ГУ «ГКБДИБ г. Душанбе» с менигококковой инфекцией (МИ), нами изучены основные факторы показатели летальности 7 умерших детей (5,1%) детей. Диагноз МИ верифицирован эпидемиологическими, клиническими данными, а также выделением диплококка при бактериальном исследовании из носоглоточной слизи, крови и спинномозговой жидкости путём микроскопии с окраской по Грамму, а также на основании показателей коагулограммы проведенные в Референс лаборатории МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования. Из числа (135) госпитализированных с ГФМИ, у 93 (69,0%) детей заболевание протекало в виде сочетания менигококцемии с менингитом, у 24 (17,7%) гипертоксической формы, у 18 (13,3%) - менингоэнцефалита. Острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации отмечено у всех (100%) детей, причём высокая температура до 39,5–40,3°C у 117 (86,7%), а фебрильная температура до 38,5–39,0 °C лишь у 6 (4,5%) детей. Характерный специфический симптом менигококцемии - геморрагическая «звёздчатая» сыпь с некротическими элементами и одновременной высокой до 40,0 - 40,5°C лихорадкой отмечалась у 124 (91,8%), причём с первого дня заболевания у 56 (41,5%) детей отмечено быстротечное появление маленьких точечных высыпаний в виде экхимозов, петехий и гемморагий на коже лица.

Было установлено, что из 7 умерших детей с генерализованными формами менигококковой инфекции (ГФМИ), у 2 (28,6%) диагностирована молниеносная (фульминантная) форма, связанная с массивной бактериемией, распространением септического процесса и появлением специфической геморрагической сыпи, резким падением артериального давления, некроза кожи, нарушения перфузии органов и одновременно отмечались осложнения в виде острой надпочечниковой недостаточности (ИТШ) 3 степени и ДВС-синдром, что усугубило полиорганную недостаточность и риск летального исхода. Также, у всех (100%) детей с летальным исходом при нарушении ликвородинамики и внутричерепной гипертензии, с дислокацией ствола мозга и воспалительным отёком, диагностирован отёк и набухание головного мозга.

Лабораторно, у всех детей с летальным исходом было отмечено снижение уровня тромбоцитов ниже 40×10^9 /л, снижение показателя протромбинированного индекса (ПТИ) меньше 80% и среднее значение ПТИ составило $0,82 \pm 0,1$. У детей с фульминантной формой ГФМИ и синдромом Уотерхауса Фридериксана уровень фибриногена превышал 4 г/л и среднее его содержание составило $5,4 \pm 0,9$ г/л., а среднее значение АЧТВ составило $30,9 \pm 3,0$ секунды, удлинение более 39 секунд, повышение Д-димера более 250 нг/л у 5 (22,7%), С-реактивного белка более 10 мг/л.

Выводы. Таким образом, основными факторами летальности у детей с МИ являются осложнения в виде инфекционно-токсического шока и острой надпочечниковой недостаточности (Синдром Уотерхауса Фридериксана), ДВС-синдром и развитием гипокоагуляции, отёк и набухание мозга и полиорганная недостаточность, что при несвоевременно проведенном лечении, явилось высоким риском смерти.

Кодиров А.Х., Абдурахманова У.Ш., Фирузова Ф.Ф.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАТЯЖНОМУ ТЕЧЕНИЮ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Определить наиболее значимые факторы, способствующие затяжному течению диареи у детей раннего возраста.

Материал и методы. Исследование проведено на базе НМЦ РТ «Шифобахш». Под наблюдением находилось 78 детей раннего возраста (с 2 мес до 3 лет) с затяжным течением диареи, продолжающейся более 14 дней. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее характер вскармливания (грудное, искусственное, смешанное), рацион питания и возможные нарушения диеты, перенесённые и сопутствующие вирусные инфекции, наличие экссудативно-катарального диатеза, признаков имму-

нодефицитных состояний, факт преждевременных родов. Лабораторные исследования включали: общий анализ крови, биохимический анализ крови, копрологическое исследование, бактериологическое исследование кала. А также было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, функциональные тесты для определения дисбактериоза кишечника.

Результаты исследования. У всех пациентов диарея носила водянистый характер, при этом у большинства детей наблюдались учащённые дефекации, что сопровождалось признаками дегидратации различной степени тяжести и разных типов (изотонический - у 40%, гипертонический-у 26%, гипотонический-у 34% больных). Отмечались симптомы интоксикации, включая повышение температуры, вялость и снижение аппетита, у значительной части пациентов отмечалась потеря массы тела более 8-12%. Среди факторов, способствующих затяжному течению диареи, наибольшее значение имело отсутствие грудного вскармливания, которое выявлено у 56% детей. Нерациональное питание отмечалось у 48% пациентов, а сопутствующие вирусные инфекции (наиболее часто энтеровирусная, ротавирусная и короновирусная инфекция) зарегистрированы у 38% обследованных. Признаки иммунодефицитных состояний выявлены у 21% детей, у большинства которых при иммунологическом исследовании отмечалось снижение клеточного звена иммунной системы. Недоношенность имела место у 18% больных. У некоторых больных одновременно отмечались несколько вышеперечисленных факторов.

Из дополнительных методов исследования: в общем анализе крови отмечались лейкоцитоз (10-17 тыс.) и ускорение СОЭ до 12-27 мм/ч. У части детей выявилось снижение уровня гемоглобина 90-110 г/л, что было связано с длительным течением заболевания и нарушением процессов всасывания. Биохимический анализ крови выявил снижение уровня калия до 2,5 ммоль/л и натрия до 125ммоль/л, гипопротеинемию - общий белок снизился от 45 до 55 г/л, а альбумины до 25-30 г/л. Копрограмма показала непереваренные мышечные волокна, остатки клетчатки, большое количество слизи, нейтральные жиры и жирные кислоты. При бактериологическом исследовании кала у 70% детей были выделены один или несколько условно-патогенных и патогенных микроорганизмов: *Escherichia coli*-40%, *Klebsiella*-30%, *Staphylococcus aureus* - 20%. У 20% пациентов рост микрофлоры отсутствовал, что может быть связано с вирусной этиологией диареи.

Вывод. Затяжное течение диареи у детей раннего возраста тесно связано с рядом факторов, среди которых ведущую роль играют ранний отказ от грудного вскармливания, нерациональное питание детей, присоединение вирусных инфекций, наличие иммунодефицитных состояний и недоношенность. Указанные факторы способствуют развитию процессов мальдигестии и мальабсорбции, утяжелению клинического течения диарейного синдрома.

Курбанова С.Ч.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАЕОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Кафедра Терапия, Eurasian Multidisciplinary University, Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н, профессор, Пустоветова М.Г

Цель исследования. Оценить влияние хирургического суживания лёгочной артерии на внутрисердечную гемодинамику, геометрию межжелудочковой перегородки и процессы обратного ремоделирования левого желудочка у детей с дилатационной кардиомиопатией

Материал и методы. В исследование включены 5 пациентов с дилатационной кардиомиопатией. Операция суживания лёгочной артерии выполнена в период с декабря 2024 по октябрь 2025 года. Оценивались клиническое состояние и эхокардиографические показатели: фракция выброса ЛЖ (ФВ), индекс конечно-диастолического объёма левого желудочка (EDV LV/BSA), TAPSE (показатель систолической экскурсии кольца трёхстворчатого клапана), градиент давления на лёгочной артерии. Уровень NT-proBNP (маркер выраженности сердечной недостаточности) оценивали иммуноферментным методом.

Срок наблюдения составил 1–7 месяцев. Все пациенты до операции имели выраженные признаки нарушения гемодинамики. Исходно: ФВ — 26–45%, индекс конечно-диастолического объём— 123,68–175,51 мл/м², TAPSE — 10–18 мм, NT-proBNP — 341–17 118 пг/мл.

Результаты исследования. Все пациенты успешно перенесли операцию. В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечена положительная динамика сократительной функции ЛЖ и стабилизация системной гемодинамики. При наблюдении от 1 до 7 месяцев показатели были следующими: ФВ — 32–53%, индекс КДО — 48,98–147,83 мл/м², TAPSE — 14–30 мм, NT-proBNP — 30–10 480 пг/мл. У 2-х пациентов до операции проводилась инфузия сердечного гликозида (симдакс) для улучшения функции сердца. В послеоперационном периоде пациентам проводили поддержку работы сердца (сердечные гликозиды), корректировали водно-электролитный баланс (калийсберегающие диуретики), назначали препараты для восстановления структуры и функции миокарда (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы) и обеспечивали раннюю физическую реабилитацию. Индивидуальный подбор препаратов и регулярный эхокардиографический контроль помогали снизить риск декомпенсации и улучшить состояние пациентов.

Выводы. Операция ПАБ у детей с ДКМП восстанавливает сократительную функцию ЛЖ и способствует обратному ремоделированию миокарда. Результаты лечения во многом зависят от правильного послеоперационного ведения пациентов, которое включает медикаментозную терапию, регулярный контроль гемодинамических показателей и совместное наблюдение специалистов. Для получения объективной информации об эффективности данной процедуры у пациентов педиатрической группы требуются дальнейшие исследования.

Курбонова Р.Н., Зарипов А.Ш., Абдурахманова У.Ш.
КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ (16-ЛЕТНИЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

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

Научный руководитель - ст.преподаватель кафедры Курбонов Н.Б.

Цель исследования. Изучить структуру, клинико-возрастные особенности и лекарственные триггеры кожных проявлений лекарственной аллергии у детей.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 560 историй болезни детей в возрасте от 2 месяцев до 14 лет, находившихся под наблюдением аллергологов в 2000–2016 гг. Оценивались возраст, пол пациентов, клиническая форма кожного поражения, характер высыпаний, сроки их появления после назначения лекарственных средств, предполагаемый этиологический фактор и особенности течения. Статистическая обработка включала методы описательной статистики с расчётом относительных показателей.

Результаты исследования. Среди 560 наблюдаемых детей наиболее частой формой лекарственного поражения кожи являлась фиксированная экзантема — 170 случаев (30,4%). В 58,2% случаев она развивалась после назначения антибиотиков цефалоспоринового ряда, в 41,8% — на фоне приёма других лекарственных средств. Дебют высыпаний у 134 (78,8%) пациентов отмечался в первые двое суток терапии. Клинически преобладали эритематозные - 78 (45,8%) и макулопапулёзные 60 (35,3%) элементы, реже наблюдалась скарлатиноподобная сыпь 32 (18,9%). У мальчиков поражение кожи встречалось чаще, чем у девочек 105 (61,8%). Установлена тенденция к снижению частоты фиксированной экзантемы с увеличением возраста ребёнка. Экссудативная эритема зарегистрирована у 4 детей (0,7%), преимущественно после применения пенициллинов. Заболевание сопровождалось лихорадкой, признаками интоксикации и длительной поствоспалительной гиперпигментацией. Обострение атопического дерматита выявлено у 38 детей (6,8%), из них в 26 (68,4%) случаев оно было связано с назначением антибиотиков пенициллинового ряда. Клинически отмечались экссудативные - 16 (42,1%), пролиферативные - 10 (26,3%) и смешанные формы - 12 (31,6%) поражения, сопровождавшиеся выраженным зудом. Периоральный дерматит диагностирован у 6 детей (1,1%), причиной развития которого, являлись антибиотики пенициллинового ряда, тетрациклин, олететрин и вакцинация АКДС. Заболевание отличалось длительным, резистентным течением к терапии (более 6 месяцев). У 119 (21,2%) пациентов кожные проявления сопровождались субфебрильной температурой и зудом. Выявлено, что при назначении антибиотиков сыпь чаще развивалась в первые сутки заболевания, тогда как при применении сульфаниламидных препаратов — на 3–4 день.

Выводы. Кожные проявления являются ведущей формой лекарственной аллергии в педиатрической практике и характеризуются выраженным клиническим полиморфизмом. Наиболее частым вариантом поражения является фиксированная лекарственная экзантема. Основными триггерами выступают антибиотики цефалоспоринового и пенициллинового ряда. Ранний дебют кожной симптоматики характерен для антибиотико-индуцированных реакций. Полученные данные подчёркивают необходимость рационального назначения антибактериальной терапии и своевременной диагностики лекарственной гиперчувствительности у детей.

Кодирова Л.Р., Асламова Г.К.

ОРИЗАҶОИ ЗУДВОХУРАНДАИ СЕПСИС ДАР КУДАКОНИ ХУРДСОЛ

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ - мудири кафедра, н.и.т., дотсент Давлатова С.Н.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши оризаҳои бештарвохурандаи сепсис дар кӯдакони хурдсол.

Мавод ва усулҳо. Зери назорати мо дар шӯъбаи эҳғарии кӯдакони МД ММТ ҶТ "Шифобахш" 22 бемор бо таъхиси сепсис қарор дошт. Аз онҳо 5 кӯдак (22,7%) бо оризаи садмаи септикӣ, 9 кӯдак (40,9%) - синдроми лахташавии дохилирағии хун (СЛДХ) ва 5 кӯдак (22,7%) - норасоии шадиди гурдаҳо, 3 бемор (13,6%) - варами майнаи сар бистарӣ буданд. Дар беморон анамнез чамъ карда шуда, чунин таҳлилҳо гузаронида шуданд: таҳлили умумии хун, кишти бактериологӣ хун, таҳлили биохимиявии хун, прокалситонини хун, сафедаи С - реактивӣ, коагулограмма. Усулҳои инструменталӣ ТУС-и узвҳои батн, рентгени қафаси сина, томографияи компютерӣ ва томографияи магнитӣ резонансиро дарбар гирифтанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар 5 кӯдаки таҳқиқшаванда аломатҳои клиникии оризаи садмаи септикӣ чун пастшавии фишори хун, ҳуши тира, тахикардия, рангпаридагӣ ва нақши мармариӣ пӯст, норасоии полиорганӣ дида мешуд. Дар 9 бемор бо оризаи синдроми лахташавии дохилирағии хун аломатҳои клиникии хунравӣ аз ҷои сузанзанӣ, меъдаю рӯда, доғҳои кабуд дар сатҳи пӯст мушоҳида мешуданд. Дар беморон бо оризаи варами майнаи сар, ки зери дастгоҳи сунъии нафасдиҳӣ қарор доштанд, чунин аломатҳо аён буданд: сатҳи ҳуши кома, барҷастагии нармаки калони сар, ихтилоҷҳо ва ҳалалёбии узвҳои дарунӣ. Дар 5 бемороне, ки оризаи норасоии шадиди гурдаҳо доштанд, аломатҳои беҳолии умумӣ, олигоурия, варамиҳои сатҳи бадан, рангпаридагии пӯсту пардаҳои луобӣ, тахикардия, сустии иштиҳо, беҳолӣ, бемадорӣ падид гардиданд. Дар кӯдакони гирифтори сепсис вазнпартоӣ аз 15 то 50 %-ро ташкил дод.

Дар таҳлилоҳои лабораторӣ чунин тағйиротҳо мушоҳида гардиданд: эритроцитҳо 2,5- 3,74 млн., гемоглобин 50-90 г/л, лейкоцитҳо 5,4- 29,1 ҳазор, тромбоцитҳо 320-692 ҳазор, СТЭ - 30-55 мм/с. Дар кишти бактериологӣ хун Staph. aureus, St. haemolyticus кишт шуданд. Дар таҳлили биохимиявии хун: АСАТ - 58-88 воҳид/л, АЛАТ - 69-75 воҳид/л, билирубини умумӣ -15,0-88,0 мкмол/л, креатинин - 55,7-360,1 мкмол/л, мочевино - 5,9-22,1 мкмол/л, сафедаи умумӣ 48-53 г/л, сафедаи С-реактивӣ - 48,0- 110 мг/л, Na-136,4 -140,2 ммол/л, қанд 5,2-6,6 ммол/л, калтсий - 1,51-1,95 ммол/л, фибрин 12,0-16 с., фибриноген 266,4-350%. Таҳлили хун барои прокалсита-

нин - 2-10 нг/мл. Таҳлили умумии фазла: бе тағироти чиддӣ. Дар таҳлили бактериологии начосат E.coli+Ent. fecalis ва Candida дар 4 бемор дарёфт гардид.

Дар 5 беморе, ки бо оризаи садмаи септикӣ бистарӣ буданд, дар ТУС-и узвҳои дарунӣ чунин тағйиротҳо дида шуданд: гепатоспленомегалия, варами гурдаҳо ва гидронефроз, чамъшавии об дар ковокии шикам. Дар акси рентгенологии қафаси сина инфилтрат дар шушҳо ва варами шушҳо (дар 3 бемор) дида шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, оризаҳои аз ҳама зиёд вохурандаи сепсис дар кӯдакони хурдсол СЛДХ, норасоии шадиди кори гурдаҳо ва садмаи септикӣ буда, дигар оризаҳои сепсис ба монанди варами майнаи сар мутаносибан камтар ба вучуд меоянд.

Қурбонова С., Очилова Д., Тоҳиров Д.

ЗУХУРОТИ ПИЕЛОНЕФРИТИ ШАДИД ВА МУЗМИН ДАР КӢДАКОН

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои кӯдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – Абдуллоева Н.А.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани хусусиятҳои чараёни клиники ва табобати пиелонефрити шадид ва музмин дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи 50 таърихи бемории кӯдакони гирифтори пиелонефрит, ки дар шӯбаи нефрологии беморхонаи кӯдакони шаҳрии №1 (Истиклол) бистарӣ буданд, гузаронида шуд. Аз онҳо: аз 1 то 3-сола – 13 кӯдак, аз 3 то 7-сола – 20 кӯдак, аз 7 то 15-сола – 15 кӯдак. Аз кӯдакони ташхисшуда 33 нафар (66%) бо пиелонефрити шадид ва 17 нафар (34%) бо пиелонефрити музмин буданд. Аз онҳо 28 нафар духтар (56%) ва 22 нафар писар (44%). Ба ҳамаи беморон таҳлили умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, таҳлили умумии пешоб, кишти пешоб ба флора ва ТУС гурдаҳо татбиқ шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз анамнез маълум гардид, ки омили ирсӣ дар 5 кӯдак (12%) ба қайд гирифта шуд. Заминаи номусоиди преморбидӣ бештар дар кӯдакони синни барвақт мушоҳида гардид: камхунӣ – 12 нафар (30%), гипотрофия – 7 нафар (51%), рахит – 11 нафар (84,6%). Дар кӯдакони синни барвақт бештар СШВР, бемориҳои илтиҳобӣ дар духтарон (вулвит, вулвовагинит) мушоҳида мешуд; дар кӯдакони синни калонтар – СШВР ва гулӯдард.

Дар манзараи клиникӣ нишонаҳои захролудшавӣ (заъф, хасташавӣ, беҳолӣ, ҳалалдоршавии хоб, баландшавии ҳарорат) бештар дар кӯдакони синни барвақт дида мешуд. Дар кӯдакони калонтар синдроми дард ҳукмфармо буд; дард дар минтақаи камар ҷойгир шуда, аломати Пастернатский дар як ё ҳар ду тараф мусбат буд. Ихтилолҳои дизурӣ бо зиёд ё кам шудани пешобкунӣ зоҳир мегардиданд, нишонаҳои захролудшавӣ камтар ифода меёфтанд. Дар кӯдакони синни барвақтӣ бо заминаи номусоид нишонаҳои клиникӣ нисбат ба кӯдакони калонтар шадидтар мегузаштанд.

Аз рӯи маълумоти лабораторӣ: дар таҳлили умумии хун лейкоцитоз бо ҷобачошавии формула ба ҷап ва баландшавии СТЭ ба қайд гирифта шуд; дар 22 кӯдак (55%) камхунӣ ошкор гардид. Дар таҳлили умумии пешоб протеинурияи ночиз (камтар аз 1 г/л), лейкоцитурия ва микрогематурия мушоҳида шуд. Дар таҳлили биохимиявии хун диспротеинемия (12%) ва гипокалсемия (84%) муайян гардид. Дар ташхиси пиелонефрит кишти пешоб аҳамияти асосӣ дошт, ки бештар E.coli (50%) ва Proteus mirabilis (7%) ҷудо карда шуданд. Дар ТУС-и гурдаҳо – аломатҳои пиелонефрит муайян гардиданд. Табобат татбиқ шуд. Вобаста ба вазнинии ҳолат ва фаъолнокии раванд маҷмӯӣ речаи мувофиқ таъйин мегардид. Дар давраи шадиди беморӣ ва ҳангоми нишонаҳои равшани захролудшавӣ речаи бистарӣ ва парҳези мизи №5 тавсия мешуд.

Асоси табобатро муолиҷаи зиддибактериявӣ ташкил медод; ҳангоми интиҳоби дору нефмасмумият будани он ва ҳассосияти микрофлора ба антибиотикҳо ба назар гирифта мешуд. Бештар антибиотикҳои зерин истифода гардиданд: пенициллинҳои муҳофизатшуда (амоксиклав) ва сефалоспоринҳои насли III (сефтазидим, сефатаксим, сефазолин). Миқдори доруҳо вобаста ба синну сол таъйин мешуд. Пас аз анҷоми даври антибиотикҳо табобат бо уроантисептикҳо (фурагин, фурамаг, невиврамон ва ғ.) идома ёфта, инчунин табобати патогенезӣ ва симптоматикӣ гузаронида шуд.

Хулоса. Манзараи клиникӣ ва табобати пиелонефрит аз синну соли кӯдак ва фаъолнокии раванд вобаста аст. Дар кӯдакони синни барвақт нишонаҳои клиникӣ, хусусан ҳангоми мавҷуд будани заминаи номусоид (камхунӣ, гипотрофия, рахит), нисбат ба кӯдакони синни калонтар вазнинтар мегузаранд. Асоси табобатро доруҳои антибактериалӣ ва уроантисептикҳо ташкил медиҳанд.

Лоикова С.Р.

ПРОЯВЛЕНИЯ МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА – ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - ассистент кафедры Рахматуллаева М.А.

Цель исследования. Изучить проявления мочевого синдрома у детей, страдающих врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 24 историй болезни детей от 2 месяцев до 3 лет с врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки, находящихся в кардиоревматологическом отделении ГУ Медицинского комплекса «Истиклол» и НМЦ «Шифобахш» за период с 2019 по 2025 гг. Исследование проводилось на основе общего анализа мочи. Был выполнен анализ следующих показате-

телей в общем анализе мочи: количество, цвет, прозрачность, кислотность, относительная плотность, pH, белок, лейкоциты, эритроциты, эпителий, соли и слизи.

Результаты исследования. Основным диагнозом при госпитализации детей был врождённый порок сердца - дефект межжелудочковой перегородки. Из 24 пациентов мальчиков было 14 (58%) и 10 (42%) девочек в возрасте от 2-х месяцев до 3 лет. При анализе общего анализа мочи было выявлено, что количество не превышало 60 мл. Цвет мочи был в норме у всех пациентов. Прозрачность была неполной у 9 (37,5%) пациентов. Относительная плотность соответствовала возрастной норме у всех пациентов. Реакция мочи была кислой у 8 (33,3%) и слабокислой у 6 (25%) пациентов. У 6 (25%) пациентов белок в моче составил 0,066 г/л. Эпителиальные клетки были представлены плоским эпителием и количество не превышало 2-3 в п/з. Количество лейкоцитов было выше нормы (до 30 в п/з) у 14 (58%) пациентов при норме до 5 в п/з у мальчиков и до 10 в п/з у девочек. Количество эритроцитов не превышало 2 в п/з у всех пациентов. Количество гиалиновых цилиндров не превышало 2 в п/з у всех пациентов. Соли в виде уратов в большом количестве были обнаружены у 3 (12,5%) пациентов. Наличие слизи в большом количестве было обнаружено у 3 (12,5%) пациентов. Глюкозы и кетоновых тел не было обнаружено в анализах мочи.

Выводы. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что у детей с врождённым пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки мочевого синдрома проявляется умеренной лейкоцитурией и протеинурией, гиперурикозурией и повышением количества слизи в моче, что необходимо учитывать врачам при постановке диагноза с наличием коморбидности у данной категории пациентов.

Мадамонов Ш.Ш., Ноефм Г.

ГИБП ПРИ ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ IV КЛАССА

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бадалова З.А.

Цель исследования. Оценить клинический эффект терапии ГИБП ритуксимаб при волчаночном нефрите у ребёнка.

Клиническое наблюдение. Девочка 9 лет поступила с жалобами на выраженные периферические отеки, снижение диуреза и субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что за несколько месяцев до госпитализации перенесла инфекцию, ассоциированную с вирусом Эпштейна–Барр, по поводу которой получала терапию цефтриаксоном и ацикловиром. В амбулаторных анализах отмечались следы белка в моче, анемия, повышение уровня С-реактивного белка и креатинина. По данным ультразвукового исследования выявлены гепатоспленомегалия, лимфаденопатия и наличие свободной жидкости в малом тазу.

В дальнейшем наблюдалось прогрессирование протеинурии (до 3,0 г/л), нарастание отеочного синдрома и эпизоды лихорадки. На фоне данных изменений была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном. Одновременно появилась характерная гиперемия кожи лица по типу «бабочки», что позволило заподозрить дебют системной красной волчанки.

При физикальном обследовании отмечались выраженная гепатоспленомегалия (печень выступала на 5–6 см из-под края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги), признаки нефротического синдрома (генерализованные периферические отеки, асцит, плевральный выпот, олигурия, артериальная гипертензия до 150/160/110–120 мм рт. ст.), признаки интоксикационного синдрома (слабость, вялость, повышенная утомляемость, сонливость), тахикардия, артралгии с эпизодами припухлости коленных суставов, сосудистая гиперемия щек и генерализованная лимфаденопатия.

В лабораторных исследованиях выявлены анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз, лимфопения, повышение уровня мочевины до 18,3 ммоль/л, гиперхолестеринемия, гиперурикемия, выраженное снижение компонентов комплемента (C3 до 0,11; C4 до 0,01), гипоальбуминемия, ускорение СОЭ до 63 мм/час. Серологически выявлены антитела IgM и IgG к вирусу Эпштейна–Барр.

В анализе мочи отмечались протеинурия до 3,3 г/л, лейкоцитурия и эритроцитурия. По данным инструментальных методов обследования выявлены признаки перикардита, плеврита, интерстициального нефрита, гепатоспленомегалия и асцит.

Аутоиммунное обследование показало высокий титр антинуклеарного фактора (АНФ 1:5120), наличие антител к двухцепочечной ДНК, антител к нуклеосомам и СЕНР-В, а также пограничные антитела к митохондриям. По результатам нефробиопсии диагностирован волчаночный нефрит IV класса (IV A) по классификации ISN/RPS.

Пациентке была назначена противовирусная терапия, высокодозная гормональная терапия (пульс-терапия метилпреднизолоном с последующим назначением преднизолона) в сочетании с цитостатической терапией микофеноловой кислотой. На фоне лечения отмечалась частичная положительная динамика: купирование лихорадки и уменьшение выраженности отеков, однако сохранялись анемия, гипофибриногенемия и значительная протеинурия.

В связи с недостаточной эффективностью проводимой терапии было принято решение об эскалации лечения и назначении ритуксимаба в дозе 375 мг/м² 1 раз в неделю №4 с предварительной премедикацией метилпреднизолоном (100 мг), хлорпирамином и ибупрофеном.

Результаты исследования. После завершения курса терапии ритуксимабом отмечена выраженная положительная клинико-лабораторная динамика. У пациентки улучшилось общее самочувствие, полностью регрессировал отеочный синдром, нормализовался диурез, уменьшились размеры печени и селезенки, исчезли артралгии. Артериальное давление стабилизировалось (119/83 мм рт. ст.). В лабораторных показателях отмечалось снижение уровня мочевины, исчезновение протеинурии и уменьшение титра антинуклеарного фактора до 1:320.

Выводы. Представлен клинический случай дебюта системной красной волчанки у ребёнка с поражением почек (волчаночный нефрит IV класса), суставным синдромом, гематологическими нарушениями, гепатоспленомегалией и серозитом. В условиях недостаточного ответа на стандартную комбинированную терапию применение ритуксимаба сопровождалось развитием клинико-лабораторной ремиссии в течение 4-месячного периода наблюдения без зарегистрированных нежелательных явлений. Представленное наблюдение позволяет рассматривать ритуксимаб как потенциальную терапевтическую опцию при тяжелом или рефрактерном течении волчаночного нефрита у детей, однако для окончательной оценки его эффективности необходимы дальнейшие контролируемые исследования.

Маджидов Р.И., Файзуллоев Ф.А., Нуралиева Г.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С «СИНИМИ» ФОРМАМИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

1. Кафедра детских болезней 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
2. ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан
Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить особенности течения пневмонии у детей раннего возраста с «синими» формами врождённых пороков сердца (ВПС).

Материал и методы. Обследованы 30 детей с пневмонией на фоне цианотических форм ВПС: тетрады Фалло — 10 больных (33%), стеноза лёгочной артерии — 10 (33%), атрезии трикуспидального клапана и транспозиции магистральных сосудов — по 5 пациентов (34%). В возрасте до 1 года было 14 больных (47%), от 1 до 2 лет — 10 (33%), от 2 до 3 лет — 6 (20%). Всем пациентам проводились общеклинические методы исследования, лабораторные анализы, рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты исследования. Дети поступали с жалобами, со слов родителей, на одышку и вялость - 100%, бледность и синюшность кожных покровов и кожи, снижение аппетита - 90%, повышение температуры тела до 38-39°C и выше - 83%, сухой кашель - 65%, беспокойство, отсутствие прибавки в весе. При объективном осмотре состояние детей было тяжёлым за счёт дыхательной недостаточности, интоксикации. Кожные покровы бледные, выраженный цианоз, сатурация крови кислородом (SpO₂) 78-82%. Частота дыхания в среднем составляла 48-60 в мин., частота сердечных сокращений 145-170 в мин. Втяжение межрёберных промежутков и участие в акте дыхания крыльев носа выявлено у 70% детей, влажные хрипы в лёгких - у 88%. У грудных детей в 36% случаев отмечалось апноэ. У детей с тетрадой Фалло нередко отмечались одышечно-цианотические приступы. Признаки сердечной недостаточности в виде одышки, тахикардии отмечены у всех детей, гепатомегалия — у 50%, отёки на ногах и лице - у 60%. Лабораторные исследования показали лейкоцитоз с нейтрофилёзом — 85%, повышение С-реактивного белка (до 20-25 мг/л) — 80%. Сдвиг лейкоформулы влево отмечен у 70% больных, ускоренное СОЭ до 25-32 мм/ч. Рентгенологические изменения распределились следующим образом: очаговая инфильтрация — у 50%, полисегментарная пневмония — у 20%, двустороннее поражение лёгких — у 20% пациентов, усиление лёгочного рисунка - 85%, признаки венозного застоя - 55%. Кардиомегалия зарегистрирована в 78% случаев. Наиболее частыми осложнениями у больных детей явились острая дыхательная недостаточность (70%), сердечная недостаточность (70%), плеврит (10%). Тяжёлое течение пневмонии отмечалось у 67% детей, среднетяжёлое — у 33%.

Дети получали: антибиотики (цефалоспорины, аминозащищённые пенициллины), муколитики (бромгексин, ацетилцистеин, лазолван), антигистамины (тавегил, цетиризин), ингаляцию с раствором небутола, бета-адреноблокаторы (анаприлин), метаболитную терапию. Кашель у детей сохранялся более 1-1,5 мес. При повторных рентгенологических исследованиях полного рассасывания инфильтрации лёгких не происходило даже после 4-6 недель терапии, чаще у детей с комбинированным врождённым пороком сердца (около 30%).

Выводы. Пневмония у детей раннего возраста с цианотическими ВПС в большинстве случаев имеет тяжёлое течение из-за хронической циркуляторной гипоксии и вторичного иммунодефицита; чаще протекает тяжело, сопровождается выраженной дыхательной недостаточностью, усилением цианоза и значительными рентгенологическими изменениями, часто двусторонними и полисегментарными. Ранняя диагностика инфильтративных поражений лёгких и интенсивное лечение положительно влияют на качество жизни данной категории пациентов.

Мадиев Б.Х., Исоева М.Ф., Комилов И.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Изучение сравнительной характеристики течения ветряной оспы у детей и взрослых.

Материал и методы. Проведен клинический анализ 40 больных, находившихся на стационарном лечении в ГУ «ГМЦ №1» г. Душанбе с сентября по декабрь месяца 2025 года. Диагноз ветряной оспы был выставлен на основании наличия типичной везикулёзной сыпи на слизистых ротоглотки, глаз, наружных половых органов, а также на коже и волосистой части головы. Из числа больных с ветряной оспой, детей было 28(70%), взрослых 12(30%).

Результаты исследования. Среди детей (28) мальчиков было 16 (57,1%), девочек 12 (42,9%) и большинство 21(75%) были организованными. Детей до года было 4(13,3%), раннего возраста - 7(34,7%), от 3 - 7 лет - 5(30,6%), от 7 - 18 лет 12(21,4%). Возрастной состав взрослых больных (12) в интервале составлял от 18 до 25 лет, из них 7(58,3%), мужчин, 5(41,6%) женщин, причём 3-е (1,7%) беременные женщины со сроком беременности 35 - 38 недель.

У всех больных с ветряной оспой (100%) отмечено острое начало заболевания. При обращении в стационар у 21(75%) детей отмечено тяжёлое, у 7(25%) среднетяжёлое состояние, причём большинство больных 17(60,7%) детей обратились на 1-2 сутки, а 11(39,3%) после прохождения 3-х суток от начала появления везикулёзной сыпи. Прором заболевания у 8(28,6%) детей сопровождался субфебрильной температурой до 37,2—38,5°C, у 3(25%) взрослых фебрильной температурой до 38,5—39,5°C, катаром верхних дыхательных путей и болезненностью в зеве. Длительность инкубации была в пределах $14,0 \pm 3,9$ дней, а лихорадка до 4-8 дней чаще отмечена у 8(66,7%) взрослых и сопровождалась слабостью (100%), головными болями 7(53,8%), нарушением сна 7(58,3%), кашлем и насморком у 6(50%). У 18(64,3%) детей до года и 13(46,4%) детей старше года отмечены непродолжительная лихорадка (до 3-х дней), с менее выраженными симптомами интоксикации со слабостью у 11(39,3%), головными болями у 8(28,6%), нарушением сна у 6(21,4%). Катаральный синдром чаще 15(53,6%) отмечен у детей старшего возраста. Выраженный токсикоз отмечен у 11(75%) взрослых и 18(64,3%) детей, а кожный зуд у 7(58,3%) взрослых и 19(67,8%) детей старшего года. Везикулёзная сыпь на слизистых ротоглотки почти одинаково отмечена у детей старше года 22(78,6%) и у 9(75%) взрослых.

Высыпания продолжались до 5 дней и составила ($5,9 \pm 1,5$ дней) у 21 (75%) детей и 8 (66,7%) взрослых и более 6 дней у 7 (25%) детей и 4(33,3%) взрослых. Среди всех больных (40), у 10(25%) высыпания отмечались на конъюнктиве глаз и сопровождалась болями и слезотечением. Осложнение в виде пневмонии отмечено у всех (100%) детей до одного года, у 13(46,4%) детей старше года, у 5(41,7%) взрослых, а поражение у 2(7,1%) детей до года и у 1(3,6%) ребёнка старшего возраста.

Выводы. Таким образом, ветряная оспа чаще у (66,7%) взрослых протекает с продолжительной фебрильной лихорадкой и выраженным катаром верхних дыхательных путей, по сравнению с детьми до года (64,3%) и старше года (46,4%), у 41,7% взрослых больных.

Мансуров М.Ю., Наджмиддинова Д.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОДНОКАМЕРНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Самиева Н.Ш.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинических, лабораторных и инструментальных показателей у двух пациентов с врождёнными пороками сердца (ВПС), сопровождающимися однокамерной гемодинамикой, с целью определения факторов, влияющих на тяжесть состояния и лечебную тактику.

Материал и методы. В исследование включены два пациента с однокамерной гемодинамикой: первый — с атрезией трикуспидального клапана и гипоплазией правого желудочка; второй — с истинным единственным желудочком и общим предсердием. Проведен анализ анамнестических данных, объективного статуса, показателей сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем. Лабораторные методы включали общий и биохимический анализы крови, коагулограмму, оценку маркеров воспаления. Инструментальное обследование представлено эхокардиографией, рентгенографией органов грудной клетки, мониторингом сатурации кислорода (SpO_2). Выполнен сравнительный клинико-инструментальный анализ.

Результаты исследования. У первого пациента состояние оценивалось как умеренно тяжёлое: частота сердечных сокращений 140 уд/мин, SpO_2 65–68% на воздухе, выраженных лабораторных отклонений не выявлено. По данным ЭхоКГ диагностированы атрезия трикуспидального клапана, гипоплазия правого желудочка, дефект межпредсердной перегородки 6 мм, дефект межжелудочковой перегородки 10 мм, стеноз клапана лёгочной артерии, фракция выброса 60%. После медикаментозной стабилизации выполнен этап паллиативной коррекции — операция Гленна.

У второго пациента состояние с рождения характеризовалось как крайне тяжёлое: ЧСС 150–170 уд/мин, SpO_2 около 68% без кислородной поддержки, клинические признаки сердечно-дыхательной недостаточности. Лабораторно отмечались анемия и признаки системного воспалительного ответа на фоне сепсиса. ЭхоКГ выявила истинный единственный желудочек, общее предсердие, атрезию атриовентрикулярного соединения, тяжёлую лёгочную гипертензию, фракцию выброса 63%, диаметр аорты 7 мм. Пациент получал интенсивную терапию в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Сравнительный анализ показал, что выраженность гипоксемии, частота осложнений и потребность в неотложных лечебных мероприятиях напрямую коррелируют с анатомической сложностью порока, степенью лёгочной гипертензии и наличием сопутствующих инфекционно-воспалительных осложнений.

Выводы. Течение ВПС с однокамерной гемодинамикой определяется морфологической структурой порока и сопутствующими патологическими состояниями. Менее сложные анатомические варианты при своевременной диагностике позволяют выполнить этапную хирургическую коррекцию и добиться относительной стабилизации состояния. При множественных анатомических дефектах и присоединении сепсиса прогноз значительно ухудшается. Ранняя эхокардиографическая верификация и мультидисциплинарный подход имеют ключевое значение для оптимизации тактики ведения и снижения риска жизнеугрожающих осложнений.

Махмадова С.А., Кабилова Б.Х.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель: Насридинова Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности течения раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных на фоне проведения пренатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома.

Материал и методы. Проведён анализ клинического течения раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных. Оценивались клинические проявления респираторных нарушений, необходимость респираторной поддержки и эффективность профилактических мероприятий. Особое внимание уделялось применению антенатальной профилактики РДС путём введения кортикостероидов (бетаметазон, дексаметазон) беременным женщинам при угрозе преждевременных родов за 24-48 часов до родоразрешения.

Результаты исследования. Основными клиническими проявлениями РДС являлись тахипноэ, экспираторный стон, втяжение межрёберных промежутков и нижних отделов грудной клетки, раздувание крыльев носа и цианоз кожных покровов. Применение антенатальной профилактики кортикостероидами способствовало снижению тяжести респираторных нарушений и уменьшению потребности в искусственной вентиляции лёгких. В лечении применялись СРАР-терапия, искусственная вентиляция лёгких и сурфактант-терапия. При своевременном лечении в условиях ОРИТН выживаемость достигает 90%.

Выводы. Недоношенные дети характеризуются функциональной незрелостью органов и систем, особенно дыхательной системы. Проведение антенатальной профилактики РДС улучшает течение раннего неонатального периода и снижает риск развития тяжёлых дыхательных нарушений. Своевременная респираторная поддержка, профилактика инфекционных осложнений и адекватный уход являются важными условиями успешной адаптации недоношенных новорожденных.

Махмудова Г.А.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЛИНИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней БГМИ им. Абу Али ибн Сина, Узбекистан

Научный руководитель – PhD, доцент «Хамраева Д.Р. и Рахматова Н.Н.

Цель исследования. Определить, насколько внедрение современных диагностических методов повысило качество лечения детей с острым лейкозом в период с 2011 по 2025 год. Мы хотим выявить ключевые тенденции в оценке рисков, адаптации терапии и снижении ранних осложнений для достижения лучших исходов.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра. Проанализированы данные 117 детей с впервые диагностированным острым лейкозом за период 2011–2025 гг. Возраст пациентов: от 1 до 17 лет. Пол: мальчики – 56 (47,8%), девочки – 61 (52,1%). Общее количество пациентов за 2011-2025 гг. - 117. Пациенты проходили комплексное обследование, включающее общеклинические (ОАК, мазок крови), морфологические (миелограмма), цитохимические, иммунологические (проточная цитометрия), цитогенетические и молекулярно-генетические (ПЦР, FISH, MRD) исследования. Дополнительно проводились биохимический мониторинг и инструментальная диагностика.

Результаты исследования. Структура острых лейкозов характеризовалась преобладанием лимфобластного варианта (104 пациента, 88,8%), что соответствует возрастной специфике детской онкогематологии. Промиелоцитарный, миелобластный и монобластный варианты встречались значительно реже. Наибольшая частота заболевания отмечена у детей дошкольного возраста (4–7 лет) – 56 пациентов (47,8%), что коррелирует с пиком заболеваемости острым лимфобластным лейкозом. Дети раннего возраста (1–3 года) - 24 случая (20,5%) и младшего школьного возраста (8–12 лет) - 29 (24,7%), также составили значительную долю заболевших. Полученные данные подтверждают возрастную уязвимость раннего и дошкольного периодов. Территориальное распределение случаев выявило неравномерную структуру заболеваемости по районам Бухарской области. Наибольшее количество зарегистрированных случаев было выявлено в Гиждуванском районе (23 пациента - 19,5%), городе Бухара (17 пациентов - 14,4%), Шафрианском районе (11 пациентов - 9,3%), Жондорском районе (10 пациентов - 8,5%). Средние показатели зарегистрированы в Ромитанском и Пешкунском районах (по 8 пациентов - 6,8%), также в Каракульском районе (6 пациентов - 5,1%) и Алатском районе (5 пациентов - 4,2%), а наименьшее количество случаев – в Каганском и Караулбазарском районах (по 3 пациента - 2,5%). Анализ показывает, что частота регистрации в Гиждуванском районе почти в 8 раз выше по сравнению с Каганским и Караулбазарскими районами. Более высокая выявляемость в городе Бухара и крупных районах, вероятно, связана с большей численностью населения, лучшей транспортной доступностью и более ранним обращением за специализированной медицинской помощью.

Вывод. Интеграция современных диагностических технологий в клиническое ведение детей с острым лейкозом в 2011–2025 гг. позволила повысить точность стратификации риска, своевременно адаптировать терапию и улучшить раннюю выявляемость осложнений. В структуре заболеваний преобладал острый лимфобластный лейкоз (88,8%) с максимальной частотой у детей 4–7 лет (47,8%).

ПРОБЛЕМА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Оценка уровня осведомлённости родителей о питании детей раннего возраста с синдромом мальабсорбции.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». В исследование включены 56 детей в возрасте до 4 лет с установленным диагнозом: синдром мальабсорбции. Оценка состояния детей осуществлялась на основании данных анамнеза, результатов клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования. Особое внимание при сборе анамнеза уделялось особенностям вскармливания детей после прекращения грудного кормления, характеру введения прикорма и переходу ребёнка на общий стол.

Результаты исследования. При анализе анамнестических данных установлено, что значительная часть родителей не владела достаточными знаниями о принципах рационального питания ребёнка после завершения грудного вскармливания. У многих детей отмечался резкий и преждевременный переход на общий стол, без поэтапного введения продуктов и учёта возрастных особенностей пищеварительной системы. На фоне нарушений в организации питания у детей наблюдались жалобы на диарею, частый жидкий стул, метеоризм, боли и вздутие живота, снижение аппетита, недостаточную прибавку массы тела, а также признаки общего беспокойства и утомляемости. Лабораторные исследования выявили признаки нутритивной недостаточности, включая анемию, гипопроотеинемию, гипоальбуминемию и изменения копрограммы, свидетельствующие о нарушении процессов переваривания и всасывания питательных веществ. Установлена связь между неправильной организацией питания после грудного вскармливания, низким уровнем информированности родителей и выраженностью клинико-лабораторных проявлений синдрома мальабсорбции.

Выводы. Недостаточная осведомлённость родителей о правилах питания детей после завершения грудного вскармливания, а также резкий переход на общий стол являются важными факторами, способствующими развитию и усугублению синдрома мальабсорбции у детей раннего возраста. Полученные результаты подчёркивают необходимость проведения систематической разъяснительной и образовательной работы с родителями по вопросам рационального питания, что позволит улучшить нутритивный статус ребёнка и снизить риск осложнений.

Мингбоева И.К., Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МАЛОЙ ТАЛАССЕМИИ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические критерии малой талассемии у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 22 ребёнка с гетерозиготным состоянием по бета-талассемии в возрасте от 2 до 16 лет, которые находились на стационарном лечении в детском гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». У всех детей проводился сбор анамнеза (близкородственный брак родителей, наличие других детей с наследственными болезнями, в том числе, гемолитическими анемиями), лабораторные (общий развёрнутый анализ крови, биохимические исследования, в том числе, ферменты печени, белково-осадочные пробы, билирубин, протеинограмма, форец гемоглобина, сывороточное железо и ферритин, железосвязывающая способность крови, проба Кумбса) и инструментальные (УЗИ внутренних органов, по показаниям – рентгенография грудной клетки и эхокардиография) методы исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза обследуемых больных выяснилось, что 16 детей (72,7%) родились от родственного брака, но у родителей отсутствуют какие-либо признаки заболевания. У шестерых пациентов (27,28%) в семье другие сиблинги тоже страдали талассемией.

Состояние детей при поступлении расценивалось как средней тяжести. Жалобы на бледность, утомляемость, снижение аппетита и головокружение. Физическое развитие у большинства детей соответствовало возрасту, лишь 3 пациента отставали в физическом развитии. При объективном обследовании кожные покровы бледноватые, слизистые оболочки и склеры иктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. В лёгких выслушивалось жёсткое дыхание. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. У 9 пациентов выслушивался систолический шум функционального характера. Живот мягкий, печень выступала из-под края рёберной дуги на 1,5-2,0 см, селезёнка была увеличена на 2,0-2,5 см у преобладающего большинства больных. У 5 больных детей имела место деформация костей черепа в виде готического неба, некоторого увеличения скулы и верхней челюсти, узкие глазные щели; у остальных костных изменений не выявлено. У 4 детей на УЗИ определили образование камней в желчном пузыре.

Из дополнительных методов исследования: в общем анализе крови отмечалось некоторое снижение уровня гемоглобина с развитием гемолитической анемии лёгкой степени (102-89 г/л) гипохромного характера, микроцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоцитоз (4-6%), тенденция к лейкопении. Сывороточное железо было чаще в пределах нормы, либо повышенным до 40 мкмоль/л, ферритин у большинства детей был повышенным, а железосвязывающая способность сыворотки крови - пониженной, что обусловлено избытком железа в организме. Форец гемоглобина показал увеличение концентрации гемоглобина А2 (более 15%) у всех детей с этой формой гемоглобинопатии.

Вывод. Малая талассемия у детей часто может протекать под маркой дефицитной анемии, резистентной к терапии, особенно, когда у пациентов нет/или незначительная гепатоспленомегалия. Она может протекать с минимальными клиническими симптомами. Заболевание может выявляться случайно, при рутинном анализе крови других детей в семье, где есть пациент с анемией. В диагностике решающую роль играют исследование типа гемоглобина, повышение уровня сывороточного железа и ферритина, генетическое тестирование для точного определения типа мутации.

Мингбоева И.К.

СЕМЕЙНЫЕ ПРИОБРЕТЁННЫЕ НАРУШЕНИЯ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ (клинический случай)

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности семейных приобретённых нарушений свёртывающей системы у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в детском гематологическом отделении находились двое детей (брат и сестра) из одной семьи: у брата была коагулопатия, а у сестры - тромбоцитопеническая пурпура. Детям были выполнены следующие обследования: гемограмма, биохимия, тест на ВИЧ, гепатиты, коагулограмма, ретракция кровяного сгустка, анализ мочи и кала.

Результаты исследования. Мальчик поступил в отделение детской гематологии с жалобами на носовые кровотечения, синяки на теле и ногах, бледность кожных покровов, слабость, утомляемость, снижение аппетита, боли в животе, тошноту. Из анамнеза выяснилось, что дети перенесли острую респираторную инфекцию с высокой температурой, после чего появились первые признаки заболевания. Последние дни состояние ухудшилось. Девочка жаловалась на носовые кровотечения, кровоточивость дёсен, геморрагические элементы на ногах, слабость, вялость. Данные лабораторных исследований мальчика, гемограмма: гемоглобин - 89 г/л; эритроциты - $3,28 \times 10^{12}/л$; Ht - 24,8%; лейкоциты - $6,92 \times 10^9/л$; лимфоциты - 27%; тромбоциты - $322 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 22 мкмоль/л; связанный билирубин - 5 мкмоль/л; свободный билирубин - 17 мкмоль/л; АлАт - 53,2 ед/л; АсАт - 43,2 ед/л. Коагулограмма: фибриноген - 0,45 г/л; фибрин - 1,2 г/л. ВИЧ, гепатиты - отрицательные. Анализ мочи: белок - 0,033%; лейкоциты 8-11 в п/з; эритроциты - 0-1 в п/з. Анализ кала: без изменений. Данные лабораторных исследований девочки, гемограмма: гемоглобин - 92 г/л; эритроциты - $3,37 \times 10^{12}/л$; Ht - 28,1%; лейкоциты - $9,49 \times 10^9/л$; лимфоциты - 30%; тромбоциты - $31 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18 мкмоль/л; связанный билирубин - 3 мкмоль/л; свободный билирубин - 15 мкмоль/л; АлАт - 44,8 ед/л; АсАт - 34,6 ед/л. Коагулограмма: фибриноген - 2,4 г/л; фибрин - 3 г/л, ВИЧ, гепатиты - отрицательные. Анализ мочи: белок - 0,033%. Анализ кала: без изменений.

Выводы. Семейные нарушения свёртывания связаны с генетическими дефектами и проявляются с раннего возраста, тогда как приобретенные формы развиваются вторично вследствие различных патологических состояний. Своевременная диагностика и коррекция нарушений гемостаза позволяют снизить риск тяжёлых осложнений - массивных кровотечений и кровоизлияний в жизненно важные органы.

Мирзода И.Н., Мамаджарова М.Г., Мирзоев Л.М.

ИММУННЫЙ ОТВЕТ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАКЦИН ПРОТИВ COVID-19

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Изучить продолжительность иммунного ответа против COVID-19 у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы. Обследовано 96 ВИЧ-инфицированных пациентов, вакцинированных мРНК-, векторными и инактивированными вакцинами. Оценивали уровни IgG и показатели клеточного иммунитета через 3 месяца после вакцинации. В оценке были использованы следующие виды вакцин: мРНК-вакцины (*Pfizer/BioNTech*) - n=34, векторные (*AstraZeneca*) - n=31 и инактивированные (*Covivac*) - n=31. ВИЧ-инфицированные были разделены на группы в зависимости от уровня CD4⁺: 1 группа (n=42) - CD4⁺ 350 кл/мкл; 2 группа (n=34) - CD4⁺ 200–350 кл/мкл и 3 группа (n=20) - CD4⁺ <200 кл/мкл. Оценка уровня IgG к SARS-CoV-2 (BAU/мл) проводилась методом ИФА и клеточный иммунитет CD4⁺/CD8⁺ - методом проточной цитометрии. Результаты выражались в BAU/мл (Binding Antibody Units) в соответствии с международным стандартом ВОЗ. Порог серопозитивности - ≥ 35 BAU/мл.

Результаты исследования. Через 3 месяца после завершения вакцинации уровень IgG к SARS-CoV-2 существенно различался в зависимости от платформы вакцины. Средние титры IgG составили 1240 ± 110 BAU/мл при применении мРНК-вакцин, 860 ± 95 BAU/мл — векторных и 540 ± 80 BAU/мл - инактивированных вакцин ($p < 0,001$).

Клеточный иммунный ответ регистрировался у 82,6 % пациентов после мРНК-вакцин, у 69,4 % — после векторных и у 48,3 % — после инактивированных вакцин ($p < 0,01$). Корреляционный анализ показал умеренную положительную связь между типом вакцинальной платформы и уровнем гуморального иммунного ответа ($r=0,58$; $p < 0,001$), а также зависимость интенсивности клеточного иммунитета от уровня CD4⁺-лимфоцитов ($r=0,54$; $p < 0,001$). Пациенты с CD4⁺ >350 кл/мкл демонстрировали наиболее высокий уровень антител независимо от вида вакцин. У пациентов с CD4⁺ <200 кл/мкл средний уровень IgG был в 1,8 раза ниже по сравнению с группой >350 кл/мкл ($p < 0,01$).

Пациенты с CD4⁺ <200 кл/мкл имели ниже уровни антител и реже положительный клеточный ответ во всех группах вакцин.

Выводы. Иммуногенность вакцин против COVID-19 у ВИЧ-инфицированных пациентов зависит как от типа вакцины, так и от исходного иммунного статуса. При использовании МРНК-вакцины наблюдался более высокий уровень IgG и выраженный Т-клеточный ответ. ВИЧ-инфицированные пациенты с CD4⁺ <200 кл/мкл демонстрировали сниженный иммунный ответ. Результаты исследования показывают, что необходим индивидуальный подход к вакцинации и мониторингу иммунитета у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Мирзозода А. Ч., Махмудова М. М.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, РОЖДЁННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Кафедра детских болезней № 1 им профессора Аминова Х. Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель: Али-заде Ш. Б.

Цель исследования. Проанализировать факторы риска вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и определить наиболее эффективные меры профилактики инфицирования новорождённых, включая оптимальный выбор метода родоразрешения, применение антиретровирусной терапии у матери и проведение профилактических мероприятий у ребёнка в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор международных клинических исследований и современных рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), CDC и Европейского клинического общества по СПИД (EACS), посвящённых профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку. Анализировались данные о влиянии вирусной нагрузки матери, иммунного статуса, акушерских факторов и метода родоразрешения на риск инфицирования новорождённых, а также современные подходы к диагностике и профилактике ВИЧ у детей.

Результаты исследования. По данным международных исследований, без проведения профилактических мероприятий риск вертикальной передачи ВИЧ от матери ребёнку составляет 15–45%. Передача вируса может происходить внутриутробно (5–10%), во время родов (10–20%) и при грудном вскармливании (5–20%). Наибольший риск инфицирования приходится на интранатальный период, когда новорождённый контактирует с кровью и биологическими жидкостями матери.

Основными факторами, повышающими риск инфицирования ребёнка, являются высокая вирусная нагрузка матери, низкий уровень CD4-лимфоцитов, клинически выраженная стадия ВИЧ-инфекции, длительный безводный период, затяжные роды, акушерские травмы и инвазивные вмешательства. Дополнительным фактором риска может быть наличие вирусных штаммов с высокой репликативной активностью.

Существенный прогресс в профилактике вертикальной передачи ВИЧ связан с внедрением комбинированной антиретровирусной терапии. При регулярном приёме антиретровирусных препаратов и подавлении вирусной нагрузки до уровня <50 копий/мл вероятность инфицирования ребёнка снижается до менее 1%.

Выбор метода родоразрешения также играет важную роль в профилактике инфицирования новорождённого. При низкой вирусной нагрузке и эффективной антиретровирусной терапии возможно безопасное родоразрешение через естественные родовые пути. В случаях высокой вирусной нагрузки или отсутствия эффективной терапии рекомендуется плановое кесарево сечение, которое позволяет снизить вероятность контакта ребёнка с инфицированной кровью матери.

После рождения ребёнку проводится антиретровирусная профилактика в раннем неонатальном периоде. Важным элементом педиатрического наблюдения является ранняя лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволяющая выявить вирусную РНК или ДНК. Согласно современным рекомендациям, обследование детей, рождённых от ВИЧ-положительных матерей, проводится в несколько этапов: в возрасте 14–21 день, 1–2 месяца и 4–6 месяцев жизни. Отрицательные результаты ПЦР при отсутствии грудного вскармливания позволяют исключить инфицирование ребёнка.

Дополнительные профилактические мероприятия включают отказ от грудного вскармливания в условиях доступности безопасных заменителей грудного молока и регулярное наблюдение ребёнка у педиатра и инфекциониста.

Современные научные исследования направлены на разработку новых классов антиретровирусных препаратов, воздействующих на различные этапы жизненного цикла вируса, включая ингибиторы взаимодействия gp120 с рецептором CD4, блокаторы ко-рецепторов CCR5/CXCR4 и ингибиторы капсидного белка вируса.

Выводы. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ является важной задачей современной педиатрии и неонатологии. Эффективная антиретровирусная терапия у матери, рациональный выбор метода родоразрешения и проведение антиретровирусной профилактики новорождённому позволяют снизить риск инфицирования ребёнка до менее 1%. Комплексный междисциплинарный подход, включающий раннюю диагностику и динамическое наблюдение детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей, способствует значительному снижению распространённости ВИЧ-инфекции среди детского населения.

Мирзозода С.З., Музаффаров Ш.С., Тешаев Ф.Р.
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить особенности тактики лечения нейротоксикоза у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 детей раннего возраста с нейротоксикозом различных фаз, которые находились в детском соматическом реанимационном отделении ГУ НМЦ РТ "Шифобахш". У всех детей проводился сбор анамнеза, включающий выяснение условий питания, преморбидные состояния детей, наличие церебрального органического дефекта и тд. Также проводились лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза обследуемых больных выяснилось, что 60 % детей часто болели инфекционными заболеваниями дыхательных путей (ОРВИ, бронхиты, бронхолиты и пневмонии), 20% - ЖКТ (гастроэнтериты), а 20% имели церебральный органический дефект (детский церебральный паралич). Из 20 госпитализированных детей 14 (70%) поступили со II фазой нейротоксикоза (стойкая гипертермия 6-24 часа, мозговой крик и судороги), 4 детей (20%) поступили с I фазой нейротоксикоза (мозговой крик, стойкая гипертермия более 6 часов), у 2 детей (10%) диагностирована III фаза патологического процесса с развитием отёка головного мозга. Из дополнительных методов исследования: в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз (12-16 тыс.), лимфоцитоз и ускорение СОЭ до 15-20 мм/с. В биохимическом анализе крови у большинства детей отмечено снижение общего белка до 40-50 г/л, снижение Ca^{2+} до 1,5 ммоль/л. Проведена МРТ головного мозга с целью исключения церебрального органического дефекта. Офтальмоскопия показала отёк и бледность диска зрительного нерва (10%), расширение, извилистость и изменение структур сосудов, мелкие кровоизлияния и экссудаты в области сетчатки (10%). Все дети нуждались в интенсивной терапии. Для купирования гипертермического синдрома использовались медикаментозные (парацетамол-ректальные суппозитории) и немедикаментозные методы лечения. Для купирования судорожного синдрома использовались производное бензодиазепина - диазепам (сибазон 0,5%) и антиоксидант - 20% натрия оксibuтират в дозе 100 - 150 мг/кг. Для борьбы с отёком головного мозга использовались глюкокортикоидные препараты - дексаметазон из расчёта 0,4-0,6 мг/кг массы тела, а также мочегонные препараты из группы петлевых диуретиков - лазикс 1 мг/кг, по показаниям осмодиуретики - маннитол из расчёта 1 г/кг. Независимо от стадии заболевания назначалась кислородотерапия. В третьей фазе пациенты подключались к аппарату искусственной вентиляции лёгких. Проводилась инфузионная терапия с использованием кристаллоидных растворов (0,9% раствор NaCl, 5% раствор глюкозы и раствор Рингера-лактата). Эти растворы вводились в небольшом объёме и с низкой скоростью. При ДВС-синдроме применялся гепарин: при 1 стадии - в максимальной дозе (100-300 ЕД/кг), при 2 стадии - в минимальной дозе (50-80 ЕД). Для лечения основного заболевания (ОРВИ, гастроэнтерит) применялись противовирусные, антибактериальные препараты и сорбенты.

Выводы. Нейротоксикоз чаще развивается у детей раннего возраста. Лечение больного зависит от клинических симптомов и фазы нейротоксического синдрома. Лечение нейротоксикоза у этой категории детей отличается, в первую очередь, интенсивностью инфузионной терапии, подходом к купированию судорог и возбуждения, и коррекции обезвоживания. Дет раннего возраста более уязвимы к быстрым изменениям водно-электролитного баланса и электролитов, их метаболизм быстрее, а отёк мозга опаснее, требует более осторожной и часто интенсивной дезинтоксикации, в то время как у старших детей больше внимания уделяется причинам синдрома и специфической терапии основного заболевания (вирусной/бактериальной инфекции), а также возможным отдалённым последствиям.

Мирзозода С.З., Саидова М.М., Каландарова М.С.
АНЕМИЯ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ - ТРИГГЕР ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО
(клинический случай)

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить анемию тяжёлой степени как триггер тяжести пациентов с врождёнными пороками сердца.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ "Шифобахш" был больной с диагнозом: анемия тяжёлой степени. Тетрада Фалло. Были выполнены следующие обследования: сбор анамнеза (было выявлено, что ребёнок имел врождённый порок сердца - тетрада Фалло), клинические и лабораторные исследования: общий анализ крови, пульсоксиметрия, анализ крови на железо и ферритин, биохимия крови, анализ крови на ВИЧ, гепатиты, коагулограмма, анализ мочи, кала, УЗИ сердца.

Результаты исследования. Ребёнок М., 1 год 6 месяцев болен с рождения. Он получал амбулаторное и стационарное лечение по месту жительства, с временным улучшением. Находился под наблюдением кардиохирурга. В течение последних 20 дней до госпитализации находился в кардиохирургическом центре. Первоначально пациент обратился с жалобами на кашель, одышку, бледность кожных покровов, слабость, вялость, потерю аппетита, лихорадку. В последние дни его состояние ухудшилось, жалобы усилились. По этой причине родители обратились в ГУ НМЦ РТ "Шифобахш" и после обследования гематолога он был госпитализирован в отделение детской гематологии. Общее состояние пациента тяжёлое, тяжесть обусловлена основным заболеванием, анемическим синдромом, который усугублял состояние пациента, нарушением кровообращения, сердечной недостаточностью. Кожа и слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Пальцы в виде "стержня" и "печочных часов". Кости и суставы без изменения. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. У па-

пациента наблюдались одышечно-цианотические приступы. Из дополнительных методов исследования: пульсоксиметрия: SpO_2 - 54%, ЧСС - 145 г/л, эритроциты - $4,48 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $347 \times 10^9/л$, лейкоциты - $3,5 \times 10^9/л$, нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 41%, моноциты - 3%, СОЭ - 6 мм/ч. Кровь на железо - 4,27 мкмоль/л и ферритин - 2,75 нг/мл. Биохимия крови: общий билирубин - 18 мкмоль/л, связанный билирубин - 3,3 мкмоль/л, свободный билирубин - 14,7 мкмоль/л, АлАт - 18 Ед/л, АсАт - 20 Ед/л. Коагулограмма: фибрин - 8,0 с, фибриноген - 177,6 г/л. Анализ крови на HcvAg, HbsAg, ВИЧ - отрицательны. Анализ мочи: белок - 0,066%, лейкоциты - 23-26 п/з, эритроциты - 0-1 п/з. Анализ кала без изменения.

Вывод. Анемия - не причина, а провоцирующий фактор одышечно-цианотических приступов при тетраде Фалло, их возникновение у пациентов связано с хронической гипоксией и полицитемией, которая может переходить в железодефицит из-за повышенного потребления железа. У детей с тетрадой Фалло анемия снижает резервы организма и усугубляет нехватку кислорода, делая приступы более частыми и тяжёлыми: триггер кризов - анемия, наряду с физической нагрузкой, плачем, стрессом может спровоцировать резкое падение сатурации крови кислородом и удушье. Сопутствующая анемия делает пациента более уязвимым к осложнениям, таким как инсульты из-за тромбозов, вызванных полицитемией, ухудшая прогноз у пациентов.

Музаффаров Ш.С., Нурова Р.А., Мирзоева Г.Т.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БУФЕРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ СЕПСИСЕ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучить прогностическую значимость буферных систем крови у новорождённых детей при раннем и позднем неонатальном сепсисе.

Материал и методы. Обследовано 60 новорождённых детей, госпитализированных в отделение реанимации новорождённых ГУ НИИ АГ и ПТ и в отделение патологии новорождённых ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с установленным диагнозом неонатального сепсиса. В зависимости от времени возникновения сепсиса все дети были распределены на две группы. Первую группу составили 25 (40,0%) новорождённых с ранним неонатальным сепсисом, вторую — 35 (60,0%) новорождённых с поздним неонатальным сепсисом. Показатели кислотно-основного состояния (КОС) и газового состава крови определяли в артериализированной крови. Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных компьютерных и онлайн-программ для медицинской статистики.

Результаты исследования. Клиническая картина септического процесса у детей обеих групп отличалась разнообразием симптомов. У этих детей отмечались: беспокойство в 34 случаях (68,0%), вялость в 31 (63,0%), гиподинамия в 17 (34,0%), постанывание у 18 (35,0%), снижение сосательных рефлексов у 27 (54,0%), сероватый цвет кожи с мраморным оттенком и выраженной иктеричностью в 25 (49,0%), повышение температуры тела до 39°C у 15 (30,0%), субфебрильная температура до $37,7^\circ\text{C}$ в 26 (52,0%). Гемокультура показала, что в крови 6 (10%) новорождённых первой и 9 (15%) новорождённых второй группы наблюдаемых детей циркулирует *Str. agalactiae* (группа В), в 4 (6,67%) и 7 (11,67%) случаях – *Klebsiella*, в 2 (3,33%) и 9 (15%) – *Escherichia coli*, в 3 (5%) и 4 (6,67%) случаях – *Candida albicans*. В 1 (1,67%) случае отмечалась бактериальная ассоциация в виде *St. aureus* + *Str. agalactiae*, у 3 (5%) – *Candida* + *St. aureus* и у 2 (3,33%) – *E. coli* + *St. aureus*. У детей с ранним проявлением сепсиса в первые сутки жизни выявлялись изменения показателей кислотно-основного состояния в виде метаболического ацидоза с респираторной компенсацией (pH — $7,36 \pm 0,028$; HCO_3^- — $14,8 \pm 0,42$ ммоль/л; pCO_2 — $32,5 \pm 0,24$ мм рт. ст.; BE — $-12 \pm 0,14$ ммоль/л) по сравнению со здоровыми новорождёнными (pH — $7,420 \pm 0,028$; HCO_3^- — $22,8 \pm 0,34$ ммоль/л; pCO_2 — $39,0 \pm 0,14$ мм рт. ст.; BE — $-1,4 \pm 0,09$ ммоль/л). Уровень лактата у детей данной группы имел тенденцию к повышению ($2,1 \pm 0,4$ ммоль/л) по сравнению с контрольной группой ($0,9 \pm 0,02$ ммоль/л). Наиболее выраженные изменения кислотно-основного состояния отмечались у детей с поздним проявлением неонатального сепсиса. Они характеризовались субкомпенсированным метаболическим ацидозом с респираторной компенсацией (pH — $7,31 \pm 0,034$; HCO_3^- — $12,5 \pm 0,54$ ммоль/л; pCO_2 — $28,7 \pm 0,31$ мм рт. ст.; BE — $-18 \pm 0,04$ ммоль/л), а в ряде случаев — смешанным ацидозом (pH — $7,29 \pm 0,015$; HCO_3^- — $9,8 \pm 0,68$ ммоль/л; pCO_2 — $56,2 \pm 0,44$ мм рт. ст.; BE — $-17 \pm 0,23$ ммоль/л). Уровень лактата у детей данной группы был статистически значимо повышен ($3,0 \pm 0,04$ ммоль/л) по сравнению с контрольной группой ($0,9 \pm 0,02$ ммоль/л).

Выводы. Синдром системного воспалительного ответа на фоне сепсиса может привести к развитию метаболического ацидоза. На ранних стадиях заболевания защитные механизмы организма обеспечивают компенсацию нарушений за счёт усиления функции органов дыхания, что проявляется гипервентиляционным синдромом. У детей с поздним проявлением сепсиса изменения кислотно-основного состояния и газового состава крови носят более выраженный характер в виде субкомпенсированного и декомпенсированного ацидоза, что свидетельствует об истощении компенсаторных механизмов и ресурсов организма на фоне синдрома системного воспалительного ответа.

Мулойджонов О. М., Матинов Ч.Ш., Далерзода А.Д.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

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

Научный руководитель – к.м.н., дотсент, Шарипова М.М.

Цель исследования. Оценить эффективность и информативность комплекса современных методов диагностики (функциональных, лабораторных и аллергологических) для подтверждения бронхиальной астмы у детей разных возрастных групп.

Материал и методы. В исследование были включены 21 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с подозрением на бронхиальную астму (или с установленным диагнозом для уточнения тяжести).

Все участники были разделены на группы: ранний возраст (до 3 лет), дошкольники (3-6 лет), школьники (7-17 лет).

Методы исследования. Оценка жалоб, сбор аллергологического анамнеза, наследственной предрасположенности. Физикальное обследование: Аускультация, выявление симптомов аллергии. Функциональная диагностика. Спирометрия с бронходилатационным тестом (для детей старше 5-6 лет). Лабораторная диагностика. Определение уровня общего и специфических IgE в сыворотке крови. Эозинофильный катионный белок (ECP) в крови. Рентгенография, компьютерная томография органов грудной клетки.

Результаты исследования. Клиническая картина: У 85% детей основным симптомом являлся приступообразный кашель в ночное время или после физической нагрузки. У детей до 3 лет эквивалентом астмы часто выступал свистящий синдром на фоне ОРВИ. Эффективность функциональных методов. Спирометрия: У 70% детей школьного возраста выявлена обратимая бронхиальная обструкция (прирост ОФВ1 более 12% после пробы с сальбутамолом).

Выводы. Диагностика бронхиальной астмы у детей должна носить комплексный характер и основываться на совокупности анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных данных, так как ни один из методов, взятый в отдельности, не является абсолютным «золотым стандартом» для всех возрастных групп.

Муминова Д.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья, Узбекистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Ахмедова Е.А.

Цель исследования. Изучить патогенетическую взаимосвязь бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей, определить особенности клинического течения сочетанной патологии и оценить значение современных комплексных подходов к лечению для улучшения контроля заболевания.

Материал и методы. Обследовано 118 детей в возрасте от 6 до 17 лет с верифицированной бронхиальной астмой. Основную группу составили 72 ребенка с сочетанием бронхиальной астмы и аллергического ринита, группу сравнения — 46 детей с бронхиальной астмой без клинических проявлений аллергического ринита. Всем пациентам проводили клинико-анамнестическое обследование, оценку жалоб, частоты дневных и ночных симптомов, числа обострений в течение последних 12 месяцев, спирометрию с определением ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, пиковой скорости выдоха, а также аллергологическое обследование. Уровень контроля астмы оценивали с использованием теста АСТ/сАСТ. Пациенты основной группы получали комплексную терапию с учетом лечения как нижних, так и верхних дыхательных путей, включая базисную противоастматическую терапию, антигистаминные препараты и интраназальные кортикостероиды по показаниям. Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами вариационной статистики. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что сочетание бронхиальной астмы и аллергического ринита сопровождалось более тяжелым клиническим течением заболевания. У детей основной группы дневные симптомы астмы регистрировались в среднем $4,6 \pm 0,3$ раза в неделю, тогда как в группе сравнения — $2,8 \pm 0,2$ раза в неделю ($p < 0,01$). Ночные симптомы отмечались у 58,3% детей с сочетанной патологией и у 30,4% детей с изолированной бронхиальной астмой ($p < 0,01$). Среднее число обострений в течение года составило $3,2 \pm 0,2$ в основной группе против $1,9 \pm 0,1$ в группе сравнения ($p < 0,001$). Показатель ОФВ1 у детей с сочетанием бронхиальной астмы и аллергического ринита составил $76,4 \pm 2,1\%$ от должных значений, тогда как у детей без ринита — $84,9 \pm 2,3\%$ ($p < 0,01$). Индекс Тиффно был снижен соответственно до $73,8 \pm 1,8\%$ и $80,7 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$). Недостаточный контроль астмы по данным АСТ/сАСТ выявлен у 44 детей основной группы, что составило 61,1%, и у 16 детей группы сравнения, или 34,8% случаев ($p < 0,01$). Аллергическая отягощенность семейного анамнеза отмечалась у 63,9% детей с сочетанной патологией и у 39,1% детей без аллергического ринита. После проведения комплексной терапии в основной группе частота дневных симптомов уменьшилась на 42,7%, ночных симптомов — на 48,5%, а средний показатель АСТ/сАСТ увеличился с $17,1 \pm 0,5$ до $21,6 \pm 0,4$ балла ($p < 0,001$). Улучшение носового дыхания и уменьшение ринореи сопровождалось повышением уровня контроля бронхиальной астмы, снижением потребности в симптоматических препаратах и уменьшением частоты обострений в 1,7 раза.

Выводы. Сочетание бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей отражает патогенетическое единство поражения верхних и нижних дыхательных путей и ассоциируется с более выраженными нарушениями функции внешнего дыхания, частыми обострениями и худшим контролем астмы. Наличие аллергического ринита следует рассматривать как значимый фактор, утяжеляющий клиническое течение бронхиальной астмы. Комплексный терапевтический подход с одновременной коррекцией патологии верхних и нижних дыхательных путей способствует улучшению клинического состояния, повышению уровня контроля астмы и снижению частоты обострений.

Мунираи О., Муминова Ф.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ “ХГМУ”, Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Изучить факторы риска, спектра сенсибилизации и эффективности лечения бронхиальной астмы (БА) у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 детей с бронхиальной астмой, в возрасте от 7 до 15 лет, находившихся под наблюдением в детском пульмонологическом отделении, ГУ НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН за период 2020-2022 годов. Всем детям, поступившим в стационар кроме измерения антропометрических параметров, были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Анализ проведенного исследования выявил отягощенный анамнез матерей у обследуемой группы детей. У 60% матерей выявлялась патология беременности; 30% матерей во время беременности перенесли ОРИ. Отягощенная наследственность выявлена у 80% детей, перинатальное поражение ЦНС — у 50%, искусственное вскармливание получали 30% пациентов, на смешанном вскармливании находились 35 % детей. Причиной первого бронхообструктивного синдрома явились ОРИ у 60% детей, у 78% — имелись кожные проявления аллергии на 1-м году жизни. Всем детям проведено аллергологическое обследование, выявлен следующий спектр сенсибилизации к неинфекционным аллергенам: бытовая — 40%, эпидермальная — 20%, пылевая — 35%, пищевая — 25%, причем у большинства больных имелась поливалентная сенсибилизация. У всех детей было тяжелое течение бронхиальной астмы и большинство (13 и 20) из них получали комбинированную базисную терапию (флютиказон/сальметерол или будесонид/формотерол). На фоне лечения полный контроль над заболеванием достигнут у 16 детей, у 9 больных — частичный и у 4 пациентов контроль отсутствовал, что потребовало пересмотра базисной терапии. Уровень общего IgE у всех больных был достоверно выше нормы ($43,70 \pm 4,52$, $p < 0,05$). На фоне комбинированной терапии уровень общего IgE в группах в зависимости от контроля астмы составил: $243,55 \pm 10,40$; $458,90 \pm 12,3$ и $520,12 \pm 50,65$ соответственно.

Выводы. Таким образом, выявленные нами изменения свидетельствуют о том, что у большинства детей по бронхиальной астме диагностируется атопическая форма заболевания с гетерогенными факторами риска, что требует аллергологического обследования и диспансерного наблюдения для мониторингирования заболевания и индивидуального подбора своевременных лечебных мероприятий.

Муродалizada Ф. Кавракова Д. Сулаймонов Х.

АТОПИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ И ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Н.А.

Цель исследования. Особенности течения клинико-лабораторных изменений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста с атопическим диатезом.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 80 историй болезни детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, страдающих различными формами атопического диатеза. Все больные находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ КЗ «ИСТИКЛОЛ». 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 атопическим диатезом. 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 эпигастриальной 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 мультифакториальным 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.

Муродов Г.З., Гиесов А.А., Ашурова А.К

ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель-к.м.н., доцент Хайдарова О.Ф.

Цель исследования. Изучить факторы риска, способствующие формированию часто болеющих детей.

Материал и методы. Проведено исследование у 146 часто болеющих детей в возрасте 1-7 лет, среди которых преобладали дети раннего возраста (67,1%). Все больные наблюдались во время заболевания и в период относительного благополучия. Частота предшествующих болезней, в основном острыми респираторными заболеваниями составила 5раз и более в году. При этом выявлено два возрастных пика формирования часто болеющих детей: первый в пределах 1,5- 2,5 лет, второй- 4-6 лет.

Результаты исследования. При клиническом обследовании детей особое внимание уделялось анамнестическим данным матери и ребенка с целью выявить факторы, способствующие развитию у детей частых заболеваний. Анализ полученных результатов показал, что у 74 (50%) женщин беременность протекала с ранними и поздними токсикозами, у 57(40%) имели место хронические заболевания (хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит и др.). Практически все женщины во время беременности страдали различной степенью анемией. Характер питания грудных детей также имело прямое отношение к формированию контингента часто болеющих детей. Среди наблюдаемых детей практически у всех на первом году жизни проводилось нерациональное вскармливание: не назначалось коррекция витаминами и минеральными солями, прикорм проводилось несвоевременно или вообще не вводилось. При искусственном вскармливании адаптированными смесями заболевания респираторными инфекциями возрастало в 2,5 раза, а при применении неадаптированных смесей в 6 раз по сравнению с детьми находившихся на естественном вскармливании. Наряду с этими факторами, снижающим резистентность детского организма и создающим благоприятный фон для рецидивирования заболеваний было нарушение правил при проведении профилактических прививок. Существенное влияние на возникновение частых болезней в дошкольном возрасте оказывали хронические заболевания носоглотки. Расширение в детском коллективе контакта с инфекционными агентами, повышенная сенсибилизация организма приводила к “срыву” иммунологической резистентности, что становилось одной из причин частой инфекционной заболеваемости. Частые повторные заболевания при отсутствии корректирующей терапии приводили к формированию очагов хронической инфекции.

Выводы. Таким образом к факторам риска, способствующим формированию часто болеющих детей относится: нарушения здоровья матери во время беременности, нерациональное вскармливание детей на первом году жизни, нарушение правил при проведении профилактических прививок, наличие в организме ребенка очагов хронической инфекции.

Муродов Г.З., Гиёсов А.А., Шарифов С.Ш.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Провести анализ структуры сопутствующей патологии детей с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 68 детей в возрастном аспекте 3-16 лет, находящихся на обследовании и лечении в I-ом детском нефрологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе. Девочек было больше (60,3%), чем мальчиков (39,7%). Всем больным проводили клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные методы исследования, бактериологический посев мочи с идентификацией возбудителя и определением его чувствительности к антибиотикам, скорость клубочковой фильтрации.

Результаты исследования. При сборе анамнеза было выявлено преобладание у ближайших родственников наших пациентов заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы (42,6%), мочевыделительной системы (52,9%) и желудочно-кишечного тракта (26,5%). Отягощенный акушерский анамнез был зарегистрирован в 23,5% случаев. Проводя анализ структуры хронического пиелонефрита было выявлено, что наиболее распространенной формой являлся обструктивный пиелонефрит (61,8%), пиелонефрит на фоне дисметаболической нефропатии выявлен в 17,6% случаев, обструктивно-дисметаболический в 20,6% случаев. У 66,2% пациентов с хроническим пиелонефритом (n=45) выявлена такая сопутствующая патология, как железодефицитная анемия (36,8%), хронический тонзиллит (33,8%), хронический холецистит (22,1%), хронический гастродуоденит (13,2%), инфекции нижних мочевых и половых путей (цистит, вульвовагинит) (22,1%), а также глистная инвазия (17,6%). Лабораторно-воспалительные изменения в клиническом анализе крови в виде лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, а также повышение СОЭ отмечался у 39,7% больных. В общих анализах мочи были зарегистрированы - незначительная протеинурия (суточная потеря белка не превышала 1,0 гр.), стойкая лейкоцитурия (подтвержденная анализами мочи по Нечипоренко) и микрогематурия (20,6%). При исследовании микробного пейзажа мочи в большинстве случаев была выявлена патологически значимая бактериурия (*E.coli* – 52,9% и *Klebsiella* – 26,5%). Было проанализировано функциональное состояние почек. Выявлено снижение концентрационной функции почек у 55,9% пациентов. Снижение клубочковой фильтрации зарегистрировано у 9 (13,2%) больных. Повышение уровней креатинина и мочевины крови отмечалось в 10,3% случаев.

Выводы. При сборе анамнеза у ближайших родственников больных в 52,9% случаев наблюдались заболевания со стороны мочевыделительной системы. В структуре сопутствующей патологии детей с хроническим пиелонефритом в большинстве случаев встречался обструктивный пиелонефрит (61,8%), железодефицитная анемия (36,8%), хронический тонзиллит (33,8%), инфекции нижних мочевых и половых путей (цистит, вульвовагинит) (22,1%). При изучении структуры возбудителей выявлена большая этиологическая значимость *E.coli* и *Klebsiella*, что требует дифференцированного подхода к назначенной терапии.

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В КОРРЕКЦИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Научно Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Фараджевой,
Кафедра детских болезней II Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан
Научный руководитель-к.м.н. доц. Полухова А.А.

Цель исследования. Оценка эффективности пробиотиков в формировании ранних адаптационных механизмов и профилактике функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у недоношенных детей с перинатальной патологией.

Материал и методы. Под наше наблюдение были включены 26 недоношенных детей, рожденных с гестационным возрастом менее 34 недель, в возрасте 5–6 дней жизни, с дисбиозом кишечника, в том числе антибиотик-ассоциированным, риском развития некротического энтероколита, а также имеющих функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (диарейный синдром, запоры, колики, неустойчивый стул, метеоризм). Методом случайной выборки дети были разделены на две группы: 1 группа основная (n=15) – дети, получающие пробиотиков; 2 контрольная группа (n=10) – пациенты, получающие симптоматическое лечение. Основные показатели периода ранней адаптации были сопоставимы у детей обеих групп. Переносимость пробиотика оценивалось по появлению или усилению срыгиваний, метеоризма, изменению частоты и консистенции стула, а также состоянию кожных покровов.

Комплексное лечение с использованием пробиотиков сопровождалось удовлетворительным клиническим эффектом – у большинства детей к 7–9-му дню удалось устранить колики, метеоризм, нормализовать стул. Клиническая эффективность применения пробиотиков подтверждалась результатами исследования копрологии кала и микробиоценоза толстой кишки.

Результаты исследования. Использование пробиотиков у недоношенных новорожденных с сочетанной перинатальной патологией позволило эффективно восстановить баланс кишечной микрофлоры, купировать функциональные нарушения пищеварения, обеспечить благоприятное течение раннего периода адаптации. Терапия хорошо переносилась, случаев аллергических реакций и непереносимости не наблюдалось.

Выводы. Проведенное изучение эффективности пробиотиков в формировании ранних адаптационных механизмов и профилактике функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у недоношенных детей с перинатальной патологией позволили сделать выводы, что прием их ведет к быстрому и эффективному восстановлению баланса кишечной микрофлоры, а также устранению функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта у недоношенных детей.

ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Изучение предикторов осложнённого течения кори у детей первого года жизни.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 285 детей первого года жизни с коревой инфекцией, находившихся на стационарном лечении в Г У «ГКБДИБ» г. Душанбе за 2025 года. Диагноз кори подтверждён на основании клиники и определения в сыворотке крови анти - Morbillivirus IgM методом ИФА.

Результаты исследования. Из числа наблюдаемых детей до года (285), детей первого полугодия было отнесительно больше 150(52,6%), чем от 6-ти месяцев до года 135(47,4%). Все наблюдаемые нами дети по возрасту и в национальные дни иммунизации по разным причинам не получили активную вакцинацию от кори. Больные дети в основном 174(61,1%) находились на искусственном и смешанном вскармливании 111(38,9%). Семейный анамнез большинства 162(56,8%) детей определил плохие социально-бытовые условия, так как младенцы с матерями жили в сельской местности 152(53,3%) и в перенаселённых семьях. Анализ прививочного статуса матерей больных детей показал, что 198 (69,5%) были в возрасте от 18 до 25 лет и не были привиты от кори, а 87 (30,5%) из них не были осведомлены о проведенной вакцинации. Анамнез 205(71,9%) матерей показал, что герпесвирусные инфекции отмечены у 74(25,9%), сазарный диабет у 13(4,6%), пиелонефрит у 76(26,7%) матерей, причём у 12(4,2%) и них во время родов отмечена эклампсия и дети родились путём кесарева сечения. По неустановленным причинам 28(9,8%) детей родились недоношенными со сроком гестации 32-34 недели и у 32(11,2%) детей во время рождения отмечена родовая асфиксия с состоянием перинатальной энцефалопатией. У 178(62,5) детей диагностирована анемия, у 175(61,4%) признаки гипотрофии, у 84(29,5%) рахита, у 17(5,9%) хронических заболеваний органов дыхания в виде герпесвирусной инфекции. Клинический анализ поступивших детей первого года жизни с корью показал, что в большинстве случаев 204(71,6%) отмечено типичное, у 81(28,4%) детей атипичное течение заболевания. Так как анамнестически был выявлен короткий (до 7-8 дней) инкубационный период, умеренные симптомы интоксикации и катара верхних дыхательных путей у 9(75,0%) в периоде продрома, а также нарушение этапности в периоде высыпания, заканчивающееся обильным шелушением. Большинство 261(91,8%) детей поступили в стационар в периоде высыпания, причём 203(77,8%) на третий день, 58(22,2%) детей в первый день высыпания, а 24(8,4%) детей поступили в первые дни пигментации с осложнениями со стороны органов дыхания. Коревая пневмония диагностирована у 211 (74,0%), ларингит у 94 (33,0%), трахеобронхит у 61 (21,4%), бронхоолита у 9(3,1%), плеврит у 3(2,7%), а у 58(37,9%) детей с аллергическим статусом - бронхообструктивный синдром. У всех детей первого года жизни с корью отмечалась диарея.

Корь у детей первых 6 месяцев жизни имело более тяжелое течение с развитием осложнений у 45 (15,8%) со стороны центральной нервной системы в виде нейротоксикоза.

Выводы. Таким образом, предикторами осложнённого течения кори у детей первого года жизни явились совокупность возрастного прививочного (100%), иммунологического статуса (отсутствие материнских антител у 69,5%), низкие социально-бытовые условия жизни (56,8%), наличие заболеваний у 71,9% матерей в периоде беременности, срока рождения и иммунодефицитное состояние с наличием фоновых состояний, а также отсутствие грудного вскармливания у 100% детей.

Назарова З.С., Нарзуллоева М., Исоева М.Ф.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Определить клинико-эпидемиологические особенности кори у детей в Республике Таджикистан в 2022–2024 гг.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 186 историй болезни детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с лабораторно подтверждённой корью (выявление IgM к вирусу кори методом ИФА). Изучались возрастная структура пациентов, прививочный анамнез, клиническая форма заболевания, частота осложнений и исходы. Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Наибольшая доля случаев зарегистрирована в возрастной группе 1–4 года (42,5%). Среди заболевших 68% детей не были привиты против кори, 17% получили только одну дозу вакцины.

Классическое течение заболевания (лихорадка, катаральный синдром, пятна Бельского–Филатова–Коплика, этапное появление сыпи) отмечено у 79% пациентов. Осложнения выявлены у 26% детей; наиболее часто диагностировались пневмония (14%), острый средний отит (7%) и ларинготрахеит (5%). Тяжёлые формы достоверно чаще наблюдались у детей раннего возраста и у непривитых пациентов ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о ведущей роли недостаточного охвата иммунизацией в формировании очагов инфекции. Эпидемиологическая ситуация характеризуется преобладанием случаев среди непривитых детей, что соответствует глобальным тенденциям, отражённым в материалах ЮНИСЕФ и Всемирная организация здравоохранения. Несмотря на то что в большинстве наблюдений заболевание протекало типично, доля осложнённых форм остаётся значимой.

Выводы. В Республике Таджикистан корь преимущественно регистрируется у непривитых детей раннего возраста, при этом более четверти случаев сопровождаются осложнениями. Поддержание высокого охвата двухдозовой вакцинацией является ключевым условием предупреждения вспышек и снижения частоты тяжёлых форм заболевания.

Назарова З.С., Исоева М.Ф., Мухиддинов А.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА С КОРЬЮ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение патогенетических и клинических особенностей поражения пищеварительного тракта у детей первого года жизни, больных корью.

Материал и методы. Проведён анализ клинических данных 80 детей первого года жизни с коревой инфекцией, госпитализированных в Г У «ГКБДИБ» г. Душанбе за май-апрель месяцы 2025 года. Диагноз кори устанавливался на основании эпид.вспышки по кори, жалоб, клинических симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, лабораторных показателей и особенностей течения заболевания.

Результаты исследования. Патогенез поражение пищеварительного тракта при кори обусловлен с вирусемией и первичные поражения органов пищеварения были установлены с продрома заболевания, когда одновременно с воспалительным поражением слизистой оболочки полости рта у большинства 72(90%) отмечены характерные проявления кори в виде пятен Бельского–Филатова–Коплика на слизистой оболочке щёк и губ больных детей. При распространении вируса по слизистым оболочкам кишечника и повреждением эпителия кишечника, у всех (100%) детей отмечена диарея с абдоминальным синдромом, сопровождающееся умеренными болями в эпигастальной или околопупочной области и жидким стулом, что может быть связано как с иммунодепрессивным свойством вируса, присоединением вторичной бактериальной и впоследствии нарушением микробиоты кишечника.

Большинство 61(91,8%) детей с корью поступили в стационар в периоде высыпания, причём 59(77,8%) из них на третьи сутки, 21(22,2%) детей в первый день высыпания, что показывает о ранних специфических осложнениях. Практически у всех детей отмечено тяжёлом течении кори и в продромальном периоде отмечались выраженное снижение аппетита и развитие следующих осложнений со стороны пищеварительной системы у 75(93,7%) синдрома гастроэнтерита в виде отсутствия и снижения аппетита, у 42(52,5%) тошноты и рвоты, а также у большинства 68 (85%) детей наблюдалась рвота, чаще в период выраженной интоксикации. Абдоминальный синдром, сопровождающийся болями в животе, встречался у 68(85%) детей и проявлялся в виде жидкого стула и сильного беспокойства и плачем ребёнка во время акта дефекации. Дисбактериоз кишечника был отмечен у большинства 65(81,2%) детей, так как в копрограмме у 50(62,5%) нарушение ферментативной функции и признаков непереваривания, у 39 (48,7%) в бактериологическом посеве кале были выделены кишеч-

ная палочка, у 23(28,7%) *stafillacosus aureus*. У всех (100%) детей отмечено обезвоживание, причём умеренное у 35(43,7%), выраженное у 30(37,5%) и тяжёлое у 15 (18,8%) детей. Поражение печени в виде реактивного гепатита диагностировано у 12 (15%).

Выводы. Таким образом, эпителиотропные свойства вируса реализуются воспалением слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и клинически проявляются у детей до года гастроэнтеритом (93,7%), развитием дисбактериоза (81,2%), нарушением ферментативной функции кишечника (62,5%) и осложнением в виде обезвоживания (100%), что ухудшает течение заболевания и требует особого внимания со стороны педиатров и детских инфекционистов. Раннее выявление симптомов поражения желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни позволит своевременно назначить симптоматическую терапию, включающую регидратацию, диетотерапию и коррекцию микрофлоры кишечника.

Назриев А.А., Тагоева Д.М.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузиева Н.К.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и метаболических нарушений при геморрагическом васкулите (ГВ) у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 детей с геморрагическим васкулитом, в возрасте от 8 до 15 лет, госпитализированных в детское гематологическое отделение, ГУ НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН за период 2020-2022 годов. У всех оценены количественные показатели крови, определена величина сухой массы эритроцитов, концентрация сульфгидрильных групп, липопротеинового комплекса, осмотическая резистентность эритроцитов, поверхностная архитектура, концентрация циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), их молекулярная масса, содержание иммуноглобулинов.

Результаты исследования. Анализ проведенного исследования показал, что наибольшее количество больных было в возрасте 8–15 лет. Из всех клинических форм течения, чаще встречались кожная и кожно-суставная формы. По тяжести течения преобладало острое течение, реже затяжное и хроническое. При благоприятном варианте геморрагическом васкулите ЦИК мелкие, в составе преимущественно IgM. При неблагоприятном течении молекулярная масса ЦИК была высока, в составе отсутствовал IgM, в избытке IgG. У 40% больных отмечалась легкая степень анемии. Изменение структурно-метаболического статуса зрелых эритроцитов периферической крови не зависело от уровня гемоглобина: снижение показателей сухой массы, концентрации сульфгидрильных групп и липопротеинового комплекса, сокращение количества дискоцитов, увеличение количества переходных, предгемолитических, дегенеративных форм, возрастала интенсивность гемолиза. Среди циркулирующих эритроцитов появлялся патологический пул функционально неполноценных, бедных гемоглобином клеток, не встречавшихся у здоровых детей.

Выводы. Таким образом, анализ выявил, что обнаруженные нарушения участвуют в механизме развития геморрагическом васкулите. Установлено, что средне- и крупномолекулярные ЦИК активизируют систему комплемента, деструктивно измененные эритроциты обладают повышенным коагуляционным потенциалом. Установленные нарушения иммунного статуса и периферического звена эритронов должны учитываться в комплексной терапии геморрагическом васкулите.

Насибова С.Н., Гаджиева А.С.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.

Научно-исследовательский Институт Педиатрии имени К. Я. Фараджовой, Азербайджан
Научный руководитель-к.м.н. доц. Полухова А.А.

Цель исследования. Определить особенности лечения детей дошкольного возраста с задержкой физического развития.

Материал и методы. Исследование проводилось ретроспективно и проспективно. К исследованию было привлечено 108 детей. Возраст детей, включенных в основную группу, составил $3,9 \pm 0,20$, возраст детей, включенных в группу сравнения, - $4,2 \pm 0,19$. Дети разделены на 2 группы. Из них в основную группу (I группу) вошли 57 недоношенных детей, в группу сравнения (II группу) вошли 31 детей, родившихся в сроке 38 - 40 недели гестации.. В контрольную группу вошли 20 детей, родившихся недоношенными на сроке 29-36 недель гестации без задержки физического развития.

Общие средние значения SDS получены из таблиц, нормальное значение равно 0, при этом нижнее и верхнее значения равны -2 и +2. В настоящем исследовании провокационные тесты на гормон роста проводились у детей основной группы и группы сравнения только с препаратом Глюкаген.

Результаты исследования. Во время теста на стимуляцию гормона роста соматотропиновая реакция в крови определялась через 30-60-90-120 минут. У детей, родившихся в сроке 33-36 недель, лечение гормоном роста начиналось из расчета 0,031 мг/кг в сутки, на данный момент продолжается из расчета 0,031 мг/кг в сутки. У этих детей увеличение роста за 6 месяцев составил - 5,3 см, а за год - 10,7 см. Родившиеся в период 29 - 31 недели подгруппы начинали лечение гормоном роста из расчета 0,033 мг/кг в сутки, продолжали дозу 0,035 мг/кг в сутки. Рост у этих детей за 6 месяцев составил - 5,6 см и за год -13,7 см. То есть те, кому 29-31 неделя, получали гормон роста из расчета 0,035 мг/кг в сутки, а те, кому 33-36 недель, - 0,031 мг/кг в сутки. В настоящее 29-31 недельные дети получают гормон роста из расчета 0,038 мг/кг в сутки, а 33-36 недельные дети - 0,034

мг/кг в сутки. За 6 месяцев рост составил 6,5 см в более старшие недели и - 5 см у тех, кто родился в меньшие недели. Годовое увеличение составило 9,5 см у детей с большим сроком и 7 см с меньшим сроком. Здесь 29-31 недельным потребовалась более высокая начальная и поддерживающая доза гормона роста, но, несмотря на это, через 6 месяцев и 1 год наблюдался меньший рост. Годовые темпы роста статистически существенно различались: годовой прирост в группе I составил -13,7 см, в группе IB -7 см. $p<0,03$. В группе сравнения начальная стартовая доза лечения гормоном роста группы 0,027 мг/кг в сутки, текущая доза составила 0,024 мг/кг в сутки. Рост в 6 месяцев составил 5,7 см, рост в 1 год - 11 см. Стартовая доза лечения гормоном роста между основной группой и группой сравнения, то есть стартовая доза в I группе, была установлена как более высокая доза. В период продолжения лечения I группа продолжала дозу 0,035 мг/кг в сутки, II группа 0,045 мг/кг в сутки. $p = 0,001$.

Выводы. У детей, рожденных с массой тела, соответствующей гестационному возрасту, группа детей, родившихся в меньшие недели (29-31 недельные) по сравнению с другой группой (33-36 недельные), несмотря на лечение той же дозой гормона роста, продемонстрировала более высокий ежегодный темп роста. Детям, рожденным с низкой массой тела для гестационного возраста, требуются более высокие начальные и поддерживающие дозы гормона роста, в то время как дети, родившиеся на сроке 29 - 31 недели, показали меньший годовой рост.

Неъматуллаев Т. Б., Хамзаева К. А., Ахмадуллин А. А.

ДИАГНОСТИКА И ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра 2 Педиатрии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., доцент Б.А. Юлдашев

Цель исследования. Изучить методом неинвазивной кардиометрии степень жесткости и выявить структурно-морфологические изменения коронарных сосудов при ХБП у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 122 ребенка с ХБП в возрасте от 5 до 17 лет. По этиологическим причинам развития хронической почечной патологии были врожденные аномалии и хроническая гломерулярная патология. Наряду с клинико-лабораторной и инструментальной диагностикой в комплекс исследований включена неинвазивная кардиометрия, на основе гемодинамического анализатора для определения жесткости сосудов. Морфологические исследования коронарных сосудов сердца основаны на аутопсии 53 детей, причиной смерти которых явилась ХБП терминальной стадии.

Результаты исследования. Кардиометрия позволила неинвазивным способом оценить уровень изменений в коронарных сосудах путем определения индекса жесткости сосудов. Анализ проведенных исследований свидетельствовал об увеличении индекса жесткости сосудов, который в среднем составил $6,27 \pm 0,18$ мм.рт.ст./мл., и от показателей нормы ($4,57 \pm 0,09$ мм.рт.ст./мл) данный индекс был повышен в 1,4 раза ($P<0,01$), что можно констатировать как снижение эластичности сосудов.

Патоморфологические исследования выявили признаки поражения коронарных сосудов у умерших детей при хронической болезни почек. Характерными признаками структурно-морфологических изменений в коронарных сосудах было поражение эндотелия в виде набухания, уплощения, десквамации эндотелиоцитов, отека, мукоидного набухания базальной и внутренней эластической мембраны. Отмечены пролиферативные изменения со стороны эндотелия и перicyтов, фибриноидных изменений стенок с уменьшением диаметра сосудов. Закономерным итогом течения данного патоморфологического процесса при прогрессировании основного заболевания является гипертрофии стенки и увеличение жесткости сосуда.

Выводы. Кардиометрия, как метод неинвазивного исследования сердечно-сосудистой системы позволяет оценить состояние коронарных сосудов сердца при ХБП у детей. При этом у детей с хронической почечной патологией отмечается повышенный уровень жесткости сосудов, что предполагает наличие повышенного сердечно-сосудистого риска. Происходящие патоморфологические изменения в сосудах миокарда при ХБП у детей связаны с поражением эндотелия, который лежит в основе патологической перестройки, приводящей к нарушению сердечно-сосудистой деятельности.

Нигораи Иноятullo, Шодиев Б.Д., Кухистонов Ш.Г.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить особенности физического развития и характер питания у детей первого года жизни с избыточной массой тела.

Материал и методы. Обследовано 50 детей раннего возраста с избыточной массой тела. Определяли индекс массы тела (ИМТ, кг/м²) с последующей оценкой по центильным таблицам в соответствии с полом и возрастом. Изучали анамнез на основании разработанной анкеты, включающей особенности вскармливания детей первого года жизни.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, как очень низкую (32%), так и очень высокую массу тела (68%) при рождении, также отмечалась взаимосвязь массы тела детей при рождении и ИМТ их матерей на момент исследования. Дети на 1-ом году жизни росли и развивались более интенсивно, частота дисгармоничного развития по избытку массы тела возрастала к 1 году жизни в 3 раза. 50% детей на момент обследования (дисгармоничное развитие по избытку массы) к 1 году имели высокое гармоничное развитие. Интенсивный рост на 1-ом году жизни - достоверный фактор риска развития избыточной массы тела и ожире-

ния в последующем. Во 2-ом полугодии снижается ежемесячная прибавка массы тела и число кормлений, увеличивается суточный объем питания, поэтому необходимо регулярно проводить расчет питания, что позволяет своевременно корректировать его. 56% детей были поздно приложены к груди после рождения. Отмечен ранний переход на искусственное вскармливание (4-6 месяцев), а также введение в рацион питания коровьего молока, манной каши, картофеля. Общеизвестно профилактическое действие продолжительного грудного вскармливания на уменьшение риска формирования избыточной массы тела, а также долговременный эффект действия грудного вскармливания на рост детей первых 2-х лет жизни. По нашим данным причиной интенсивного роста в первые 6 месяцев жизни являлся перекорм ребенка, так как соблюдался режим свободного вскармливания, число кормлений достигало 10-12 раз в сутки. На любое беспокойство ребенка мать предлагала ему грудь или смесь, что сопровождалось формированием нездоровых пищевых привычек, а также избыточным потреблением белка, особенно это касалось семей с избыточной массой тела, т.к. способствовало формированию повышенного аппетита, расторможенного пищевого поведения, отсутствию выработки чувства насыщения, что впоследствии приводило к увеличению отложения жировой ткани. Детям с высоким гармоничным развитием в первые 6 месяцев жизни из семей с отягощенной наследственностью по ожирению, а также родившимся с большой массой тела в качестве 1-ого прикорма рекомендовали вводить как монокомпонентные, так и поликомпонентные овощные пюре с ограничением картофеля; при введении 2 и 3 прикорма – инстантные каши (гречневую или овсяную >8 мес) не более 1 раза в день с добавлением яблока, тыквы, моркови (при отсутствии аллергических реакций), сухофруктов.

Выводы. Высокое гармоничное развитие детей 1-го года жизни из семей с отягощенной наследственностью по избыточной массе тела можно трактовать как ранний предиктор этого заболевания. Избыточная масса тела была связана с поздним прикладыванием к груди, ранний переход на искусственное вскармливание, перекорм и раннее введение в рацион питания коровьего молока, манной каши, картофеля. При адекватном питании ребёнка 1-ого года жизни снижается риск появления избыточной массы тела в возрасте 2-х лет, а контроль питания и профилактические меры в течение всего периода наблюдения ребёнка могут предотвратить формирование привычки перекармливания с последующим развитием ожирения. Детям из семей с отягощенной наследственностью по ожирению следует проводить ежемесячный контроль прибавки массы тела на первом году жизни и коррекцию питания с целью предупреждения раннего развития избыточной массы тела.

Нишопова Д.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВОГО ПОДХОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии Андijanский государственный медицинский институт. Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Арзикулов А.Ш.

Цель исследования. Оценить эффективность диагностического алгоритма, основанного на клинических и эхографических критериях, для раннего выявления патологий верхних отделов желудочно-кишечного тракта у грудных детей и определения степени клинического риска.

Материал и методы. В исследование были включены 89 грудных детей с подозрением на патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Пациенты были разделены на две группы: I группа (n=46) - обследование проводилось с использованием предложенного клиничко-ультразвукового алгоритма; II группа (n=43) - применялись традиционные диагностические методы. В процессе диагностики использовались клинические признаки, данные ультразвукового исследования, а также статистический анализ.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, у 79,8% грудных детей с синдромом рвоты клинические проявления наблюдались в первые 3 месяца жизни. Органические патологии, в частности врождённый гипертрофический пилоростеноз, чаще выявлялись в раннем возрасте и преобладали у мальчиков. Анализ клинических признаков показал, что «фонтанирующая» рвота и рвота после каждого кормления достоверно связаны с органической патологией ($p < 0,001$). По данным ультразвукового исследования, утолщение стенки пилоруса ≥ 4 мм являлось наиболее значимым диагностическим критерием органической патологии ($OR = 41,17$). Предложенный алгоритм продемонстрировал высокую диагностическую эффективность: чувствительность составила 94,4%, специфичность - 85,7%, общая точность - 89,1%. По результатам ROC-анализа показатель AUC составил 0,90, что свидетельствует о высокой диагностической ценности алгоритма. В группе, где применялся алгоритм, частота поздней диагностики была значительно ниже (4,3% против 18,6%). Кроме того, отмечено снижение случаев потери массы тела и лучшее сохранение нутритивного статуса.

Выводы. Диагностический алгоритм, основанный на интегральной оценке клинических и ультразвуковых данных, обладает высокой эффективностью в ранней диагностике патологий верхних отделов желудочно-кишечного тракта у грудных детей. Его применение позволяет не только своевременно выявлять органическую патологию, но и снижать частоту поздней диагностики и предотвращать развитие осложнений. Кроме того, данный подход уменьшает необходимость проведения инвазивных методов исследования и повышает медицинско-экономическую эффективность оказания помощи.

ИВЛ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЁГНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Оценить влияние ИВЛ, показатели оксигенации на развитие бронхолёгочной дисплазии у недоношенных детей.

Материал и методы. В отделении неонатологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 2025 по 2026 годы было обследовано 20 недоношенных новорождённых с гестационным возрастом от 27 до 35 недель. Анализировались длительность инвазивной ИВЛ, параметры вентиляции (FiO_2), показатели оксигенации — насыщение крови кислородом (SpO_2) и парциальное давление кислорода в артериальной крови (PaO_2), а также количество интубаций и экстубаций. Дополнительно учитывались перинатальные факторы риска (масса тела при рождении, приём антенатальных стероидов, хориоамнионит, открытый артериальный проток). Диагноз бронхолёгочной дисплазии устанавливался при необходимости кислорода или респираторной поддержки на менее 35-й неделе гестационного возраста.

Результаты исследования. Инвазивную ИВЛ получали 70% новорождённых, из них длительность вентиляции более 72 часов отмечалась у 50% детей, который повышала риск формирования бронхолёгочной дисплазии, что связано с накоплением механических и оксидативных повреждений лёгочной ткани. Повышенная потребность в кислороде ($\text{FiO}_2 > 0,4$) наблюдалась у 55% детей. Нестабильные показатели насыщения кислородом $\text{SpO}_2 < 90\%$ регистрировались у 60% новорождённых. Повышенные значения $\text{PaO}_2 > 80$ мм рт. ст. выявлялись у 40% детей, который приводили к усилению воспалительных изменений и нарушению альвеолизации. Повторные интубации потребовались 30% новорождённым с более тяжёлыми формами бронхолёгочной дисплазии из-за травмы дыхательных путей и нестабильности вентиляции. Частота БЛД среди детей, получавших инвазивную ИВЛ, составила 70%. При длительности ИВЛ более 72 часов БЛД развилась у 50% детей, тогда как при вентиляции менее 72 часов — у 10% новорождённых. У детей с $\text{FiO}_2 > 0,4$ бронхолёгочная дисплазия формировалась 50% случаев. При $\text{PaO}_2 > 80$ мм рт. ст. БЛД была выявлена у 40% новорождённых. Повторные интубации сопровождалась развитием БЛД у 30% детей. Ранняя неинвазивная респираторная поддержка и малоинвазивное введение сурфактанта и кофеин цитрата уменьшали необходимость ИВЛ и снижали риска развития бронхолёгочной дисплазии у недоношенных новорожденных.

Выводы. Инвазивная ИВЛ, её длительность более 72 часов, повышенные значения FiO_2 , нестабильные показатели SpO_2 и высокое PaO_2 являются значимыми факторами риска развития бронхолёгочной дисплазии у недоношенных новорождённых. Сокращение длительности искусственной вентиляции, оптимизация параметров дыхательной поддержки, предотвращение экстубаций и применение стратегий «бережной вентиляции» являются ключевыми мерами профилактики бронхолёгочной дисплазии. Ранняя неинвазивная поддержка должна рассматриваться как приоритетный метод ведения дыхательной недостаточности у недоношенных детей для улучшения долгосрочных респираторных исходов.

Ноефт Г., Мадамонов Ш.Ш.
СИНДРОМ НЕТЕРТОНА

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хотамова М.Н

Цель исследования. Представить клинический случай синдрома Нетертона у ребенка раннего возраста, проанализировать особенности течения заболевания, диагностического поиска и проводимой терапии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинических данных пациента мужского пола в возрасте 10 месяцев с тяжелым поражением кожи по типу ихтиозиформной эритродермии. Оценивались данные анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и иммунологических исследований, а также результаты молекулярно-генетического тестирования. В ходе обследования выполнялись общий и биохимический анализы крови, иммунологическое исследование лимфоцитарных субпопуляций, определение уровня иммуноглобулинов, фагоцитарной активности гранулоцитов, а также молекулярно-генетическое исследование методом секвенирования клинического экзоса.

Результаты исследования. Ребенок рожден от первой беременности, протекавшей на фоне плацентарной недостаточности; родители состоят в близкородственном браке. С рождения отмечались выраженные изменения кожных покровов: диффузная эритема, сухость и крупнопластинчатое шелушение кожи туловища, конечностей, лица и волосистой части головы. В неонатальном периоде состояние осложнилось внутриутробной инфекцией (пневмония) и развитием дыхательной недостаточности, что потребовало лечения в условиях отделения реанимации новорожденных.

В динамике сохранялась выраженная десквамация эпидермиса, отмечались эпизоды геморрагической сыпи и кандидоз слизистых оболочек. Лабораторно выявлены признаки иммунологической дисфункции: абсолютная В- и Т-лимфоцитопения, снижение числа NK-клеток и CD8^+ лимфоцитов, снижение иммунорегуляторного индекса, выраженное снижение фагоцитарной активности гранулоцитов. Отмечалась тенденция к гипогаммаглобулинемии и повышение уровня IgE.

Несмотря на проводимую антибактериальную терапию, сохранялась высокая воспалительная активность (С-реактивный белок до 117 мг/л) и прогрессирование анемии. В возрасте 3 месяцев развился бронхообструктивный синдром с дыхательной недостаточностью, потребовавший проведения интенсивной терапии и интубации трахеи.

По результатам молекулярно-генетического исследования выявлена гомозиготная нонсенс-мутация с.1732C>T (p.Arg578*) в гене **SPINK5**, что подтвердило диагноз синдрома Нетертона. Дополнительно выявлено гетерозиготное носительство мутации гена **NBN**, ассоциированной с синдромом Ниймеген. Проводимая терапия включала интенсивный уход за кожей (эмоленты), системные глюкокортикостероиды, антибактериальную и противогрибковую терапию, а также заместительную терапию внутривенными иммуноглобулинами.

Выводы. Синдром Нетертона является редким генетическим заболеванием с тяжелым течением в раннем возрасте, характеризующимся выраженным поражением кожи и иммунологическими нарушениями, что приводит к высокой частоте инфекционных осложнений. Представленный клинический случай демонстрирует важность раннего распознавания заболевания и проведения молекулярно-генетической диагностики для подтверждения диагноза. Комплексный междисциплинарный подход к ведению таких пациентов имеет ключевое значение для улучшения прогноза и качества жизни.

Нурматова Н.Ф., Хабибуллаева Б.Р.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПИЕЛОНЕФРИТУ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней №1 Ташкентского государственного медицинского университета, Республика Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., доцент Нурматова Н.Ф.

Цель исследования. Изучить роль генетических факторов врождённого иммунитета в формировании предрасположенности к развитию пиелонефрита у детей и оценить их влияние на клиническое течение, выраженность воспалительной реакции и частоту рецидивов.

Материал и методы. Обследованы 52 ребёнка в возрасте от 3 до 14 лет с диагнозом острый и рецидивирующий пиелонефрит. Контрольную группу составили 40 условно здоровых детей. Проведены клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, С-реактивный белок, прокальцитонин, бактериологический посев мочи), ультразвуковое исследование почек. Молекулярно-генетическое исследование полиморфизмов генов **TLR4** (Asp299Gly), **IL-6** (–174G/C), **TNF-α** (G308A) выполнено методом ПЦР. Оценивалась связь генотипов с тяжестью клинических проявлений, длительностью госпитализации и формированием осложнений.

Результаты исследования. Установлено, что носительство неблагоприятных аллелей генов врождённого иммунитета достоверно чаще встречалось у детей с рецидивирующим течением заболевания. Полиморфизм **TLR4** (Asp299Gly) выявлен у 34,6% пациентов основной группы против 12,5% в контроле ($p<0,05$) и ассоциировался с более выраженной бактериурией ($\geq 10^5$ КОЕ/мл), повышением прокальцитонина и более длительным сохранением интоксикационного синдрома. Полиморфизм **IL-6** (–174G/C) обнаружен у 38,4% больных и сопровождался повышением уровня С-реактивного белка (до $48,6 \pm 5,4$ мг/л), выраженной лейкоцитурией и удлинением сроков нормализации лабораторных показателей. У детей с данным вариантом гена средняя продолжительность госпитализации была на 2,1 суток больше по сравнению с пациентами без мутации.

Носительство аллеля А гена **TNF-α** (G308A) зарегистрировано у 28% пациентов против 10% в группе контроля ($p<0,05$). У этих детей чаще выявлялись признаки вторичного сморщивания паренхимы по данным УЗИ (до 19%), рецидивы заболевания более 2 раз в год (41%) и необходимость повторных курсов антибактериальной терапии. При сочетании двух и более полиморфизмов риск рецидива увеличивался в 2,3 раза, а вероятность формирования рубцовых изменений почечной ткани – в 1,9 раза. Выявлена положительная корреляция между количеством неблагоприятных генетических вариантов и уровнем воспалительных маркеров ($r=0,62$), а также частотой осложнённого течения ($r=0,59$).

Выводы. Генетические полиморфизмы **TLR4**, **IL-6** и **TNF-α** играют значимую роль в формировании индивидуальной восприимчивости к пиелонефриту у детей, определяют выраженность воспалительного ответа и риск рецидивирования. Учет молекулярно-генетических маркеров целесообразен для ранней стратификации риска, оптимизации длительности терапии и диспансерного наблюдения.

Нурматова Н.Ф., Хошимов А.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней №1 Ташкентского государственного медицинского университета, Республика Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., доцент Нурматова Н.Ф.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности хронической крапивницы у детей и определить критерии тяжести и прогноза заболевания.

Материал и методы. Обследованы 58 детей в возрасте от 4 до 16 лет с диагнозом хроническая крапивница (длительность симптомов более 6 недель). Оценивались клинические проявления (частота высыпаний, длительность сохранения уртикарных элементов, интенсивность зуда по шкале UAS7, наличие ангиоотёка), проводились общий анализ крови, определение уровня эозинофилов, общего IgE, С-реактивного белка (СРБ), исследование аутоантител к FcεRI, а также биохимические показатели крови. Учитывалась связь лабораторных показателей с клинической активностью заболевания.

Результаты исследования. Клиническая картина характеризовалась полиморфизмом проявлений. У 82% детей отмечались ежедневные уртикарные элементы в виде розово-красных волдырей различного диаметра (от 0,5 до 5 см), склонных к слиянию и миграции. У 64% пациентов элементы сохранялись более 24 часов, у 21% – до 48–72 часов. Выраженный зуд отмечался у 91% детей, нередко усиливался в вечернее и ночное время, что приводило к нарушению сна (у 46%) и снижению концентрации внимания в школе (у 38%). Ангиоотёк выявлен

у 29% пациентов, преимущественно в области губ, век и кистей. В 12% случаев ангиоотёк носил рецидивирующий характер. У 34% детей заболевание сопровождалось повышенной утомляемостью, раздражительностью и снижением аппетита. У 18% наблюдались сопутствующие atopические заболевания (аллергический ринит, atopический дерматит). Тяжёлое течение ($UAS7 \geq 28$ баллов) диагностировано у 37% пациентов и характеризовалось ежедневными обильными высыпаниями, выраженным зудом, частым сочетанием с ангиоотёком и снижением качества жизни. Средняя продолжительность заболевания составила $14,2 \pm 3,1$ месяца, при этом у 42% детей симптомы сохранялись более 1 года.

В общем анализе крови у 41% детей выявлена умеренная эозинофилия (7–9%), у 36% – лейкоцитоз, у 18% – относительный лимфоцитоз. Повышение уровня общего IgE отмечено у 48% обследованных (240 ± 30 МЕ/мл), при этом у детей с atopическим фоном данный показатель достигал 320 ± 45 МЕ/мл. Обнаружена положительная корреляция между уровнем IgE и индексом активности заболевания ($r=0,58$). Повышение С-реактивного белка зарегистрировано у 27% пациентов (в среднем $8,6 \pm 1,2$ мг/л) и чаще наблюдалось при тяжёлом течении. У этих детей отмечалась более длительная персистенция высыпаний (до 72 часов) и частые обострения (более 4 эпизодов в год). Аутоантитела к FcεRI выявлены у 24% детей. У данной группы пациентов чаще наблюдалось сочетание уртикарных элементов с ангиоотёком (до 43%), а также сниженный ответ на стандартные дозы антигистаминных препаратов. Длительность заболевания у них превышала 12 месяцев в 61% случаев. При сочетании повышенного IgE, эозинофилии и наличия аутоантител риск тяжёлого течения увеличивался в 2,1 раза. Выявлена статистически значимая связь между лабораторными маркерами воспаления и продолжительностью обострения ($r=0,55$).

Выводы. Хроническая крапивница у детей характеризуется вариабельными, но клинически значимыми лабораторными изменениями, включая эозинофилию, повышение IgE и маркеров воспаления, а также наличие аутоантител к FcεRI. Комплексная клиничко-лабораторная оценка позволяет объективно определить тяжесть заболевания, прогнозировать течение и обосновать выбор индивидуализированной терапии.

Нурматова О.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ У ДЕТЕЙ 8–14 ЛЕТ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ОСНОВЕ ДИНАМИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ И ИНТЕРЛЕЙКИНОВ

Кафедра педиатрии №2 Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ашурова М.Дж.

Цель исследования. Оценка динамики воспалительных медиаторов и интерлейкинов у детей 8–14 лет с нефротическим синдромом с целью совершенствования профилактических мероприятий.

Материал и методы. В исследование включено 140 детей в возрасте 8–14 лет с нефротическим синдромом, из них основная группа составила 98 пациентов, сравнительная — 42 пациента. У всех обследуемых проводилось динамическое определение уровней IL-6, IL-8, IL-10, CRP и натрийуретического пептида (BNP) на пяти этапах наблюдения. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы SPSS 27.0. Результаты представлены в виде $M \pm SD$. Межгрупповые различия оценивались с помощью t-критерия Стьюдента, динамика показателей — с использованием дисперсионного анализа (Mixed ANOVA).

Результаты исследования. В основной группе отмечалось достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов. Концентрация IL-6 уменьшилась с $18,4 \pm 4,2$ pg/ml до $7,2 \pm 2,1$ pg/ml, тогда как в сравнительной группе — с $17,9 \pm 4,5$ до $13,8 \pm 3,9$ pg/ml ($MD=6,6$; 95% CI 4,2–9,0; $p<0,001$).

Аналогичная тенденция выявлена для IL-8: в основной группе показатель снизился с $22,6 \pm 5,1$ до $9,5 \pm 3,0$ pg/ml, в сравнительной — с $21,8 \pm 5,4$ до $16,2 \pm 4,7$ pg/ml ($p<0,001$). Уровень противовоспалительного интерлейкина IL-10 в основной группе значительно увеличился (с $6,3 \pm 1,8$ до $14,7 \pm 3,2$ pg/ml), тогда как в сравнительной группе прирост был менее выражен ($p<0,01$).

Содержание CRP в основной группе снизилось с $12,5 \pm 3,6$ до $4,1 \pm 1,9$ mg/L, в сравнительной — с $11,9 \pm 3,4$ до $7,8 \pm 2,6$ mg/L ($p<0,001$). Уровень натрийуретического пептида (BNP) также продемонстрировал более выраженное снижение в основной группе ($p<0,05$), что свидетельствует об уменьшении системной нагрузки и воспалительной активности. По результатам Mixed ANOVA установлено статистически значимое влияние фактора времени ($F=165,4$; $p<0,001$), группы ($F=72,3$; $p<0,001$) и их взаимодействия ($p<0,001$), что подтверждает эффективность применяемых профилактических мероприятий.

Выводы. У детей с нефротическим синдромом снижение уровней IL-6, IL-8 и CRP на фоне повышения IL-10 отражает уменьшение активности воспалительного процесса. Мониторинг указанных биомаркеров позволяет объективно оценивать течение заболевания и обосновывать индивидуализированные профилактические подходы. Использование цитокинового профиля в клинической практике способствует снижению риска рецидивов и повышению эффективности лечения.

Обидова Т.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ

Кафедра педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья, Узбекистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Ахмедова Е.А.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь психоэмоционального состояния и уровня контроля бронхиальной астмы у детей с синдромом бронхиальной гиперреактивности, а также определить клиничко-функциональные факторы, ассоциированные с ухудшением течения заболевания.

Материал и методы. Обследовано 112 детей в возрасте от 7 до 15 лет с верифицированной бронхиальной астмой и признаками бронхиальной гиперреактивности. В зависимости от уровня контроля заболевания по данным АСТ/сАСТ и клинического наблюдения пациенты были разделены на 2 группы: с контролируемым течением — 64 ребенка и с частично контролируемым или неконтролируемым течением — 48 детей. Всем пациентам проводили клинико-anamnestическое обследование, оценку частоты дневных и ночных симптомов, числа обострений за последние 12 месяцев, спирометрию с определением ОФВ₁, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, а также оценку психоэмоционального состояния с использованием детской шкалы тревожности, опросника эмоциональной лабильности и шкалы качества жизни. Дополнительно анализировали семейный микроклимат, уровень школьной нагрузки, приверженность базисной терапии и наличие сопутствующего аллергического ринита. Статистическую обработку проводили с использованием параметрических и непараметрических методов. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что у детей с частично контролируемым и неконтролируемым течением бронхиальной астмы признаки психоэмоционального напряжения выявлялись достоверно чаще, чем при контролируемом течении заболевания. Повышенный уровень тревожности зарегистрирован у 33 детей второй группы, что составило 68,8%, тогда как в группе контролируемой астмы — у 19 детей, или 29,7% случаев ($p < 0,01$). Эмоциональная лабильность отмечалась соответственно у 58,3% и 26,6% детей ($p < 0,01$). Нарушения сна наблюдались у 52,1% детей с недостаточным контролем и у 21,9% детей с контролируемой астмой ($p < 0,05$). Неблагоприятный семейный психоэмоциональный фон выявлен у 45,8% детей второй группы и у 20,3% детей первой группы.

Средний показатель АСТ/сАСТ у детей с контролируемым течением составил $22,4 \pm 0,3$ балла, тогда как у детей с частично контролируемой и неконтролируемой астмой — $16,9 \pm 0,4$ балла ($p < 0,001$). Частота дневных симптомов в неделю составила соответственно $1,8 \pm 0,2$ и $4,7 \pm 0,3$, ночных симптомов в месяц — $0,9 \pm 0,1$ и $2,8 \pm 0,2$ ($p < 0,001$). Среднее число обострений в течение последнего года у детей с повышенной тревожностью составило $3,4 \pm 0,2$, тогда как у детей без выраженных психоэмоциональных нарушений — $1,9 \pm 0,1$ ($p < 0,01$).

При функциональной оценке дыхательной системы установлено, что ОФВ₁ у детей с выраженной тревожностью и эмоциональной нестабильностью составил $76,8 \pm 2,1\%$ от должных величин, в то время как у детей с более благоприятным психоэмоциональным статусом — $88,6 \pm 2,3\%$ ($p < 0,01$). Индекс Тиффно был снижен соответственно до $74,1 \pm 1,7\%$ и $82,7 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$). Низкая приверженность базисной терапии выявлена у 60,4% детей с недостаточным контролем бронхиальной астмы и только у 25,0% детей с контролируемым течением ($p < 0,01$).

Корреляционный анализ показал наличие обратной связи между уровнем контроля бронхиальной астмы и показателями тревожности ($r = -0,48$), а также между качеством жизни и частотой обострений ($r = -0,52$). Между выраженностью эмоциональной лабильности и частотой дневных симптомов установлена прямая корреляционная связь средней силы ($r = 0,44$). Полученные данные свидетельствуют о том, что психоэмоциональные нарушения у детей с синдромом бронхиальной гиперреактивности ассоциируются с более низким уровнем контроля заболевания, худшими показателями функции внешнего дыхания и большей частотой обострений.

Выводы. У детей с бронхиальной астмой и синдромом бронхиальной гиперреактивности психоэмоциональные нарушения тесно связаны с недостаточным контролем заболевания. Повышенная тревожность, эмоциональная лабильность, нарушения сна, неблагоприятный семейный фон и низкая приверженность терапии ассоциируются с большей частотой симптомов и обострений, а также со снижением показателей функции внешнего дыхания. Оценка психоэмоционального состояния должна рассматриваться как важный компонент комплексного наблюдения детей с бронхиальной астмой и использоваться для персонализации лечебно-профилактических мероприятий.

Отамуродова Д.У., Мамадиев Р.А., Аббосова М.Р.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра клинических дисциплин. Ташкентский международный университет Кимё. Узбекистан.

Научный руководитель- к.м.н., PhD Ж.Ж. Норматов.

Цель исследования. Ранняя диагностика осложнений у детей с внебольничной пневмонией.

Материал и методы. Обследование проведено у 53 детей в возрасте 6 месяцев и 1 года, госпитализированных в многопрофильную клинику Ташкентской медицинской академии с диагнозом внебольничная пневмония (ВП). Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, физикальных методов исследования (пальпация, аускультация, перкуссия), инструментальных методов (рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование внутренних органов, нейросонография (НСГ), пульсоксиметрия), а также лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови). Пациенты консультированы узкими специалистами: оториноларингологом, невропатологом и реаниматологом.

Результаты исследования. При рентгенологическом исследовании односторонние изменения в лёгких выявлены у 84,9% пациентов, двусторонние — у 15,04%. Тяжёлое течение пневмонии отмечено у 15 детей (28,3%). У 8 пациентов (15,09%) показатель сатурации кислорода был ниже 85%. По данным НСГ у 11 детей (20,75%) выявлены ранее отсутствовавшие гипоксические изменения головного мозга. Поражение центральной нервной системы проявлялось следующими клиническими симптомами: раздражительность — у 38 (71,7%), беспричинный плач — у 18 (33,9%), нарушение ночного сна — у 36 (67,9%), общая слабость — у 47 (88,67%), сонливость — у 7 (14%), снижение интереса к окружающим предметам (игрушкам) — у 21 (39,6%) детей. С учётом тяжести состояния 8 пациентов (15,09%) проходили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии. Среди детей с тяжёлым течением ВП 23 пациента (43,4%) дополнительно консультированы

невропатологом, а 18 детей (33,9%) с жалобами на беспричинный плач — оториноларингологом. У 2 пациентов (3,77%) выявлены патологические изменения со стороны ЛОР-органов.

Выводы. У 46 детей (86,8%) внебольничная пневмония протекала с осложнениями. Наиболее часто отмечалось поражение центральной нервной системы (71,7%), реже — патология ЛОР-органов (3,77%).

Разокова К. Р., Ашурова Н. П.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ОТЯГОЩЕННОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель-к.м.н., доцент Хайдарова О.Ф.

Цель исследования. Изучить клиническую картину обструктивного бронхита у детей раннего возраста на отягощенном преморбидном фоне.

Материал и методы. Проведено исследование 56 больных с обструктивным бронхитом у детей раннего возраста, протекающих на неблагоприятном преморбидном фоне. Из обследованных -50% составили дети, имеющие отягощенный аллергологический анамнез, у 18% детей заболевание протекало на фоне хронического расстройства питания по типу паратрофии. Больные находились на лечении в ГУ комплекса здоровья «Истиклол» в пульмонологическом отделении. Диагностика основывалась на комплексе клинко-лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии служила оценочным критерием эффективности лечения. Принимались во внимания: анамнез, клинические показатели и лабораторно-инструментальные методы исследования (общий анализ крови и рентгенограмма органов грудной клетки).

Результаты исследования. Большинство детей с наличием аллергического анамнеза, были рождены при наличии осложненной беременности (токсикозы беременности, преждевременное отхождение вод, угроза выкидыша). У 80% -аллергические заболевания были выявлены у родителей и родственников, чаще по линии матери. У большинства детей с отягощенным аллергологическим анамнезом определялись очаги хронической инфекции в носоглотке (хронический ринит, аденоидит). Почти все дети находились на искусственном или на смешанном вскармливании. Обструктивный синдром клинически проявлялся навязчивым кашлем, одышкой смешанного характера, но с преобладанием экспираторной одышки, участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, иногда шумным дыханием с затрудненным свистящим выдохом, цианозом носогубного треугольника, вздутием грудной клетки, коробочным оттенком перкуторного звука, обилием разнокалиберных влажных и сухих свистящих хрипов в легких. При рентгенологическом исследовании грудной клетки, отмечалось вздутие легочной ткани, усиление легочного сосудистого рисунка и отсутствие воспалительной инфильтрации. Со стороны общего анализа крови у 25 детей отмечалась гипохромная анемия (Hb-80-110г/л, ц.п.- 0,7-0,78), эозинофилия отмечалось при аллергии до (5%-7%). В лечении дети получали: увлажненный кислород через носовой катетор, бронхолитики (сальбутамол, эуфеллин), для снятия отека назначали кортикостероидные препараты: ингаляционно, парентерально, отхаркивающие средства (бромгексин, лазолван, алтей), аэрозольные ингаляции с изотоническим раствором хлорида натрия, 2% раствором соды, бронхолитиками (2,4 % раствор эуфелина). Одним из решающих факторов в комплексном лечении больных пищевой аллергией была диетотерапия с исключением из диеты таких важных высокобелковых продуктов, как молоко, творог, кефир, рыба, яйца и другие. При наличии аллергического компонента-антигистаминные препараты.

Выводы. Таким образом клиническая картина обструктивных бронхитов у детей раннего возраста наиболее тяжелее протекало у детей, имеющие отягощенный аллергологический анамнез и неблагоприятный преморбидный фон- паратрофию.

Разокова К.Р., Ашурова Н.П., Наврузова Н.Н.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить диагностические критерии и эффективность проведенной терапии сепсиса у детей раннего возраста.

Материал и методы. Обследовано 48 детей, находившихся на стационарном лечении в септическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» в возрасте 2-6 мес. (37,5%), 6-12 мес. (47,9%), 1-2 г. (14,6%). Изучены клинко-анамнестические параметры, проведен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования, характер и продолжительность проводимой терапии, бактериологические посевы из зева, носа, ушей, микробный пейзаж кала и мочи, кровь на стерильность.

Результаты исследования. Диагностика основывалась на клинике, выраженности клинических признаков системно-воспалительной реакции и полиорганной недостаточности. К клиническим признакам полиорганной недостаточности относили: со стороны ЦНС - угнетение, возбуждение, судороги; со стороны органов дыхания - тахипноэ, апноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки; со стороны сердечно-сосудистой системы - тахи/брадикардия, гипо/гипертензия, глухость сердечных тонов, нитевидный пульс; со стороны кожи - бледность, серый/желтушный оттенок, сыпь, отечность, склерема, мраморность, цианоз, некроз; со стороны ЖКТ - отказ от сосания, парез кишечника, диарея, патологическая потеря массы, гепатоспленомегалия; со стороны мочевыделительной системы: олиго/анурия; со стороны лабораторных показателей - воспалительные изменения в ликворе, гипоксия, ацидоз, изменение кривой сатурации кислорода и ЦВД, гипербилирубинемия, гипертрансфераземия, гипергликемия, гипогликемия, гиперазотемия. Оценивали системную воспалительную реакцию - лейкоцитоз, лейкопению, нейтрофилез, нейтропению, юные формы нейтрофилов, токсическую зер-

нистость нейтрофилов, СРБ; со стороны системы гемостаза - кровоточивость, тромбозы. В 70,8 % случаев в бакпосевах из носа, зева, ушей и крови на стерильность был высеян *St. aureus*, *Strep. pyogenes* (8,3%), *St. epidermidis* + *E. coli* + *Candida* (20,9%). Лечение основывалось на первичной и базовой терапии. В основе этиологического лечения лежала АБ-терапия: эмпирическая, комбинированная и целенаправленная (после получения антибиотикограммы). АБ препараты вводились в/в в возрастных дозировках в течение 10-15 суток с последующей их сменой. Стартовые АБ препараты - цефалоспорины 3-го поколения в сочетании с аминогликозидами или монотерапия карбапенемом. При их неэффективности и после уточнения возбудителя использовали цефалоспорины 4-го поколения в сочетании с резервным аминогликозидом или монотерапию ванкомицином, а также защищенные пенициллины в сочетании с аминогликозидами. Крайне тяжелым больным назначали фторхинолоны. Проводили бактериологический мониторинг, при смене возбудителя заменяли антибиотик. АБ-терапия проводилась до достижения стойкой положительной динамики и исчезновения основных симптомов инфекции. Применяли иммунокорригирующие препараты - иммунозаместительная терапия и рекомбинантные интерфероны, индукторы макрофагально-моноцитарных клеток. Корригировали дисбиоз кишечника, гемодинамические и метаболические расстройства, гипо- или гиперкоагуляцию, проводили дезинтоксикационную терапию и кислородотерапию.

Выводы. Своевременная диагностика и рациональное лечение сепсиса детей раннего возраста позволяет улучшить ближайшие и отдаленные прогнозы заболевания. При назначении АБ-терапии необходимо руководствоваться результатами бактериологических анализов с учетом высева микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам. Необходимо проводить бактериологический мониторинг и при смене ведущего возбудителя заменять антибиотик с учетом резистентности микроорганизма.

Расулова С.А.

К ВОПРОСУ АССОЦИАТИВНОСТИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЯМИ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель. Исмоилов К.И.

Цель исследования. Оценить состояние гуморального иммунитета и фагоцитарной активности, фагоцитарного индекса у детей раннего возраста и выявить их ассоциативность.

Материал и методы. Под наблюдением находились 68 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, госпитализированных в детское пульмонологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом острая внебольничная пневмония средней и тяжелой степени тяжести. При анализе клинико-рентгенологических форм выявлено: у 29 детей (42%) диагностирована очаговая пневмония, у 19 детей сегментарная пневмония (27%), 14 (20,5%) детей с интерстициальной пневмонией и 6 (8%) детей с долевой пневмонией. Среднетяжелое течение наблюдалось у 31 ребенка (45%), у 37 детей было тяжелое течение (54%), у 2 (2,9%) детей пневмония осложнилась плевритом. Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту.

Наряду со стандартной схемой обследования всем больным проведена оценка функциональной активности лейкоцитов. Определяли поглотительную способность нейтрофилов в реакции фагоцитоза. Оценку гуморального иммунитета проводили методом проточной цитометрии.

Результаты исследования. Выявлено, что при средней степени течения заболевания наблюдалось снижение поглотительной способности нейтрофилов – фагоцитоза и фагоцитарного индекса в сравнении с контрольной группой ($p=0,001$, $p=0,005$). Аналогичная картина наблюдалась в группе больных с тяжелым течением пневмонии. Показатели метаболической активности нейтрофилов у больных в остром периоде пневмонии были ниже контрольных значений в спонтанном и стимулированном тесте.

Анализируя показатели гуморального иммунитета выявлено, что при средней степени болезни выявлено повышение показателей В-лимфоцитов, Ig A, Ig G и Ig M ($p\geq 0,005$) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. В то же время у детей с тяжелым течением болезни наблюдалось значительное снижение зрелых В-лимфоцитов и Ig G и Ig M ($p\geq 0,005$).

Выводы. У детей с острой пневмонией выявлено снижение функционально-метаболической активности нейтрофилов, проявляющееся снижением способности к поглощению микробов и выработке активных форм кислорода. Угнетение гуморального иммунитета выявлено у детей с тяжелым течением пневмонии.

Рахимова Н.Ф., Алишеровна Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КАВАСАКИ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ ПОД МАСКОЙ ОРВИ

Кафедра детских болезней №1 им. Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – Наврузкулова Ш.Ф.

Цель исследования. Проанализировать клиническое течение и диагностические трудности при синдроме Kawasaki у ребенка раннего возраста, первоначально расцененном как острая респираторная вирусная инфекция.

Материал и методы. Представлен клинический случай девочки 2 лет с острым фебрильным синдромом и полиорганными проявлениями. Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных, результатов телемедицинских консультаций, лабораторных показателей (общий анализ крови, С-реактивный белок, СОЭ, анализ мочи), инструментальных методов (УЗИ органов брюшной полости), а также динамики клинических симптомов в период с 27.12 по 05.01.

Результаты исследования. Заболевание началось с появления эритематозных высыпаний на ладонях без иных симптомов. На 2-е сутки присоединилась лихорадка до 38°C, на 3-и сутки — полиморфная сыпь на туловище, однократный жидкий стул, артралгия коленного сустава. К 4-м суткам температура повысилась до 39°C, отмечены двусторонняя инъекция склер без экссудации, изменения слизистой оболочки полости рта (обложенность языка, гиперемия), сохранялись боли в колене. На фоне лихорадки более 5 дней сформировались типичные признаки: «клубничный» язык, яркая гиперемия губ, ангулярный хейлит, эритематозно-пастозные изменения ладоней, выраженный двусторонний некатаральный конъюнктивит. Лимфаденопатия объективно оценена затруднительно.

Первичная госпитализация сопровождалась установлением диагноза ОРВИ. В динамике отмечено нарастание воспалительных маркеров: СОЭ до 40 мм/ч, С-реактивный белок до 12 мг/л, тромбоцитоз до $500 \times 10^9/\text{л}$, выявлена спленомегалия. В общем анализе мочи — протеинурия (до 1 г/л) и лейкоцитурия при дефекации. Экспресс-тесты на грипп и COVID-19 отрицательные. На фоне ухудшения состояния начата терапия дексаметазоном, после чего отмечено снижение показателей СОЭ и СРБ.

Клиническая картина соответствовала критериям синдрома Кавасаки: лихорадка ≥ 5 дней, двусторонний некатаральный конъюнктивит, изменения слизистых оболочек, полиморфная сыпь, поражение дистальных отделов конечностей, артралгический синдром и лабораторные признаки системного воспаления. Отсутствие своевременной эхокардиографической оценки на раннем этапе осложняло стратификацию риска коронарных изменений.

Выводы. Представленный случай демонстрирует сложности ранней диагностики синдрома Кавасаки у детей раннего возраста при атипичном дебюте и сходстве с вирусной инфекцией. Персистирующая лихорадка в сочетании с мукокожными проявлениями и лабораторными признаками воспаления требует настороженности в отношении системного васкулита и своевременного проведения эхокардиографии. Ранняя верификация диагноза имеет ключевое значение для профилактики коронарных осложнений и определения адекватной противовоспалительной терапии.

Рахманова З.Э., Авзалова М.И., Рабиева М.С.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛИТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель-к.м.н., доцент Хайдарова О.Ф.

Цель исследования. Изучить показатели иммунного статуса у часто болеющих детей острыми респираторными заболеваниями на фоне хронического тонзиллита.

Материалы и методы. Проведено обследование 44 детей в возрасте 7-12 лет, страдающие частыми острыми респираторными заболеваниями на фоне хронического тонзиллита. Всем детям проведено иммунологическое исследование крови, включающее в себя: определение процентного и абсолютного содержания Т и В-лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН) и сывороточных иммуноглобулинов А, М, G. Дети были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 20 детей с компенсированной формой тонзиллита во 2 группу-24 детей с декомпенсированной формой тонзиллита.

Результаты исследования. При иммунологическом исследовании были обнаружены изменения иммунологических показателей, свидетельствующие о развитии вторичной иммунологической недостаточности. В 1 группе в анамнезе отмечались частые ОРЗ (4-5 раз в год) и рецидивы ангины от 2 до 5 раз в год. При иммунологическом исследовании по сравнению со здоровыми в 40% случаев отмечалось снижение клеточного и гуморального звена иммунитета, а также снижение ФАН и иммуноглобулина А. С целью иммунокоррекции использовался Т-активин в виде 5-дневного курса. Получен положительный иммунокорректирующий эффект, выражающийся в нормализации иммунологических показателей у всех больных в течение месяца после проведенного лечения. Во 2 группе- в анамнезе были частые ОРЗ (6-8 раз в год), рецидивы ангины до 4-5 раз в год, нерациональное использование антибиотиков. Длительная тонзиллогенная интоксикация приводила к изменениям со стороны сердца в виде инфекционно-аллергического миокардита. При иммунологическом исследовании у 50% больных отмечалось снижение клеточного и гуморального звена иммунитета, снижение суммарного эффекта фагоцитоза и иммуноглобулина А. Детям с выраженным снижением иммунологических показателей в комплекс лечения была включена тонзиллэктомия. После операции восстановление иммунологических показателей происходило в течение 2-3 месяцев.

Выводы. Таким образом, у часто болеющих детей острыми респираторными заболеваниями на фоне хронического тонзиллита наибольший эффект получен, когда в комплекс лечения включался иммунокорректирующий препарат Т-активин.

Рахмонов Ш.Х., Иброхимов Ч.Х.

ОМУЗИШИ САБАБХОИ ЗИЁДШАВИИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ ДАР КУДАКONI СИННИ МАКТАБӢ

МД «Маркази Чумхуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона». Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ: д.и.т., профессор Икромӣ Т.Ш.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши сабабҳо ва омилҳои асосии зиёдшавии астмаи бронхиялӣ дар кӯдакони синни мактабӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар байни 67 кӯдакони синни аз 7 то 18 сола, ки бо таъхиси астмаи бронхиялӣ дар шӯъбаи пулмонологияи кӯдаконаи МД ММТ «Шифобахш» Чумхурии Тоҷикистон дар солҳои 2021-2025

бистарӣ шуда буданд. Аз шумораи умумии беморон 43 (64,1%) писарон ва 24 (35,8%) нафар духтарон буда, вобаста ба ҷои истиқомат 30 (44,7%) нафарро сокинони шаҳр ва 37 (55,2%) нафар сокинони деҳот ташкил медиҳад.

Аз ҳамаи беморон ҷамъовариҳои собикаи беморӣ, омӯзиши тарзи ҳаёт, муоинаи таҳлили умумии хун (эозинофилҳо), муайян кардани мавҷудияти вирусҳо дар хун, муайян намудани сатҳи иммуноглобулин E (IgE), рентгенографияи кафаси сина, спирометрия бо MIR SPIROLAB III ва пикфулометрия бо TECH-MED TMP-15 ва хусусиятҳои физиогрифии онҳо гузаронида шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Аз собикаи беморӣ маълум карда шуд, ки паҳншавии астмаи бронхиалӣ дар кӯдакони синни мактабӣ бештар аз 42 (62,7%) беморон хусусияти ирсии алергикӣ ва вирусӣ доранд. Омилҳои экологӣ, ба мисли ифлосшавии ҳаво, шаронти номусоиди зист ва тамокукашӣ дар оила, дар 25 (37,3%) кӯдакон мушоҳида карда шуданд. Таъсири экологӣ бисёртар дар кӯдакони шаҳр ба назар мерасад. Аз рӯи собикаи бемори муайян гардид, ки 23 (34,3%) кӯдакон мунтазам маҳсулоти фастфуд, аз ҷумла гамбургер, хот-дог, чипс, кириешки ва нӯшокиҳои газнок истеъмол менамоянд. Дар таҳлили умумии хун эозинофилия дар 32 (47,7%) ($p<0,05$) баланд ба қайд гирифта шуд. Баландшавии IgE ва эозинофилҳо бо шиддатнокии аломатҳо ва тақрори авҷгрии беморӣ алоқаманд буд. Спирометрия ва пикфулометрия нишон дод, ки қобилияти максималии нафас ва функсияи бронхҳо дар кӯдакони гирифтори авҷгрии астма паст мешавад. Коҳиши қобилияти ҳавопаймой ва нишонаҳои бронхоспазм дар 47 (70,1%) беморон мушоҳида мешуд. Дар астмаи бронхиали рентгени кафаси сина усули ташхиси асоси нест, зеро дар ташхис хангоми мушоҳидаҳо ягон тағироти ҷидди дида намешуд.

Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки кӯдакони шаҳришарин бештар бо таъсири омилҳои экологӣ гирифтдор шудаанд, дар ҳоле ки кӯдакони деҳотӣ бештар бо таъсири омилҳои ирсӣ ва алергикӣ алоқаманд буданд.

Хулоса. Астмаи бронхиалӣ дар кӯдакони синни мактабӣ як бемории бисёромилӣ буда, натиҷаи омӯзиши таъсири генетикӣ, алергикӣ, физӣ нодуруст, истеъмоли зиёди маҳсулоти саноатӣ нақши муҳим доранд.

Бештар намудани тарзи ҳаёт, маҳдуд намудани фастфуд ва нӯшокиҳои газнок, инчунин баланд бардоштани маърифати тиббии дар байни мактаббачагон метавонад ба коҳиш ёфтани сатҳи беморӣ мусоидат намояд.

Ризоева М.Н., Абдурахманова У.Ш.

IGA-ВАСКУЛИТ У ДЕТЕЙ: АБДОМИНАЛЬНЫЙ ДЕБЮТ ПОД МАСКОЙ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Проанализировать клинико-лабораторные особенности IgA-васкулита у ребёнка с абдоминальным дебютом заболевания.

Материал и методы. Проведён клинико-лабораторный анализ случая пациента М. 15-ти лет, госпитализированного в отделение детской гематологии с клиническим диагнозом IgA-васкулит (геморрагический васкулит) кожно-суставно-абдоминальная форма. В рамках исследования осуществлена комплексная оценка клинической симптоматики (характер и распространённость геморрагического синдрома, выраженность абдоминального и суставного синдромов, признаки системной воспалительной реакции), а также анализ лабораторно-инструментальных показателей в динамике заболевания. Изучены данные общего анализа крови с оценкой эритроцитарного, лейкоцитарного и тромбоцитарного звеньев, показатели биохимического профиля крови (маркёры белкового обмена, функции печени и почек), параметры системы гемостаза по данным коагулограммы. Проведён анализ мочевого синдрома с целью исключения почечного вовлечения. Дополнительно выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек для оценки висцеральных проявлений и исключения хирургической патологии.

Результаты исследования. Анализ клинического случая показал, что дебют заболевания характеризовался выраженным абдоминальным синдромом, предшествовавшим появлению типичных кожных проявлений, что обусловило первичную госпитализацию пациента в хирургический стационар и выполнение аппендэктомии. В последующем, в раннем послеоперационном периоде, сформировалась классическая клиническая картина IgA-васкулита. Клинически заболевание проявлялось симметричной макуло-папулёзной геморрагической сыпью с преимущественной локализацией на нижних конечностях, суставным синдромом (артралгии и болезненность крупных суставов), а также выраженным абдоминальным синдромом. Отмечались признаки системной воспалительной реакции и интоксикации. По данным лабораторных исследований выявлены: умеренная нормохромная анемия ($Hb\ 105\ г/л$); лейкоцитоз до $17,1 \times 10^9/л$ с относительным нейтрофилёзом; выраженный реактивный тромбоцитоз (до $591 \times 10^9/л$), отражающий активность воспалительного процесса; умеренное ускорение СОЭ ($22\ мм/ч$); отсутствие значимых нарушений плазменного звена гемостаза по данным коагулограммы. Биохимические показатели крови находились в пределах возрастной нормы, без признаков выраженной печёночной или почечной дисфункции. В анализе мочи отмечались минимальные изменения (следовая протеинурия без гематурии). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости не выявило структурной патологии, требующей хирургической коррекции.

На фоне проводимой комплексной терапии отмечена положительная клинико-лабораторная динамика: регресс кожного и суставного синдромов, уменьшение абдоминальной симптоматики, стабилизация гемоглобина и постепенное снижение активности воспалительных показателей.

Полученные данные подтверждают иммунокомплексный характер поражения микрососудистого русла с преимущественным вовлечением кожи, суставов и желудочно-кишечного тракта при отсутствии выраженного почечного компонента на этапе госпитализации.

Вывод. Таким образом, IgA-васкулит с абдоминальным дебютом требует повышенной настороженности со стороны педиатров, хирургов и гематологов. Ранняя междисциплинарная оценка клинической картины и динамическое лабораторное наблюдение позволяют своевременно верифицировать диагноз, оптимизировать терапевтическую тактику и снизить риск осложнений, включая позднее поражение почек.

Саидова Д.А., Зардакзода М.А.

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Изучить влияние степени увеличения вилочковой железы на нарушения показателей иммунитета.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 120 детей в поликлинике Дангаринской ЦРБ за период 2020-2022 годов. Кроме 120 детей раннего возраста с увеличением тимуса I, II, III степени, были обследованы 30 детей без увеличения. Методы исследования включали сбор анамнестических данных из стационарной карты, жалоб, физикальное обследование, лабораторно-инструментальные методы. До обследования дети не болели в течение месяца. Показатели иммунитета CD3, CD4, CD8, CD16, CD72 оценивались методом иммунофенотипирования в тесте непрямой иммуофлюоресценции с использованием моноклональных антител. Уровни IgA, IgM, IgG, ЦИК, ПАН, ПСН, ПЗФ определяли по общепринятым методикам. Взаимосвязь показателей иммунитета со степенью увеличения тимуса выявлялась корреляционным анализом.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенного исследования выявил отягощенный акушерский анамнез у матерей обследуемой группы детей. Анализ иммунологических показателей выявил, что существует обратная корреляция между степенью увеличения вилочковой железы и иммунологическими показателями: относительным и абсолютным значением CD 3 ($r = 0,75$, $p < 0,001$; $r = 0,54$, $p < 0,05$), CD 4 ($r = 0,66$, $p < 0,001$; $r = 0,63$, $p < 0,01$), CD 72 ($r = 0,54$, $p < 0,05$; $r = 0,51$, $p < 0,01$), относительным значением CD 16 ($r = 0,38$, $p < 0,05$), суммарным индексным показателем иммунокомпетентных клеток ($r = 0,41$, $p < 0,05$), функциональным состоянием фагоцитоза нейтрофилов ПАН ($r = 0,48$, $p < 0,05$), ПСН ($r = 0,42$, $p < 0,05$), ПЗФ ($r = 0,53$, $p < 0,01$), содержанием лейкоцитов ($r = -0,45$, $p < 0,05$), иммуноглобулина М ($r = 0,48$, $p < 0,05$). Прямая корреляция выявляется между степенью увеличения тимуса и относительным уровнем лимфоцитов ($r = 0,64$, $p < 0,01$), относительным и абсолютным значением неактивных лимфоцитов ($r = 0,69$, $p < 0,001$; $r = 0,63$, $p < 0,01$), показателями ЦИК ($r = 0,54$, $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, выявленные нами изменения свидетельствуют о взаимосвязи показателей иммунитета и степени увеличения вилочковой железы у детей. Установлено, что выраженные нарушения в системе иммунитета наблюдаются при максимальном увеличении тимуса.

Саидова М.М., Муминова Н.Н., Шарипова М.М.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения рецидивирующего бронхита у детей раннего возраста.

Материал и методы. Клиническое исследование проводилось в условиях детского пульмонологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Под наблюдением находились 56 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, госпитализированных с диагнозом «рецидивирующий бронхит». Диагноз устанавливался на основании анамнестических данных (наличие не менее 4–5 эпизодов бронхита в течение года), клинической картины и результатов объективного обследования. Наблюдение осуществлялось с момента поступления ребёнка в стационар и продолжалось до клинического выздоровления. Всем пациентам проводилась комплексная оценка состояния, включающая анализ жалоб, физикальное обследование, пульсоксиметрию, рентгенографию органов грудной клетки, а также оценку частоты дыхательных движений (ЧДД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), характера кашля и аускультативной картины лёгких.

Результаты исследования. В зависимости от выраженности клинических проявлений и функциональных показателей дыхания пациенты были условно разделены на две группы.

В первую группу вошли 32 ребёнка с умеренно выраженными клиническими симптомами. У данной категории пациентов общее состояние расценивалось как средний тяжести. Кашель носил преимущественно влажный характер, с умеренным количеством мокроты. ЧДД составляла в среднем 30–36 в минуту, ЧСС — 110–130 уд/мин. Уровень сатурации кислорода сохранялся в пределах 95–97%. Аускультативно выслушивались рассеянные влажные и сухие хрипы, преимущественно среднепузырчатые, без тенденции к сливанию. Признаки дыхательной недостаточности выражались минимально или отсутствовали. На ЭКГ отмечалась синусовая тахикардия. Рентгенологическая картина характеризовалась умеренным усилением бронхолёгочного рисунка без очаговых инфильтративных изменений. Вторая группа включала 24 ребёнка с более выраженными клиническими проявлениями рецидивирующего бронхита. Общее состояние оценивалось как тяжёлой степени. Кашель был интенсивным, частым, нередко малопродуктивным. ЧДД повышалась до 40–48 в минуту, ЧСС — до 135–155 уд/мин. Уровень сатурации кислорода снижался до 92–94%. У большинства пациентов данной группы отмечались признаки дыхательной недостаточности I степени, втяжения податливых мест грудной клетки,

особенно в межрёберных промежутках и эпигастральной области. Аускультативно определялось обилие влажных и сухих хрипов с тенденцией к распространённости. У части детей регистрировались эпизоды периодического цианоза при физической нагрузке или беспокойстве. На ЭКГ отмечалась синусовая тахикардия, умеренные нарушения процессов реполяризации. Рентгенологическое исследование выявляло выраженные усиление и деформацию бронхиального рисунка, участки перибронхиальной инфильтрации, что свидетельствовало о хроническом воспалительном процессе в бронхиальном дереве. Проведённый корреляционный анализ показал наличие достоверной взаимосвязи между частотой рецидивов бронхита, выраженностью клинических симптомов и функциональными показателями дыхательной системы ($r = 0,52$; $p < 0,01$). Установлено, что увеличение частоты обострений ассоциируется с нарастанием дыхательной недостаточности и удлинением сроков стационарного лечения. Средняя длительность госпитализации в первой группе составила $5,1 \pm 1,3$ дня, во второй группе — $7,4 \pm 1,8$ дня ($p < 0,05$).

Вывод. Рецидивирующий бронхит у детей раннего возраста характеризуется вариабельностью клинического течения и функциональных нарушений дыхательной системы. Выраженность клинических симптомов и частота рецидивов напрямую связаны с тяжестью заболевания и степени обструкции. Комплексная клинικο-функциональная оценка состояния пациентов позволяет своевременно выявлять группы риска, оптимизировать тактику лечения и профилактики, а также снижать вероятность хронизации бронхолёгочной патологии.

Саидова М.М., Мирзозода С.З.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Оценить факторы, влияющие на тяжесть течения узелкового периартериита у детей.

Материал и методы. В детском кардиоревматологическом соматическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» наблюдался пациент с диагнозом:

Узелковый периартериит, активная фаза, злокачественное течение. Проведены следующие исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, определение ревматоидного фактора, УЗИ, ЭКГ, а также осмотр профильными специалистами (сосудистый хирург).

Результаты исследования. Из анамнеза известно, что ребёнок в болен течение двух лет. Заболевание началось с повышения температуры, слабости, утомляемости, появления ран на ногах, кожными изменениями и прогрессирующей мышечной слабостью. При поступлении состояние пациента расценивалось как средней степени тяжести, обусловленное активной фазой системного васкулита. Отмечались выраженная мышечная гипотония, болезненность суставов, гиперпигментированные элементы и признаки васкулита на коже нижних конечностей. Лимфоузлы увеличены до 2 см. Лабораторные данные: гемограмма: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; Hb – 131 г/л; тромбоциты – $240 \times 10^9 /л$; лейкоциты – $10,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; сегменты – 67%; лимфоциты – 21%; моноциты – 5%; СОЭ – 60 мм/ч; Биохимия крови: С – реактивный белок – 108 мг/л; общий белок – 61 г/л; креатинин – 69,7 мк моль/л; мочевины – 5,5 ммоль/л; фосфор – 0,9 ммоль/л; Са – 1,96 ммоль/л; Иммунологические тесты на ВИЧ – отрицательные. Ревматоидный фактор – положительный. Общий анализ мочи: белок – 0,033%, лейкоциты – 5 – 6 п/з. Общий анализ кала на яйца глист: имеются лямблии, остриции. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС – 150 уд/мин. Обследование сосудистого хирурга: подозрение на васкулит неясной этиологии.

Пациент получал специфическую терапию, которая включала иммуносупрессивные препараты (циклофосфамид), глюкокортикостероиды (преднизолон) и симптоматическое лечение: антибактериальную терапию (цефтазидим), антикоагулянты, препараты кальция и витамины.

Выводы. Ключевыми факторами, влияющими на тяжесть течения узелкового периартериита у детей, являются своевременная диагностика, раннее начало интенсивной терапии, тщательная оценка системных проявлений заболевания и коррекция выявленных нарушений. Использование комплексного подхода, включающего лабораторный мониторинг, инструментальную диагностику и активную медикаментозную терапию позволяют уменьшить риск тяжёлых осложнений и улучшить прогноз у пациентов с системными васкулитами.

Сайдалиев Ш.Ш., Абадов Ш.Т., Шарифзода З.У.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФЕБРИЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ И ДРУГИХ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить роль электроэнцефалографии в дифференциальной диагностике фебрильных приступов и других судорожных состояний у детей.

Материал и методы. Проведен анализ 104 клинических и электроэнцефалографических данных у детей с судорожным синдромом на фоне лихорадки в возрастном аспекте от 6 месяцев до 3-х лет. Исследование включало проведение рутинной электроэнцефалографии с функциональными пробами (гипервентиляция, фотостимуляция), а в отдельных случаях - длительного ЭЭГ - мониторинга. Оценивались особенности биоэлектрической активности головного мозга, наличие эпилептиформных разрядов, а также их локализация и характер.

Результаты исследования. Установлено, что при простых фебрильных приступах в большинстве случаев ЭЭГ не выявляет выраженных патологических изменений. В отдельных случаях могут отмечаться неспецифические диффузные изменения биоэлектрической активности мозга, связанные с функциональной незрелостью

центральной нервной системы. По данным различных исследований, эпилептиформная активность при простых фебрильных приступах выявляется лишь у 5–10% пациентов. В то же время при сложных фебрильных приступах (длительностью более 15 минут, повторные приступы в течение суток или наличие очаговой симптоматики) патологические изменения на ЭЭГ регистрируются значительно чаще — приблизительно у 20–30% детей. Электроэнцефалография играет важную роль в дифференциальной диагностике фебрильных приступов таких состояний, как эпилепсия, нейроинфекции (менингит, энцефалит), метаболические судороги и симптоматические судорожные синдромы. Для больных с эпилепсией характерно выявление специфической эпилептиформной активности (пик-волны, острые волны, комплексы «пик–медленная волна»), тогда как при типичных фебрильных приступах, наблюдаемых у наших больных, подобные изменения, отсутствовали. Отмечались незначительные изменения в тэта и дельта волнах. В случаях диагностических трудностей применение длительного ЭЭГ-мониторинга значительно повышает вероятность выявления патологической активности и позволяет более точно установить характер пароксизмальных состояний.

Выводы. Электроэнцефалография является важным методом в дифференциальной диагностике фебрильных приступов у детей. Несмотря на то, что при типичных фебрильных приступах ЭЭГ часто остается без выраженных патологических изменений, выявление эпилептиформной активности может указывать на повышенный риск развития эпилепсии. Комплексная оценка клинических данных и результатов ЭЭГ способствует повышению точности диагностики и определению оптимальной тактики ведения пациентов.

Самторова А.П., Хазраткулова Н.С.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Выявить особенности физического и нервно-психического развития детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 40 детей родившихся с задержкой внутриутробного развития, находившихся под наблюдением в детском отделении ЦРБ Дангаринского района за период с 2020-2023 годов. На протяжении длительного периода (от 5 дней до 3-х лет жизни) изучались особенности физического, нервно-психического развития доношенных детей, родившихся с ЗВУР. Всем детям, поступившим в стационар кроме измерения антропометрических параметров, были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенного исследования установлено, что имеющийся дефицит массы тела при рождении влияет не только на становление физического, нервно-психического развития, но и на возникновение у этих детей с раннего возраста соматической патологии. Дети хуже адаптируются в социальной среде. Начиная с рождения, у 97% детей с ЗВУР отмечалась патология центральной нервной системы (ЦНС). Учитывая регулирующую роль ЦНС на развитие и формирование нервно-психических функций и эндокринной системы, тесно связанной с физическим развитием, можно предположить, что имеющаяся патология нервной системы влияет на становление отдельных нервно-психических функций и моторного развития, отчетливо прослеживающегося в дошкольном возрасте. Часть детей, родившихся с ЗВУР (4%) в дошкольном возрасте опережали своих сверстников по развитию ряда нервно-психических функций. Это были дети, с которыми рано проводились занятия по развитию мелких мышц кисти. Становление речевой функции у них происходило на 1 эпикризный срок раньше, по сравнению с детьми, которым эти мероприятия предложены не были. По показателям физического развития эти дети быстро догоняли своих сверстников, не имевших ЗВУР при рождении. У детей, воспитание которых проводилось с использованием адекватных для данного возраста и состояния ЦНС зрительных и слуховых стимулов, в дальнейшем значительно реже возникали невротические расстройства.

Выводы. Таким образом, анализ выявил, что детям, родившимся с ЗВУР, наряду с общепринятыми методами необходимо, начиная с периода новорожденности развивать функцию мелких мышц кисти, формировать общение ребенка с игрушками, взрослыми для раннего развития зрительного и слухового анализаторов.

Сафарова О.З., Султонбеков Н.С., Фирузова Ф.Ф.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить структуру и причины, приводящие к развитию судорожного синдрома у детей раннего возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 40 больных в возрасте от 3 мес. до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в 11 детском соматическом корпусе ГУ НМЦ РТ “Шифобахш” за период 01.11.2025 по 30.12.2025 год. Были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы, электролитов, мочевины и креатинина, по показаниям исследование ликвора, электрокардиография, электроэнцефалография, КТ или МРТ головного мозга и нейросонография.

Результаты исследования. Все обследуемые дети в зависимости от причины судорожного синдрома были разделены на 4 группы. Первую группу составили 20 пациентов (44,4%) с судорогами на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ). Вторую группу составили 12 пациентов (26,7%) с фебрильными судорогами.

рогами. В третью группу вошли больные, у которых судороги возникали на фоне электролитных нарушений (5 пациентов -11,1%). Другие причины судорог зарегистрированы у 8 пациентов (17,8%). В результате исследования было установлено, что судорожный синдром у детей раннего возраста носил полиэтиологический характер. Наиболее частой причиной судорог у детей грудного возраста явилась ГИЭ, которая развивалась после перенесённой умеренной, и особенно, тяжёлой асфиксии в родах. Данной группе больных был характерен более ранний дебют судорог с сочетанием ранних признаков угнетения сознания. У пациентов с фебрильными судорогами конвульсии возникали часто на фоне ОРВИ; при этом у большинства детей судороги носили генерализованный и кратковременный характер. У детей с метаболическими и электролитными нарушениями (гипогликемия, гипомagneмия, гипокальциемия, ацидоз) отмечалось преобладание стёртых и повторяющихся судорожных эпизодов до коррекции метаболических нарушений. При скрытых и стёртых формах судорожного синдрома отсутствовали типичные генерализованные судороги; преобладали кратковременные нарушения сознания, вегетативные симптомы, атипичные пароксизмы, эпизоды замиранья, нарушения дыхания (апноэ), что нередко маскировало судорожную активность под соматические или функциональные расстройства. Результаты лабораторно - инструментальных данных. ОАК: НВ 104-124 г/л, эритроциты 3,4 - 4,7 млн., лейкоциты 8,40-13,2 тыс., СОЭ 10-12 мм/ч; биохимический анализ крови: кальций 1,30-1,92 ммоль/л, глюкоза 3,2-5,5 ммоль/л, магний 0,8-1,5 ммоль/л, креатинин 50-87 ммоль/л, мочевины 5,9-11,95 ммоль/л. МРТ головного мозга у 20 детей (44,4%) выявила признаки ГИЭ: диффузное снижение сигнала в подкорковых ядрах, у 5 (12,5%) - очаговые изменения в лобных долях. На ЭЭГ у 5 детей (12,5 %) обнаружены патологические изменения в виде спайк, острые волны. При нейросонографии у 5 детей (12,5%) отмечено умеренное расширение боковых желудочков, у 2 детей - эхопризнаки стриопаллидарной ангиопатии, расширение желудочковой системы головного мозга, у остальных патологических изменений не обнаружено. При исследовании ликвора у 20% наблюдали умеренный плеоцитоз.

Вывод. Судорожный синдром у детей раннего возраста является сложным клиническим состоянием с многообразной этиологией и разнообразной клинической картиной. У детей раннего возраста наиболее частыми причинами судорог являются фебрильные судороги и последствия перинатальных поражений ЦНС. Раннее комплексное обследование и своевременная диагностика позволяют точно определить причину судорожного синдрома, выбрать адекватную терапию, снизить риск повторных судорог и неврологических осложнений.

Сафарова У.Ш., Имодинова М.Ф., Каримов С.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Определить диагностическую значимость клинических проявлений и лабораторных маркёров при муковисцидозе у детей на примере клинического случая.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился ребёнок А., 2022 года рождения, с диагнозом: Муковисцидоз, смешанная форма в стадии декомпенсации; полисегментарная пневмония справа; дыхательная недостаточность I степени; гипотрофия 3 степени. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния больного были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови; тест на хлориды пота; генетическое исследование (поиск мутации гена CFTR); биохимический анализ крови (общий белок, билирубин и его фракции, АЛАТ, АСАТ, Са, Na, К, Р, мочевины, креатинин); посев мокроты; общий анализ мочи и кала; рентгенография грудной клетки.

Результаты исследования. Из анамнеза выяснилось, что ребёнок от первой беременности, родился с весом 3100 гр. Брак родителей не родственный. Аллергологический анамнез спокоен. Со слов матери ребёнок болен с рождения. Поступил в тяжёлом состоянии. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, шероховатые, с лёгким шелушением. Отмечается солёный вкус кожи и наличие соляных кристаллов после потоотделения. Подкожно-жировая клетчатка истончена по всему телу, включая лицо. Тургор тканей снижен. Характерно утолщение концевых фаланг пальцев (симптом «барабанных палочек») и изменение ногтевых пластинок. Температура тела - 36,7°C. В акте дыхания участвуют крылья носа и вспомогательная мускулатура. Форма грудной клетки бочкообразная. Перкуторно выслушивается коробочный звук. Аускультативно на фоне жёсткого дыхания выслушиваются влажные хрипы. ЧД 30 в мин. Перкуторно границы сердца не увеличены. Тоны сердца ясные, патологических шумов нет. ЧСС 110 уд. в мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык влажный, зев бледно-розового цвета. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул частый, кашицеобразный, жирный. Мочеиспускание свободное. *Лабораторно - инструментальные данные.* НВ-100г/л; RBC-3.08*10¹²/л; MCV-80.1.4 фл.мкл*³; MCH-25.5%; PLT - 337*10⁹/л; WBC-10.6*10⁹; Neu-61.1%; Eos-1.1%; Lym-25.1%; Mon-12.7%; ESR-12 мм/час. Биохимия крови: общий белок-59.5 г/л; АЛАТ- 64 Ед/л, АСАТ-53 Ед/л; билирубин и его фракции, а также креатинин и мочевины в пределах нормы; Na-136.9 ммоль/л; К-3.5 ммоль/л; Са-1.98 ммоль/л; Р-1.15 ммоль/л. ИФА на HBsAg, HCV и HIV-отрицательные. Потовый тест: уровень хлоридов - 108 ммоль/л. Диагноз муковисцидоза подтверждён генетическим исследованием - CFTR: F508del/G542X-компунд-гетерозиготность. Посев мокроты показал рост *Staphylococcus aureus*. Копрологическое исследование обнаружило стеаторею, нарушение переваривания белков, крахмалов. На рентгенографии грудной клетки отмечена полисегментарная пневмония справа. Диагноз муковисцидоза был выставлен клиническими данными и подтверждён положительным потовым (хлориды пота – 108 ммоль/л) и генетическим тестом (обнаружение двух патогенных мутаций CFTR: F508del/G542X), что является золотым стандартом диагностики заболевания.

Вывод. Представленный нами клинический случай демонстрирует высокую диагностическую значимость сочетания клинических проявлений, результатов потового теста и генетического анализа в подтверждении диагноза муковисцидоза у детей. У пациента выявлены типичные признаки заболевания: дыхательные нарушения (пневмония), стеаторея, кожные проявления и выраженная гипотрофия. Комплексное обследование позволило установить смешанную форму муковисцидоза в стадии декомпенсации и определить степень системных нарушений, что подчёркивает необходимость ранней диагностики, своевременного лечения и междисциплинарного подхода к наблюдению таких пациентов.

Сафарова У.Ш., Зийева Ш.К.

ЗНАЧИМЫЕ ТРИГГЕРЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Оценить факторы риска рецидивирующих форм геморрагического васкулита у детей.

Материал и методы. В детском гематологическом отделении НМЦ, Шифобахш" под наблюдением находились 5 больных с диагнозом: Геморрагический васкулит смешанной формы, рецидивирующее течение. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния пациентов, а также для выявления триггеров данного заболевания было проведено клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Лабораторное обследование включало общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛАТ, АСАТ, мочевины, креатинин), С-реактивный белок; АСЛ-О; Ig-A; общий Ig-E; EBV, CMV (IgM IgG), кал на яйца глист, общий анализ мочи и кала, УЗИ-почек.

Результаты исследования. При анализе анамнестических данных установлено, что у всех пациентов с рецидивирующей формой геморрагического васкулита рецидив заболевания развивался на фоне перенесённых острых респираторных вирусных инфекций и острой лакунарной ангины, а также был ассоциирован с несоблюдением рекомендованной гипоаллергенной диеты. Все пациенты поступили в стационар в тяжёлом состоянии. Объективно у всех больных наблюдались симметричные мелкоочечные кровоизлияния на ногах и ягодицах, схваткообразные интенсивные боли в животе, а также поражение крупных суставов (голеностопных, коленных, локтевых). По данным лабораторных исследований у 98% пациентов выявлены признаки воспалительного процесса: повышение уровня С-реактивного белка ($>30\text{мг/л}$), лейкоцитоз ($>15 \cdot 10^9/\text{л}$) и ускорение СОЭ (от 15 до 45мм/час). В биохимическом анализе крови показатели были в норме. Иммунологические изменения характеризовались повышением уровня IgA ($2,8\text{--}4,5\text{г/л}$) у 50% больных и общего IgE у 36%, а также увеличением титра АСЛ-О у части пациентов, что указывало на роль стрептококковой инфекции в развитии рецидива. По данным ИФА у большинства обследованных выявлялись серологические признаки перенесённой EBV (IgG) и CMV (IgG) – инфекции. В общем анализе мочи у 38% больных регистрировались протеинурия (до 1 г/сут) и микрогематурия ($10\text{--}30$ эритроцитов в п/з), что свидетельствовало о вовлечении почек в патологический процесс. Ультразвуковое исследование почек у большинства пациентов выявляло признаки диффузных изменений паренхимы почек.

Выводы. Рецидивирующая форма геморрагического васкулита у детей развивается преимущественно на фоне перенесённых инфекций верхних дыхательных путей и нарушений диетических рекомендаций, что указывает на их роль в провоцировании рецидивов. Заболевание лабораторно сопровождается повышением IgA и общего IgE, увеличением титра АСЛ-О и вовлечением почек. Эти данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к профилактике и терапии, включая контроль инфекционных факторов и диетический режим для снижения частоты рецидивов и тяжести течения заболевания.

Сирожиддинов Ш.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ФЕРСИКАРД КИДС» В УЛУЧШЕНИИ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА ЭНДОТОКСИКОЗА

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии Самаркандского Государственного медицинского университета. Самарканд. Узбекистан.

Научный руководитель: ассистент Мамаризаев И.К.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения препарата «Ферсикард кидс» в составе комплексной терапии осложнённого эндотоксикоза у новорожденных.

Материал и методы. Исследование носило проспективный рандомизированный контролируемый характер. Включено 84 новорожденных, родившихся в Самаркандском филиале РНЦОМИД с признаками эндотоксикоза II–III степени. Средний гестационный возраст составил $34,6 \pm 2,8$ недели, масса тела — 2480 ± 620 г. Группы были сопоставимы по полу, гестационному возрасту, массе тела и тяжести состояния.

Основная группа получала стандартную терапию и «Ферсикард кидс» в дозировке 1 мл 2 раза в день перорально в течение 7 суток. Контрольная группа — стандартную терапию. Проводилась оценка клинических показателей, маркеров воспаления, гемодинамики, длительности ИВЛ, частоты осложнений.

Статистический анализ выполнен с использованием критерия Стьюдента и χ^2 . Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Отмечено достоверное снижение маркеров воспаления и улучшение гемодинамических показателей в основной группе. Анализ динамики клинико-лабораторных показателей продемонстрировал сопоставимость исходных значений между основной и контрольной группами, что подтверждает

корректность рандомизации и однородность выборки. На первые сутки исследования уровень С-реактивного белка в основной группе составлял $46,2 \pm 8,4$ мг/л, в контрольной — $45,8 \pm 7,9$ мг/л, статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). К седьмым суткам терапии в основной группе отмечено выраженное снижение данного показателя до $24,1 \pm 6,3$ мг/л, что соответствует уменьшению на 47,8% от исходного уровня. В контрольной группе снижение было менее выраженным — до $36,9 \pm 8,1$ мг/л (снижение на 19,4%). Межгрупповые различия к 7-м суткам были статистически значимыми ($p < 0,01$), что свидетельствует о более эффективном подавлении системной воспалительной реакции при включении препарата в комплексную терапию. Потребность в вазопрессорной поддержке отмечена у 38% пациентов основной группы против 56% в контрольной группе ($p = 0,04$), что свидетельствует о более быстрой стабилизации системной гемодинамики при использовании препарата. Частота некротизирующего энтероколита составила 7% и 17% соответственно; несмотря на отсутствие статистической значимости ($p = 0,09$), отмечена тенденция к снижению данного осложнения. Летальность составила 4,7% в основной группе и 11,9% в контрольной группе ($p = 0,18$). Хотя различия не достигли статистической значимости, вероятно вследствие ограниченного объема выборки, отмечается клинически значимая тенденция к снижению смертности.

Выводы Применение препарата «Ферсикард кидс» в составе комплексной терапии осложненного эндотоксикоза у новорожденных сопровождается достоверным снижением воспалительных маркеров, улучшением гемодинамики, сокращением длительности респираторной поддержки и снижением частоты полиорганной недостаточности. Препарат продемонстрировал благоприятный профиль безопасности и может рассматриваться как перспективный компонент патогенетической терапии в неонатологии.

Субханова А.А., Хакбердиев У.Ч., Назарализода С.Н.

НЕЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ. (АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ (клинический случай))

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить клинико-гематологические проявления апластической анемии у детей на примере клинического случая.

Материал и методы исследования. Представлен клинический случай ребёнка с апластической анемией. Проведён анализ литературных данных по диагностике, профилактике и принципах терапии данной патологии. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния больного проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. В отделении детской гематологии ГУ Национальный медицинский центр РТ "Шифобахш" поступил 7-летний ребёнок с жалобами на геморрагические высыпания на коже, бледность кожи, слабость, вялость, усталость, снижение аппетита. Со слов матери, ребёнок болен более 1 года, находится под наблюдением гематолога, неоднократно получал амбулаторное и стационарное лечение, безрезультатно. При осмотре кожа и слизистые оболочки бледно-розового цвета, по всей поверхности кожи - геморрагическая сыпь. Имеются проявления синдрома гиперкортицизма. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Язык влажный, зев гиперемирован. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Данные лабораторно-инструментальных методов исследования: ОАК: гемоглобин - 58 г/л; эритроциты - $1,9 \cdot 10^{12}$ г/л; гематокрит - 15,8 %; лейкоциты - $3,2 \cdot 10^9$ г/л; нейтрофилы - 28,1 %; лимфоциты - 67,6 %; моноциты - 2,5 %; эозинофилы - 0,30 %; СОЭ - 20 мм/ч. Миелограмма: костномозговой пунктат гипоклеточный, количество бластных клеток не увеличено, белый росток сужен, представлен единичными клетками гранулоцитарного ряда, красный росток сужен, единичные нормобласты, жировые пустоты. При обзорном просмотре встретились единичные мегакарициты без отшнуровки тромбоцитов. Показатели гемостаза: фибриноген - 4,2 г/л; протромбиновое время - 10,6 с; АЧТВ - 27,0 с; тромбинное время - 17,0 с; МНО - 0,92 с.; протромбинное отношение - 114 %; Биохимия крови: общий билирубин - 32,6 мкмоль/л; прямой билирубин - 10,3 мкмоль/л; АлАТ - 26,8 ед/л; АсАТ - 41,5 ед/л; ферритин - 47,30 нг/мл; Fe - 56,1 мкмоль/л; Антитела к SARS Cov2 IgG + (пол); SARS Cov2 IgM - (отр); HcvAg, HbsAg, ВИЧ - отр.; общий анализ мочи: белок - 0,066 г/л; лейкоциты - 8-9 в поле зрения; эритроциты - 1-2 в поле зрения; соли - ураты, оксалаты.

На основании анамнеза, клиники, лабораторных и дополнительных методов исследования был выставлен клинический диагноз: Апластическая анемия. Постковидный синдром. Острый пиелонефрит. Ребёнок получил: Иммунодепрессанты (сандиммун), гемостатики, трансфузия компонентов крови (тромбомасса №6, отмытые эритроциты), ретуксимаб и симптоматическое лечение.

Выводы. Раннему распознаванию апластической анемии способствуют такие предикторы, как стойкая панцитопения, выраженная гипоклеточность костного мозга, отсутствие бластной трансформации и мониторинг гематологического ответа, что позволяет своевременно установить диагноз и оптимизировать ведение пациента.

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ПРОЯВЛЕНИИ ПНЕВМОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джумаева Л.Ф.

Цель исследования. Изучить значение молекулярно-генетической структуры возбудителя в проявлении пневмонического процесса у детей первого года жизни.

Материал и методы. Молекулярно-генетическому исследованию были подвергнуты 15 образцов *S. aureus* и 12 образцов *S. Pyogenes*, полученных от больных с тяжёлой пневмонией, и 18 образцов *S. aureus* и 13 образцов *S. Pyogenes*, полученных от больных с очень тяжёлой пневмонией.

Результаты исследования. У детей с тяжёлой пневмонией основными клиническими признаками были дыхательная недостаточность I и II степени, субфебрильная температура тела, беспокойство.

Анализ рентгенологических исследований показал правосторонний характер поражения лёгких в 15 (57,7 %) случаев. Осложнениями пневмонии были ДВС - синдром в 5 (19,2%) случаях, нейротоксикоз 1 фаза в 6 (23,1%) случаев.

Молекулярно-генетическое исследование возбудителей показало, что в образцах ДНК *S. aureus* были обнаружены 3 генотипа из сочетания различных хромосомных генов. В 11 (73,3%) случаев был обнаружен генотип одного гена (Pls). Генотип из комбинации 2 генов (Pls, Sac) был обнаружен в 4 (26,7%) случаях. Генотип из комбинации всех трёх генов (Pls, Sac, scp) был обнаружен в 1 (6,7%) случае.

В образцах ДНК *S. Pyogenes* чаще, т.е. в 8 (66,7%) случаях был обнаружен генотип из комбинации трёх генов (Scp, lmb, bac,) в 3 (25%) случаях был обнаружен генотип из комбинации четырёх генов (Scp, lmb, bac, bca) и в 1 (8,3%) случае - генотип из пяти генов (scp, lmb, hyl, bac, bca).

У детей с очень тяжёлой пневмонией основными клиническими признаками были дыхательная недостаточность тяжёлой степени, выраженные симптомы интоксикации, гипертермия свыше 38,6°C в 19 (70,4%) случаях, вялость, гипорефлексия - 18 (66,7%) случаев. Двухсторонний характер поражения лёгких отмечался в 11 (40,7%) случаях. Осложнениями пневмонии были бактериальная деструкция лёгкого у 1 ребёнка (3,7%), отёк лёгкого - в 1 (3,7%) случае и инфекционно-токсический шок - в 3 (11,1%) случаях. Летальный исход отмечался в 4 (15,4%) случаях.

Молекулярно-генетическое исследование возбудителей показало, что в образцах ДНК штаммов *S. aureus* в отличие от больных с тяжёлой пневмонией, чаще был обнаружен генотип из вариации всех трёх генов (pls, sac, scp) в 9 (50%) случаев. В 7 (38,9%) случаях был обнаружен генотип из комбинации двух генов (pls, sac). В 2 (11,1%) случаях был обнаружен генотип из 1 гена.

В образцах ДНК штаммов *S. Pyogenes* в отличие от больных первой группы чаще в 6 (46,1%) случаях был обнаружен генотип из вариации всех пяти генов (ScpA, lmb, hyl, bac, bca), генотип из комбинации четырёх генов (Scp, lmb, hyl, bac,) был обнаружен в 5 (38,5%) случаях, генотип из сочетания трёх генов (ScpA, lmb bac,) получен только в 2 (15,4%) случаях.

Вывод. Клинические признаки пневмонии и их частота напрямую коррелировали с количеством генов в хромосомной ДНК. У детей с очень тяжёлой пневмонией интенсивность клинических проявлений была очень выраженной и все осложнения, а также длительность заболевания и летальные исходы были ассоциированы с таковыми штаммами.

ОСОБЕННОСТИ КАЛЬЦИЕВОГО И ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У НОВРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан. Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Оценить особенности кальциевого и фосфорного обмена у новорождённых с внутриутробными инфекциями.

Материал и методы. В отделении неонатологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с октября по декабрь 2025 года под нашим наблюдением было 26 пациентов в возрасте от 6 суток до 26 дней, которые были госпитализированы с диагнозом внутриутробными инфекциями, контрольную группу составили 10 здоровых детей того же возраста. Среди пациентов было 11 девочек и 15 мальчиков. Из общего количество больных 14 детей с гестационным возрастом до 34 недель и 12 новорожденных со сроком гестации от 35 до 40 недель. Детям были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови (ОАК), коагулограмма, биохимический анализ, ИФА крови на TORCH инфекции с определением Ig M и G, бак. 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 14 пациентов фиксировалось тахипноэ, частота дыхания выше 60, участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, акроцианоз, наличия хрипов и снижение проводимости воздуха при аускультации. По таблице Сильвермана у 8 детей сумма баллов достигало выше 6, что соответствовало тяжелой степени, у троих пациентов по Сильверману 5 баллов, у 6 детей при осмотре визуализировалась по шкале Крамера достигала 5 зоны. У всех детей с тяжелой дыхательной недостаточностью на рентгенограмме зафиксировано снижение воздушности легких, купол диафрагмы соответствовал 6-7 межреберью, визуализировалась участки затемнений по типу интерстициальной пневмонии. В лабораторных исследованиях: ОАК- уровень Hb от 120 до 150 г/л, Эр- от 3.10 до 5,1*10¹², Лейк- от 11 до 29*10⁹, в коагулограмме у 2 была отмечена гипокоагуляция (фибрин-8,0, фибриноген-

155,0). Биохимия: у детей с желтушностью уровень общего билирубина достигало 220-380 мкмоль/л, у 66,6% новорожденных отмечено повышение СРБ – от 42 до 114 мг/л, также отмечено значительное снижения уровня Са в крови он достигал от 1,89-1,94 ммоль/л, Р был в нормальном диапазоне от 1,0 до 1,1 ммоль/л. При определении ИФА крови на TORCH инфекции с определением Ig M и G, результаты оказались положительными на герпес у 12 детей и у 10 пациентов на ЦМВИ и у 4 на токсоплазму. Было повышения не только IgG от 1:600 до 1:1200, также значительное повышение IgM от 1:100 до 1:200. У больных с врожденным герпес вирусной инфекции клиника проявлялось желтушностью. При ЦМВИ интерстициальной пневмонии и врожденной гидроцефалии. При нейросонографии у всех больных отмечено диффузно гипоксические изменения структур головного мозга, у двух детей с врожденным ЦМВИ отмечено увеличения размеров желудочков мозга от 0,6 до 2,5 см, у пациентов с токсоплазмозом на УЗИ визуализировались кальцификаты в таламусе. У детей в контрольной группе результаты лабораторных данных соответствовали нормальному значению.

Выводы. По результатам нашего исследования выяснилось следующее: первое дети рожденными с ВУИ чаще всего были недоношенными, с клиникой интерстициальной пневмонии, желтухой и гидроцефалией. Второе, у этих детей отмечалось значительное повышения уровня лейкоцитов и СРБ, что говорит сниженном иммунитете и присоединения вторичной инфекции. В-третьих, у детей в основной группе отмечалось значительное снижение уровня Са, что указывало на нарушение минерального обмена.

Тошмамадов Ш.Д., Каромов Д.С., Султонбеков Н.С
ТАХИКАРДИЯ И ПАРОКСИЗМАЛЬ ДАР НАВЗОДОН (ХОЛАТИ КЛИНИКЌИ)
Кафедраи бемориҳои кӯдакони № 2 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”
Роҳбари илмӣ - н.и.т., дотсент Хочаева Н.Н

Мақсади таҳқиқот. Хусусияти раванди тахикардияи пароксизмалӣ дар навзодон.

Мавод ва усулҳо. Маводи таҳқиқот аз МД ММТ ҚТ беморхонаи “Шифобахш” аз шӯъбаи навзодон ҷамъ карда шудааст. Дар шӯъба бемор, навзоди 18 рӯза аз санаи 10.03.2025 то санаи 22.03.2025 таъбаат гирифта буд. Дар бемор ҷамъовари анамнези бемори ва ҳаёт, муоинаҳо, таҳлилҳои лабораторию инструменталӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Бемор дар ҳолати нӣҳоят вазнин бо шикоятҳои аз суханони модар ҳароратбаландӣ, нафастангӣ, дилзании тез – тез, камқувватӣ, рангпаридагии пусти бадан бо қабудшавии сеқунчаи лабу бинӣ, мармари пусти бадан, камшавии пешобқунии шабонарӯзӣ, ба шӯъбаи эҳғарии навзодон бистарӣ карда мешавад. Давоми 7- шабонарӯз бемор мебошад. Таъобати амбулаторӣ гирифтааст, бо беҳбудии муваққатӣ. Кӯдак аз 1- ум ҳомиладорӣ ва 1- ум таваллуд, бо вазни 3760,0 гр дар таваллудхона бо роҳи физиологӣ таваллуд мешавад. Ҳомиладорӣ вазнин гузаштааст. Волидайн никоҳи хешу табории наздик доранд. Бемор ба хуш, тирра. Ба муоинаҳо ва ангиизиҳо бо бетокатӣ ҷавоб медиҳад. Аломатҳои менингиалӣ манфӣ. Ранги пуст сафедҷатоби рангпарида бо қабудшавии сеқунчаи лабу бинӣ. Нафаскашии мустақилона, душвор, бо иштироки мушакҳои ёрирасон, ҷуброншаванда, зудии нафас зиёда аз 68 маротиба дар 1 дақиқа. Қори дил номунтазам, бо суръати тез зиёда аз 310 маротиба дар 1 дақиқа. Шикам мулоим, дамиши нисбӣ дорад. Пешобқунӣ бо найчаи пешоббарор. Фазла ноустувор, сабзҷатоб. Таҳлилҳои лабораторӣ ва инструменталӣ: Таҳлили умумии хун: Нв- 154 г/л, эритроцитҳо - $4,80 \times 10^{12}/л$, лейкоцитҳо - $8,03 \times 10^9/л$, нейтрофилҳо - $3,0 \times 10^9/л$, нейтрофилҳо - 34,0%, лимфоситҳо - 60,0%, моноцитҳо - 2,0%, эозинофилҳо - 1,0%, тромбоцитҳо - $200 \times 10^9/л$, СТЭ -2 мм/соат. Таҳлили биохимиявии хун: АлАт - 64,00 воҳид/л, АсАт - 57,00 воҳид/л, мочевино - 5,9 ммол/л, креатинин - 66,9 мкмол/л, Mg - 0,67 ммол/л, К-3,70 ммол/л, Са -1,96 ммол/л, канд - 3,80 ммол/л, фибриноген - 2,6 г/л, вақти протромбинӣ - 16сония, индекси протромбинӣ - 84%. ЭХО кг: НМД. ДДБД (д - 5мм). Норасогии дарғоти сетабақа – 1 дараҷа. ЭКГ: тахикардияи пароксизмали намуди суправентрикулярӣ (бе васеъшавии комплекси QRS). Бемор таъбаат гирифта буд: оксигенотерапия, АТФ 0,5 мл пас аз ҳар 2 дақиқа 3 маротиба то бартараф шудани тахикардияи пароксизмалӣ, хуруҷҳо бартараф нашуданд. Баъдан маҳлули амиодарон аз ҳисоби 5мг/кг (0,2 мл) + маҳлули физиологии NaCl 0,9% 50 мл давоми 5 соат гузаронида шуд. Тахикардия бартараф гардида, бемор дар ҳолати беҳтар ба хучра гузаронида шуд.

Хулоса. Дар навзодон бисёртар тахикардияи пароксизмалии намуди суправентрикулярӣ мушоҳида мешавад. Яке аз сабабҳои тахикардияи пароксизмалӣ ҳомиладории вазнин ба ҳисоб меравад. Вобаста ба хусусиятҳои анатомию физиологии системаҳои дилу рағҳо тахикардияи пароксизмалӣ, асосан намуди суправентрикулярӣ ба терапияи АТФ, амиодарон ҳасосияти баланд дорад. Ҳангоми зуд бартараф накардани хуруҷҳои тахикардия дар навзодон норасогии дили тез ба амал меояд.

Тошпулатова Г.О.
КОГНИТИВНЫЕ ПРОФИЛИ ДЕТЕЙ С РАС И СДВГ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ЦИФРОВЫХ КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ

Кафедра “Неврологии, детской неврологии и медицинской генетики” ТГМУ, Ташкент, Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Маджидова Я.Н.

Цель исследования. Изучить когнитивные особенности детей младшего школьного возраста (7–10 лет) с расстройствами аутистического спектра (РАС) и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), а также провести сравнительный анализ их показателей с когнитивными параметрами сверстников без неврологических нарушений.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 детей, разделённых на три группы по 10 человек: I группа – дети с РАС, II группа – дети с СДВГ, III группа – контрольная. Исследование проводилось ин-

дивидуально в спокойной игровой обстановке в течение 60–90 минут. Использовались следующие методики: ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, 2-я версия) – для оценки речевого развития, коммуникативных навыков и социального взаимодействия; WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) – для исследования показателей кратковременной и рабочей памяти; Stroop test (тест Струпа) – для оценки избирательного внимания, торможения автоматических реакций и когнитивной гибкости. Все инструкции давались на родном языке ребёнка, с получением информированного согласия родителей.

Результаты исследования. По шкале ADOS-2 у детей с РАС выявлены значительно более высокие показатели нарушений речевой и социальной коммуникации ($13,1 \pm 2,0$ балла) по сравнению с детьми с СДВГ ($5,8 \pm 1,4$) и контрольной группой ($4,9 \pm 1,1$). Дети с РАС демонстрировали низкую речевую инициативу, ограниченную связность высказываний и недостаточное использование невербальных средств общения. По данным WISC у детей с СДВГ выявлены наиболее выраженные трудности в сфере рабочей и кратковременной памяти: рабочая память – $84,7 \pm 7,0$, кратковременная – $83,2 \pm 8,1$, что значительно ниже показателей контрольной группы ($101,4 \pm 5,5$ и $99,1 \pm 6,4$ соответственно). У детей с РАС показатели памяти были умеренно снижены ($90,3 \pm 6,2$ и $88,5 \pm 7,8$), оставаясь ближе к нормативным значениям. В тесте Струпа дети с СДВГ показали наибольшие затруднения: время выполнения конфликтного задания составило $18,2 \pm 2,3$ с при повышенном количестве ошибок, что свидетельствует о дефиците произвольного внимания и сниженном контроле импульсивных реакций. У детей с РАС время выполнения было умеренно увеличено ($13,5 \pm 1,8$ с) без значимого роста ошибок. Контрольная группа продемонстрировала лучшие результаты ($11,9 \pm 1,5$ с).

Выводы. Полученные данные подтверждают наличие различных когнитивных профилей при РАС и СДВГ. Для детей с РАС характерны выраженные нарушения коммуникации при относительной сохранности базовых когнитивных функций. У детей с СДВГ отмечаются значительные дефициты произвольного внимания, тормозного контроля и рабочей памяти. Результаты исследования могут быть использованы при разработке VR-программ (Virtual Reality – виртуальная реальность), направленных на коррекцию когнитивных нарушений, развитие самоконтроля, внимания и коммуникативных навыков, что расширяет возможности персонализированной нейрокоррекционной помощи детям младшего школьного возраста.

Турдиев Н.Р., Имодинова М.Ф.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КУЛИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Выявление диагностических критериев большой талассемии (анемии Кули).

Материал и методы. Под наблюдением находилась девочка Х, 2021 года рождения с диагнозом: наследственная гемолитическая анемия, гомозиготная форма β - талассемии (анемия Кули). Проведены клинико-анамнестические исследования, гемограммы с определением количества ретикулоцитов, биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, ЛДГ), проба Кумбса, железо, ферритин, ОЖСС, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты исследования. При клиническом обследовании у пациентки отмечались выраженная бледность кожных покровов с иктеричным оттенком, слабость, увеличение размеров печени + 5 см, селезёнка + 7 см. В общем анализе крови выявлена выраженная гипохромная анемия: гемоглобин – 32 г/л, эритроциты – $2,0 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 19 %, ретикулоциты – 12%, что свидетельствует о компенсаторной активации эритропоэза. В периферическом мазке крови определялись микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов, нормобластоз. Биохимическое исследование крови показало: непрямой билирубин – 97,5 мкмоль/л, повышение уровня ЛДГ – 317 ЕД/л, сывороточное железо – 71 мкмоль/л, ферритин - 3148 ЕД/л, ОЖСС снижен. Проба Кумбса отрицательная, что исключает аутоиммунный характер гемолиза. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлена выраженная гепатоспленомегалия. При проведении электрофореза гемоглобина отмечено значительное повышение уровня фетального гемоглобина (HbF) и снижение уровня HbA, что подтверждает диагноз β -талассемии (болезни Кули).

Выводы. Выявленные клинико – лабораторные и инструментальные признаки соответствуют диагностическим критериям большой β - талассемии (анемия Кули).

Турובה З.Н., Сатторова А.П., Хазраткулова Н.С.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузиебаева Н.К.

Цель исследования. Изучить особенности вариабельности сердечного ритма у новорожденных.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 новорожденных, госпитализированных в отделение неонатологии, ГУ НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН за период 2020-2022 годов. Обследованные новорожденные, распределены на 2 группы: 1- 50 детей родившихся здоровыми (контрольная группа, амбулаторных новорожденных), и 30 новорожденных в критическом состоянии (основная группа) в возрасте 5 дней. Проведена оценка вариабельности сердечного ритма методом ВНС-спектрометрии с помощью вегетотестора. Анализ анамнеза матерей включал опросник по выявлению факторов риска, были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Анкетирование матерей обследуемых детей выявило значительную роль факторов риска в формировании критического состояния новорожденных первых дней жизни. Анализ прове-

денного исследования показал, что АМо в основной группе выше на 36%, а ΔХ ниже на 45% к данным здоровых, что привело к существенному (в 5 раз) увеличению индекса напряжения у новорожденных в критическом состоянии, показатель же моды достоверно не различался. Среди показателей ритмограммы RMSSD (межинтервальные различия) достоверно снижались на 25% и CV (коэффициент вариабельности) в 2,3 раза у новорожденных основной группы. Все показатели спектрограммы, как TP (общая мощность спектра), так и все ее составляющие существенно отличались от группы контроля более низкими значениями.

Выводы. Таким образом, анализ выявил, что особенностью вариабельности сердечного ритма новорожденных в критическом состоянии является высокая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы на фоне угнетения парасимпатической активности, что характеризует напряженность функционирования с резким падением компенсаторных возможностей.

Узакова У.З.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ «А»

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикикистан.

Научный руководитель к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Описать особенности клинического течения гемофилии А у детей.

Материал и методы. В отделение детской гематологии ГОУ НМЦ РТ "Шифобахш" за период с 01.01.2024 года по 11.12.2025 года поступил 61 (100%) пациент с диагнозом: гемофилия «А», из них у 29 пациентов (47,5%) наблюдалось поражение коленных суставов. Локтевые суставы были вовлечены в патологический процесс у 14 больных (23%), голеностопные у 10 (16,4%). Реже наблюдались поражения тазобедренных суставов у 4 пациентов (6,5%), плечевых у 3 человек (5%) и в 1 случае (1,6%) наблюдалось поражение мелких суставов кисти. Пациентам были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови (ОАК), коагулограмма, дефицит факторов гемофилии, скрининг на трансфузионные инфекции (ВИЧ, гепатиты В и С), анализ мочи, анализ кала.

Результаты исследования. Под наблюдением был мальчик А., 5 лет, поступивший в отделение детской гематологии с основным диагнозом: гемофилия «А», подтверждённым снижением активности фактора VIII. На момент поступления у больного отмечалось усугубление геморрагического синдрома. Со слов матери, в течение нескольких дней до госпитализации у пациента появились выраженные боли в области правого коленного сустава, сопровождавшиеся ограничением объёма движений, припухлостью и локальным повышением температуры. Эти проявления соответствовали рецидивирующему гемартрозу коленного сустава, который ранее уже неоднократно отмечался в анамнезе. Кроме того, родители обратили внимание на появление обширных экхимозов и гематом на коже голени, возникающих спонтанно без видимой травмы. Пациент жаловался на слабость, повышенную утомляемость, дискомфорт при ходьбе вследствие выраженной болезненности сустава. При осмотре состояние расценено как средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, местами с многочисленными синюшно-буроватыми гематомами различной давности. В области правого коленного сустава выявлены выраженный отёк, болезненность при пальпации, флюктуация и ограничение движений, что клинически соответствовало гемартрозу II–III степени. Пульс удовлетворительной наполненности. Дыхание ровное. Живот мягкий, безболезненный. Со стороны других органов и систем грубой патологии не выявлено. Лабораторные данные. гемограмма: эр - $3,80 \cdot 10^{12}/л$; Hb - 92 г/л; лейкоциты - $6,7 \cdot 10^9/л$; СОЭ - 14мм/ч; уровень VIII фактора - 1%; ОАМ: белок - 0,033%; лейкоц - 7-10; эр - 0 -1; Слизь - среднее кол-во; Соль - ураты - в малом кол-ве; Скрининг инфекций: ВИЧ, гепатит В (HBSAg, HBSAb) и гепатит С (HCV) - отрицательные; анализ кала без особенностей. Пациент получал препарат биоклот по 1000 М/Е через один день в течение 3 недель

Вывод. Гемофилия «А» остаётся тяжёлым наследственным коагулопатическим заболеванием, характеризующимся склонностью к развитию спонтанных и посттравматических кровоизлияний. У представленного пациента обострение заболевания сопровождалось формированием гемартроза и множественными подкожными гематомами. Своевременная диагностика и адекватная заместительная терапия являются ключевыми факторами профилактики повреждения суставов и снижения риска инвалидизации.

Урунова М., Мирзоева З.И., Самиева Н.Ш

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЁК У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Кафедра детских болезней №1 им. Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хотамова М.Н.

Цель исследования. Обобщить современные данные о патогенезе, клинических проявлениях, диагностике и принципах лечения наследственного ангионевротического отёка (НАО) у детей.

Материал и методы. Проведен анализ современных клинических рекомендаций и публикаций, посвящённых наследственному ангионевротическому отёку, с акцентом на особенности течения заболевания в педиатрической практике. Рассмотрены данные о молекулярных механизмах заболевания, диагностических критериях и терапевтических стратегиях.

Результаты исследования. Наследственный ангионевротический отёк — редкое аутосомно-доминантное заболевание, обусловленное дефицитом или функциональной недостаточностью C1-ингибитора системы комплемента (тип I и II НАО) либо мутациями, связанными с брадикининовым каскадом (нормальный уровень C1-ингибитора). Патогенетической основой заболевания является избыточная продукция брадикинина, приводящая к повышению сосудистой проницаемости и развитию отёков.

Клинически заболевание проявляется рецидивирующими, плотными, неболезненными отёками кожи и подкожной клетчатки, чаще в области лица, конечностей, гениталий. Характерны абдоминальные атаки с выраженным болевым синдромом, тошнотой, рвотой и диареей, обусловленные отёком стенки кишечника. Наиболее опасным осложнением является отёк гортани с риском асфиксии. В отличие от аллергического ангиоотёка, при НАО отсутствует зуд и крапивница, а антигистаминные препараты и глюкокортикостероиды неэффективны.

Диагностика основывается на определении уровня С4 и количественной и функциональной оценки С1-ингибитора. Для подтверждения диагноза возможно проведение молекулярно-генетического исследования. В педиатрической практике важное значение имеет ранняя идентификация пациентов с семейным анамнезом заболевания.

Лечение включает купирование острых атак с использованием концентрата С1-ингибитора, антагонистов брадикининовых рецепторов или ингибиторов калликреина. Для профилактики рецидивов применяются препараты длительного действия, включая С1-ингибитор и современные таргетные средства. Обучение семьи и разработка индивидуального плана неотложной помощи являются обязательными компонентами ведения пациентов.

Выводы. Наследственный ангионевротический отёк представляет собой потенциально жизнеугрожающее заболевание с брадикининовым механизмом развития. Ранняя диагностика и своевременное назначение патогенетической терапии позволяют снизить риск тяжёлых осложнений и улучшить качество жизни пациентов. Повышение настороженности педиатров в отношении НАО имеет ключевое значение для предотвращения диагностических ошибок и необоснованной терапии.

Файзуллоев Ф.А., Рахмонов Ш., Курбонов Ч.И.

БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

1.ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

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

Научный руководитель- к.м.н., доцент Таджибаева З.А.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения и результаты лечения бронхиолита у детей грудного возраста с врождёнными пороками сердца (ВПС).

Материал и методы. Обследовано 25 детей грудного возраста с ВПС, госпитализированных с диагнозом бронхиолит. В структуре ВПС: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) 10 больных что составляло 40%, дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) — 6 (24%), стеноз лёгочной артерии — 5 (20%), открытый артериальный проток (ОАП) — 4 (16%). Диагностика включала клиническое обследование, пульсоксиметрию, общий анализ крови, рентгенографию органов грудной клетки и эхокардиографию.

Результаты исследования. У всех пациентов (100%) отмечалась одышка различной степени выраженности и тахипноэ. Тахикардия зарегистрирована в 100% случаев. Снижение сатурации кислорода менее 92% выявлено у 60% детей, при этом у 40% отмечалась сатурация ниже 80%. Втяжение уступчивых мест грудной клетки наблюдалось у 88% пациентов, экспираторные хрипы — у 100%, влажные мелкопузырчатые хрипы — у 72%. Признаки сердечной недостаточности (гепатомегалия, пастозность, усиление одышки при кормлении) выявлены у 68% детей, преимущественно при ДМЖП и ОАП. У пациентов со стенозом лёгочной артерии чаще регистрировалась выраженная гипоксемия.

Все дети получали кислородотерапию, из них 28% — через маску с повышенной концентрацией кислорода, 12% больных нуждались в интенсивной терапии. В комплекс лечения входили: ингаляционная терапия (небулайзерная терапия с гипертоническим раствором и бронхолитиками) — 84%, муколитическая терапия — 76%, диуретики (фуросемид) при признаках сердечной недостаточности — 68%, кардиотропная терапия (ингибиторы АПФ, при необходимости дигоксин) — 40%. Всем больными проводилась антибактериальная терапия (цефалоспорины, аминогликозиды).

Средняя продолжительность госпитализации составила 9–12 дней, что превышает сроки лечения бронхиолита у детей без ВПС. Наиболее длительное течение отмечено у пациентов с ДМЖП и ОАП.

Выводы. Бронхиолит у детей грудного возраста с врождёнными пороками сердца характеризуется тяжёлым течением с обязательным развитием одышки и тахикардии (100%), высокой частотой гипоксемии и выраженной сердечной недостаточностью. Наиболее неблагоприятное течение наблюдается при пороках с гиперволемией малого круга кровообращения. Данная категория пациентов требует ранней госпитализации, активной кислородной и кардиотропной терапии, а также динамического мониторинга состояния.

Филатова А.И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мещерякова Вера Викторовна

Цель исследования. Представить клинический случай острой ревматической лихорадки у подростка.

Материал и методы. Проведён анализ клинико-анамнестических и лабораторно-диагностических данных стационарного больного.

Результаты исследования. Мальчик Т. 13 лет, поступил в диагностическое отделение с жалобами на выраженные боли в мышцах, пояснице, тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, отёчность коленных и голеностопных суставов, которые появились через месяц после перенесенного ОРЗ. В связи с этим мальчик не мог самостоятельно встать на ноги/лечь. При госпитализации в НОДКБ состояние тяжёлое, лихорадит

фебрильно, коленные и голеностопные суставы отечны, болезненны, голени пастозны, встать на ноги не может. Коленные суставы: S>D на 2 см, голеностопные: D>S на 1 см. Границы относительной тупости сердца: левая на 1,5-2 см снаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ЧСС 95 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. В ОАК лейкоцитоз 26 тыс/мкл (нейтрофильный), тромбоцитоз 636 тыс/мкл, легкая анемия (Hb 97 г/л), ускорение СОЭ до 112 мм/ч. В биохимии крови повышение неспецифических белков воспаления: СРБ до 269 мг/л (N 0-10), ферритина до 441 нг/мл (N 10-150), в коагулограмме - повышение Д-димера до 1021 нг/мл (N 300) и фибриногена до 6,7 г/л, повышение маркеров миокардиального цитолиза - тропонина I до 53 нг/л, КФК-MB до 822 Ед/л, повышение NT-proBNP до 664 пг/мл, титра АСЛО от 691 до 804 МЕ/мл (N 0-200). IgG к SARS-CoV2 высоко положительны – 1919 (BAU/мл). ЭКГ – синусовый ритм, брадиаритмия, ЧСС 66-52 в мин. ЭхоКГ: КДР 49 мм (+1,98z), МК - створки не изменены, признаки недостаточности МК 1-2 степени, Ао клапан-створки уплотнены, признаки Ао недостаточности 1 ст.

Таким образом, на основании двух больших (кардит, полиартрит), трех малых (лихорадка, повышенные острофазовые белки, регургитация на МК и АК) критериев Киселя-Джонса, на фоне высоких титров АСЛО, мальчику был выставлен предварительный диагноз: Острая ревматическая лихорадка (кардит, полиартрит), ХСН I ст, ФК I по NYHA. Однако высокий титр IgG к SARS-CoV2 требовал проведения дифференциальной диагностики с мультисистемным воспалительным синдромом. В лечении: антибиотики (цефтриаксон, амоксилав), НПВС (диклофенак), антагонист альдостерона (спиронолактон). Выписан с положительной клинико-лабораторной динамикой (купирован суставной и миоалгический синдром, нормализовался лейкоцитоз, тропонин I, КФК-MB). Спустя 3 месяца ребёнок вновь поступает в кардиоревматологическое отделение НОДКБ с жалобами на слабость, головокружения. Лабораторно: АСЛО - 805 МЕ/мл, NT-proBNP 1470 пг/мл. По данным МРТ сердца с контрастированием – признаки формирующегося фиброза межжелудочковой перегородки по неишемическому типу, недостаточность АК, комбинированный порок МК. По ЭхоКГ – КДР 56 мм (+4,15z), ФВ 59%, признаки недостаточности АК 2 степени, МК 2-3 степени, равномерная дилатация левых отделов сердца. Тест 6-минутной ходьбы - 365м. Диагноз: Кардиомиопатия, дилатационный фенотип. Хроническая ревматическая болезнь сердца (недостаточность АК 2 степени, МК 2-3 степени). ХСН 2 А стадия. ФК II по NYHA.

Выводы. Продemonстрированный нами клинический пример показывает трудности в дифференциальной диагностике, связанные с неспецифичностью и разнообразием клинических синдромов как при ОРЛ, так и при мультисистемном воспалительном синдроме.

Фирузова Ф.Ф., Алимов Х.Х.

ОСОБЕННОСТИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Кафедра детских болезней № 2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить особенности водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса у детей раннего возраста с острыми кишечными инфекциями.

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от шести месяцев до пяти лет с острыми кишечными инфекциями различной этиологии. Проводилась комплексная клиничко-лабораторная оценка состояния детей, включавшая определение степени обезвоживания по педиатрическим критериям. Лабораторно исследовались уровни основных электролитов сыворотки крови (натрий, калий, хлор, кальций) и показатели кислотно-щелочного состояния. Статистическая обработка данных включала расчёт средних значений и корреляционный анализ.

Результаты исследования. На основании комплексной клиничко-лабораторной оценки все дети были распределены на три группы в зависимости от степени тяжести состояния.

В первую группу вошли 22 ребёнка. Общее состояние удовлетворительное, дети сохраняли активность. Температура тела была субфебрильной (37,5-37,8 °C). Отмечался жидкий стул 3-5 раз в сутки без патологических примесей, рвота была однократной или отсутствовала. При клиническом осмотре тургор тканей оставался нормальным, слизистые оболочки были влажными, у детей первого года жизни большой родничок не западал. По педиатрическим критериям признаков обезвоживания не выявлено. Уровень натрия составлял 136-140 ммоль/л, калия - 3,8-4,5 ммоль/л, хлора -98-103 ммоль/л, кальция - 2,2-2,5 ммоль/л. РН крови - 7,36-7,40, уровень бикарбонатов 22-24 ммоль/л. Продолжительность заболевания составляла 2-4 дня. Дети получали оральную регидратацию и наблюдались амбулаторно участковым педиатром.

Во вторую группу были включены 24 ребёнка. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечались вялость, снижение активности, капризность. Температура тела 38,0-38,5 °C. Частота жидкого стула составляла 6-10 раз в сутки, стул был водянистым, иногда с примесью слизи. Рвота наблюдалась 2-4 раза в сутки. При осмотре выявлялись клинические признаки обезвоживания I степени: сухость слизистых, снижение тургора тканей, у детей первого года жизни незначительное западение родничка. Потеря массы тела до 5%. Диурез был умеренно снижен. Лабораторно выявлялись умеренные нарушения электролитного баланса: натрий 132-135 ммоль/л, калий 3,3-3,7 ммоль/л, хлор 94-97 ммоль/л, кальций 2,0-2,2 ммоль/л. РН крови - 7,32-7,35, бикарбонаты - 18-21 ммоль/л (метаболический ацидоз с частичной компенсацией). Продолжительность заболевания 4-7 дней. Дети нуждались в госпитализации для проведения инфузионной терапии.

В третью группу вошли 14 детей. Общее состояние тяжёлое, отмечались выраженная вялость, адинамия, апатия, отказ от пищи и жидкости. Температура тела превышала 39,0 °C. Частота жидкого стула более 10-15 раз в сутки, стул обильный, водянистый. Рвота многократная (более 8 раз в сутки). При клиническом осмотре выявлялись выраженные признаки обезвоживания II-III степени: резкая сухость кожи и слизистых, значитель-

ное снижение тургора тканей, у детей раннего возраста выраженное западение большого родничка. Потеря массы тела 6-10% и более. Диурез резко снижен вплоть до олигурии. Со стороны сердечно-сосудистой системы выраженная тахикардия, приглушённость сердечных тонов. Лабораторные показатели характеризовались значительными нарушениями водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса. Натрий 125-130 ммоль/л, либо 148-150 ммоль/л в зависимости от типа обезвоживания, калий 2,8-3,2 ммоль/л, хлор 88-93 ммоль/л, кальций 1,7-2,0 ммоль/л. РН крови - 7,20-7,30, бикарбонаты - менее 18 ммоль/л (выраженный метаболический ацидоз). Продолжительность заболевания превышала 7-10 дней. Дети нуждались в экстренной госпитализации и интенсивной инфузионной терапии под постоянным мониторингом показателей водно-электролитного баланса.

Вывод. У детей раннего возраста с острыми кишечными инфекциями выраженность водно-электролитных нарушений напрямую коррелирует со степенью обезвоживания. Потери электролитов вследствие рвоты и диареи приводят к развитию гипонатриемии, гипокалиемии, гипохлоремии и метаболического ацидоза. Клиническая оценка степени обезвоживания по педиатрическим критериям в сочетании с лабораторным контролем электролитов позволяет своевременно определить тяжесть состояния и выбрать тактику ведения. Дети с лёгкой формой наблюдаются амбулаторно с оральной регидратацией, при обезвоживании II степени и выше показана госпитализация для проведения инфузионной терапии.

Фирузова Ф.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучить особенности течения острого бронхиолита у детей раннего возраста в зависимости от степени выраженности дыхательной недостаточности.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 52 ребёнка в возрасте от 1 до 24 месяцев, средний возраст составил $8,5 \pm 4,2$ месяца. Среди обследованных преобладали мальчики - 33 (63,5%), девочек было 19 (36,5%). Всем детям проводился сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр с оценкой общего состояния и функции дыхательной системы. Регистрировались показатели ЧДД, ЧСС и сатурации кислорода. Лабораторное обследование включало общий анализ крови с определением лимфоцитов, лейкоцитарной формулы и СОЭ. Всем пациентам выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки.

Результаты исследования. В зависимости от степени дыхательной недостаточности пациенты распределялись следующим образом: ДН1 - 33 (63,5%), ДН2 - 15 (28,8%), ДН3 - 4 (7,6%). Клиническая манифестация заболевания происходила на фоне ОРВИ. От появления катаральных симптомов до развития бронхообструктивного синдрома проходило от 2 до 5 суток. У большинства детей отмечалась субфебрильная температура тела ($37,2-38,0$ °C), фебрильная лихорадка свыше $38,5$ °C выявлялась у 7 пациентов (13,5%). Доминирующим симптомом было тахипноэ с частотой дыхания 50-70 в минуту (в среднем $58,4 \pm 7,2$). У всех детей отмечался непродуктивный кашель с затруднённым отхождением мокроты. Экспираторная или смешанная одышка наблюдалась у 48 пациентов (92,3%). Аускультативно у большинства детей выслушивались двусторонние мелкопузырчатые влажные хрипы в сочетании с крепитацией, а также сухие свистящие хрипы на выдохе. У 45 детей (86,5%) выявлялось эмфизематозное вздутие грудной клетки с коробочным перкуторным звуком. Вовлечение вспомогательной дыхательной мускулатуры наблюдалось у 80,8% пациентов, раздувание крыльев носа - у 67,3%. Периоральный цианоз отмечался преимущественно при ДН2 - ДН3 и регистрировался у 36,5% детей. Средний уровень сатурации крови при дыхательной недостаточности I степени составлял 92-94%, при II степени 88-90%, а при III степени - ниже 87 %. Хрипы сохранялись в течение 7-14 дней с последующим постепенным исчезновением. При анализе показателей общего анализа крови выявлено, что при ДН1 показатели соответствовали вирусной инфекции, тогда как при ДН2 - ДН3 отмечалось достоверное увеличение лейкоцитов, нейтрофилов и СОЭ ($p < 0,05$). У большинства детей сохранялся относительный лимфоцитоз. Рентгенологически у 88,5% пациентов определялась гиперинфляция лёгких, у 92,3% - усиление лёгочного рисунка за счёт интерстициального компонента, при отсутствии инфильтративных изменений.

Вывод. Острый бронхиолит у детей раннего возраста характеризуется выраженным бронхообструктивным синдромом с развитием дыхательной недостаточности различной степени. Данные клинического, лабораторного и рентгенологического обследования подтверждают вирусную природу заболевания и имеют важное значение для дифференциальной диагностики с пневмонией.

Халимова М.И., Бобоева З.

РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузibaева Н.К.

Цель исследования. Изучить вазореактивность сердечно-сосудистой системы у детей с пролапсом митрального клапана.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 детей с ВПС в возрасте от 14 до 17 лет, находившихся под наблюдением в детском кардиоревматологическом отделении, ГУ НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН за период 2020-2022 годов. Контрольную группу составили 20 детей. Всем детям, поступившим в стационар кроме измерения антропометрических параметров, были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Для изучения динамики ЧСС и АД использовали дозированную физи-

ческую нагрузку — пробу Мартине (20 приседаний за 30 сек). Гемодинамические параметры регистрировали во время выполнения пробы и в период восстановления после физической нагрузки.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенного исследования выявил отягощенный анамнез у обследуемой группы детей. Большинство обследованных (75%) контрольной группы реагировали на нагрузку по нормотоническому типу — небольшим повышением систолического артериального давления (САД) при постоянном (либо пониженном) диастолическом артериальном давлении (ДАД), при этом увеличение пульса не превышало 50% от исходного уровня, как и должно быть у практически здоровых лиц. В группе лиц с пролапсом митрального клапана (ПМК) распределение реакций сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку имело совершенно другой характер. Нормотонический тип встречался значительно реже — лишь у 18%. Преобладающим типом реакции на дозированную физическую нагрузку у подавляющего большинства обследованных лиц молодого возраста с доказанным ПМК был гипотонический, выявленный у 23 человек (76%). Данный тип реакции заключается в значительном повышении ЧСС (на 120–150%), при отсутствии значимых изменений АД и пульсового давления, затянутым периодом восстановления ЧСС.

Выводы. Таким образом, выявленные нами изменения свидетельствуют о том, что у обследованных лиц с пролапсом митрального клапана преобладающим типом реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку является гипотонический, тогда как у практически здоровых лиц преобладает нормотония.

Хафизова М.А., Дехконова Ф.А., Мансуров М.Ю., Валиев М.Н.

РОЛЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В СТАБИЛИЗАЦИИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТАКАЯСУ У ПОДРОСТКА

Кафедра детских болезней №1 им. Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Оценить клиническое течение синдрома Такаясу у подростка и эффективность комбинированной иммуносупрессивной терапии в достижении клинико-лабораторной ремиссии.

Материал и методы. Ранняя диагностика затруднена вследствие неспецифичности клинических проявлений в дебюте, что повышает риск позднего выявления сосудистых изменений и прогрессирования заболевания. Под наблюдением находилась девочка 14 лет с жалобами на общую слабость, головные боли, повышение артериального давления до 150/95 мм рт. ст. При осмотре выявлена асимметрия пульса на верхних конечностях, разница артериального давления более 20 мм рт. ст., систолический шум над подключичными артериями. В лабораторных анализах отмечалось повышение СОЭ до 45 мм/ч и уровня С-реактивного белка. По данным МР-ангиографии диагностированы стенозирующие изменения дуги аорты и левой подключичной артерии. Пациентке назначена терапия системными глюкокортикостероидами с постепенным снижением дозы в сочетании с метотрексатом как стероид-сберегающим препаратом. Проводился динамический клинико-лабораторный и инструментальный мониторинг в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. На фоне проводимой терапии отмечено снижение активности воспалительного процесса: СОЭ снизилась до 12 мм/ч, показатели С-реактивного белка нормализовались. Артериальное давление стабилизировалось на фоне комбинированной терапии. Клинически наблюдалось уменьшение выраженности головных болей и повышение толерантности к физической нагрузке. По данным контрольного обследования признаков прогрессирования сосудистых стенозов не выявлено.

Выводы. Комбинированная иммуносупрессивная терапия при синдроме Такаясу у подростка способствует достижению клинико-лабораторной ремиссии и стабилизации сосудистого процесса. Раннее начало лечения и регулярный мониторинг состояния сосудов позволяют снизить риск прогрессирования заболевания и развития тяжелых ишемических осложнений.

Ходжаев А.А., Ризоева М.Н., Саидов Х.Ш.

АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мухаммаднабиева Ф.А.

Цель исследования. Скрининг ранней диагностики острого лейкоза (ОЛ) у детей.

Материал и методы. На базе национального медицинского центра «Шифобахш» под наблюдением находилось 33 детей в возрасте от 3 до 16 лет. Контрольную группу составили 5 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. Учитывая неспецифичность клинических проявлений острого лейкоза, диагностика заболевания основана на поэтапном применении комплекса лабораторно-инструментальных исследований. У всех обследуемых нами больных были отмечены подъемы температуры тела, снижение аппетита, нарастающая слабость, вялость. В ряде случаев по анализу периферической крови было выявлено патологические изменения в виде анемии, гранулоцитопении, тромбоцитопении. В зависимости от синдромов клинической картины выделяют 5 основных синдромов. При обследовании больных детей отмечались полиморфные кровоизлияния (от петехий до кровоизлияний крупных размеров) на коже и в подкожно-жировой клетчатке различной локализации. У 18 детей были безболезненное увеличение периферических лимфатических узлов, наиболее часто — шейных, подмышечных, паховых. Гепатоспленомегалия отмечена у всех больных, она не сопровождалась болевым синдромом. У 3-х мальчиков обнаружено инициальное увеличение яичек в виде безболезненных, плотных, инфильтратов. У 22 больных детей появились боли в костях усиливающаяся по ночам. В зависимости от доминирующей роли одного из синдромов или их сочетания острого лейкоза может

протекать под видом заболеваний-«масок». К основным заболеваниям- «маскам» острого лейкоза, при которых необходимо проявлять предельную настороженность, относятся: острая респираторная вирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз, ангина, язвенно-некротический стоматит, функциональные расстройства пищеварения, ювенильный ревматоидный артрит, гипохромная, гипопластическая анемия, кровоизлияние.

Выводы. Правильная оценка ранних признаков острого лейкоза помогает устранить путаницу в диагнозах; дети с нераспознанным диагнозом лейкоза получают неадекватную терапию, что в дальнейшем увеличивает риск летального исхода. Настороженность педиатров и семейных врачей в отношении ОЛ обеспечивает распознавание его начальных проявлений, позволяет своевременно начать лечение, способствует длительной ремиссии. Основная задача педиатра и семейного врача состоит в раннем выявлении клинических и лабораторных данных с последующим направлением на консультацию к гематологу. Клинический анализ крови с подсчетом общего количества тромбоцитов. При ОЛ наиболее характерными изменениями являются снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, абсолютная нейтропения, тромбоцитопения и наличие бластных клеток независимо от общего количества лейкоцитов, а также увеличенная СОЭ. В 25–30 Учитывая неспецифичность клинических проявлений острого лейкоза, диагностика заболевания основана на поэтапном применении комплекса лабораторно-инструментальных исследований.

Ходжаев А.А., Ризоева М.Н., Саидов Х.Ш.

АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мухаммаднабиева Ф.А.

Цель исследования. Скрининг ранней диагностики острого лейкоза (ОЛ) у детей.

Материал и методы. На базе национального медицинского центра «Шифобахш» под наблюдением находилось 33 детей в возрасте от 3 до 16 лет. Контрольную группу составили 5 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. Учитывая неспецифичность клинических проявлений острого лейкоза, диагностика заболевания основана на поэтапном применении комплекса лабораторно-инструментальных исследований. У всех обследуемых нами больных были отмечены подъемы температуры тела, снижение аппетита, нарастающая слабость, вялость. В ряде случаев по анализу периферической крови было выявлено патологические изменения в виде анемии, гранулоцитопении, тромбоцитопении. В зависимости от синдромов клинической картине выделяют 5 основных синдромов. При обследовании больных детей отмечались полиморфные кровоизлияния (от петехий до кровоизлияний крупных размеров) на коже и в подкожно-жировой клетчатке различной локализации. У 18 детей были безболезненное увеличение периферических лимфатических узлов, наиболее часто — шейных, подмышечных, паховых. Гепатоспленомегалия отмечена у всех больных, она не сопровождалась болевым синдромом. У 3-х мальчиков обнаружено инициальное увеличение яичек в виде безболезненных, плотных, инфильтратов. У 22 больных детей появились боли в костях усиливающаяся по ночам. В зависимости от доминирующей роли одного из синдромов или их сочетания острого лейкоза может протекать под видом заболеваний-«масок». К основным заболеваниям- «маскам» острого лейкоза, при которых необходимо проявлять предельную настороженность, относятся: острая респираторная вирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз, ангина, язвенно-некротический стоматит, функциональные расстройства пищеварения, ювенильный ревматоидный артрит, гипохромная, гипопластическая анемия, кровоизлияние.

Выводы. Правильная оценка ранних признаков острого лейкоза помогает устранить путаницу в диагнозах; дети с нераспознанным диагнозом лейкоза получают неадекватную терапию, что в дальнейшем увеличивает риск летального исхода. Настороженность педиатров и семейных врачей в отношении ОЛ обеспечивает распознавание его начальных проявлений, позволяет своевременно начать лечение, способствует длительной ремиссии. Основная задача педиатра и семейного врача состоит в раннем выявлении клинических и лабораторных данных с последующим направлением на консультацию к гематологу. Клинический анализ крови с подсчетом общего количества тромбоцитов. При ОЛ наиболее характерными изменениями являются снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, абсолютная нейтропения, тромбоцитопения и наличие бластных клеток независимо от общего количества лейкоцитов, а также увеличенная СОЭ. В 25–30 Учитывая неспецифичность клинических проявлений острого лейкоза, диагностика заболевания основана на поэтапном применении комплекса лабораторно-инструментальных исследований.

Холидов Э.К., Давлатов С.А.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ, Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Кузibaева Н.К.

Цель исследования. Изучить показатели клеточного и гуморального звена иммунитета у детей раннего возраста с диагнозом внутриутробными инфекциями.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 80 детей в детском отделении Дангаринской ЦРБ за период 2020-2021 года с резидуальной и субклинической формами внутриутробной инфекции в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Методы исследования включали сбор анамнестических данных из стационарной карты, жалоб, физикальное обследование, лабораторно-инструментальные методы. Проведено лабораторное исследование на ТОРЧ инфекции а также определяли показатели клеточного, гуморального звеньев иммунитета, а также идентификация активационных маркеров CD23+, CD25+, CD95+.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенного исследования выявил отягощенный акушерский анамнез у матерей обследуемой группы детей. У всех матерей в анамнезе выявлено уточненное наличие TORЧ инфекции. Для внутриутробной инфекции, как при инфицировании ЦМВ и ВПГ 1 и 2 типов, было характерно статистически достоверное снижение содержания CD4-лимфоцитов. Отмечено повышение относительного содержания CD8+Т-лимфоцитов, следовательно, снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) по отношению к контролю, хотя и не выявил достоверной разницы. Снижение ИРИ является важным критерием глубины Т-клеточного иммунодефицитного состояния при хронической вирусной персистенции. Значения CD16+клеток в группах детей внутриутробной инфекции и контролем достоверно не различались. Изучение содержания CD20+В-лимфоцитов позволило выявить наличие достоверного повышения у детей с внутриутробной инфекции в сравнении со значениями контрольной группы ($p < 0,05$). Сывороточная концентрация IgG в сравнении между группами достоверно различалась при инфицировании детей ЦМВ ($p < 0,05$). Анализ содержания IgA позволил выявить наличие достоверного повышения IgA в сыворотке крови в сравнении со значением контрольной группы ($p < 0,01$). Параллельно при внутриутробной инфекции выявлялась достоверное повышение CD23 ($p < 0,05$) и снижение CD95 ($p < 0,05$), по сравнению с этими показателями при ПГИ.

Выводы. Таким образом, выявленные нами изменения в субпопуляционном составе лимфоцитов, играют определенную роль в патофизиологии медленного персистирующего инфекционного процесса.

Хусаинова Ш.К.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., профессор Н.М. Шавази

Цель исследования. Определение уровня билирубина у новорожденных с использованием неинвазивных методов исследования.

Материал и методы. В исследование были включены 48 доношенных новорожденных из неонатального отделения региональной детской многопрофильной больницы с гипербилирубинемией, продолжавшейся более 3-4 недель. Всем детям проводилась 24-часовая фототерапия. Показанием к фототерапии являлась концентрация билирубина выше 250 мкмоль/л. Критерием прекращения фототерапии было снижение уровня непрямого билирубина в крови ниже уровня, при котором он проникает через гематоэнцефалический барьер. Уровень билирубина контролировался ежедневно, а общий анализ крови проводился при поступлении и выписке.

Результаты исследования. Все младенцы, поступившие в больницу, были в возрасте $10,2 \pm 0,5$ дней и выписаны в возрасте $24 \pm 0,95$ дней. Паренхиматозная и механическая желтуха были исключены при обследовании. У 46% детей (22) желтуха была отмечена в течение первой недели жизни, в то время как у 54% (26) – позднее 7 дней. Сопутствующие заболевания были диагностированы у 33% детей (16), в то время как у 67% (32) имел место изолированный желтушный синдром. Среди всех обследованных новорожденных, мальчики составляли 58%, а девочки – 42%. Среди всех обследованных новорожденных у 29 младенцев состояние при рождении было оценено, как удовлетворительное, у 16 – как состояние средней степени тяжести, 3 детей переведены из отделения реанимации.

Наибольший риск развития желтухи был выявлен у матерей с гестозами (54,4%), эндокринной патологией, такой как гипер- или гипотиреоз (43,1%), и группой крови I (58,3%). Менее значимыми факторами (риск $< 50\%$) были пол ребенка, низкий балл по шкале Апгар, высокий уровень билирубина в пуповинной крови, материнская гипертензия и низкий вес при рождении. Осложнения во время родов наблюдались в 12% случаев. К ним относятся первичная слабость родовой деятельности, медикаментозное индуцирование родов, включая стимуляцию окситоцином, тяжелое обвитие пуповины и пережатие.

Для оценки уровня билирубина у новорожденных мы использовали транскутанную билирубинометрию, применяя специальный прибор – транскутанный билирубинометр. Измерения осуществлялись в трех различных точках на теле младенца: на лобной области, в верхней части грудной клетки и на внутренней стороне голени. Параллельно с транскутанными измерениями, у трети обследованных новорожденных (16 младенцев) проводилась проверка уровня билирубина путем определения концентрации общего билирубина в сыворотке крови посредством биохимического анализа. Анализ представленных данных показал, что коэффициент корреляции между концентрацией билирубина в крови и значением общего билирубина, измеренным на лбу, составил 0,87, при измерении на верхней части грудины — 0,74, а при измерении на внутренней поверхности бедра — 0,48. Наибольшее соответствие между транскутанным билирубиновым индексом и концентрацией крови билирубина отмечается в области лба и в несколько меньшей степени – в верхней части грудины, вероятно это обусловлено особенностями распределения подкожно-жировой клетчатки в этой области. Вместе с тем, данное обследование определяет простоту осмотра, поскольку не требует необходимости каких-либо дополнительных манипуляций с ребенком, такие как освобождение от пеленок или снятие одежды.

Выводы. Метод транскутанной билирубинометрии является скрининговым и служит для выделения группы риска по развитию тяжелой гипербилирубинемии. Определение транскутанного уровня билирубина носит информативный и неинвазивный характер, что позволяет судить о динамике желтухи, билирубина, то есть о их нарастании или уменьшении на фоне проводимой терапии.

ВРОЖДЁННЫЙ ИХТИОЗ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО

¹Кафедра детских болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш»

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Описание клинического случая ламеллярного ихтиоза у новорожденного с отягощённым семейным анамнезом.

Материал и методы. Проведено наблюдение новорождённой, поступившей в отделение неонатологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на 12-е сутки жизни. Для подтверждения диагноза проведены клинический осмотр, оценка кожного статуса, лабораторные и инструментальные методы исследования. Также проведена консультация дерматолога и офтальмолога.

Результаты исследования. Из анамнеза: ребёнок П., от третьей беременности, роды своевременные, через естественные родовые пути, масса при рождении 3150 г, рост 50 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Брак родителей не родственник. Беременность протекала на фоне перенесённого эпизода ОРВИ и железодефицитной анемии у матери. Семейный анамнез отягощён: у двоюродной сестры пациентки по отцовской линии ранее диагностирован ихтиоз, что указывает на возможную генетическую предрасположенность.

При поступлении ребёнок был в относительно стабильном состоянии. Отмечалась выраженная, но не критическая кожная симптоматика, характерная для ламеллярного ихтиоза средней тяжести: кожа сухая, умеренно утолщённая, с плотными, но менее массивными пластинчатыми чешуйками серо-коричневого цвета. Чешуйки распределены равномерно по туловищу и конечностям, более выражены на разгибательных поверхностях. Трещины кожи поверхностные, преимущественно в области локтевых, подколенных складок, признаков глубоких болезненных разломов нет. На лице лёгкая эктропия нижних век, умеренная сухость периоральной области, выраженного выворота губ не наблюдалось. Ногти умеренно утолщённые, без грубой деформации. Кожа чувствительна к механическому воздействию, однако значительной трансэпидермальной потери жидкости не отмечалось. Мышечный тонус удовлетворительный, рефлексы вызываются. Дыхание свободное через нос. ЧД 45 в мин. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца слегка приглушены, патологических шумов нет. Ритм правильный. ЧСС 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Мочиспускание свободное, стул кашицеобразный. Лабораторно-инструментальные данные: гемограмма: гемоглобин – 145 г/л, эр. – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,7 \times 10^9/л$, тромбоциты – $346,0 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 75%, лимфоциты – 10%. Биохимия крови: креатинин – 44,3 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, белок – 58 г/л, АЛАТ – 33,0, АСАТ – 26,0, Билирубин общий – 11,0 мкмоль/л, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л, К⁺ – 3,6 ммоль/л, Na – 136,7 ммоль/л. Эхо-КГ: без особенностей. УЗИ внутренних органов: без особенностей. На фоне проведённой терапии (инфузионная, иммунотерапия, гормональная, местная: масляные растворы витаминов А, Е, пантенол спрей, ланолин) отмечалась положительная динамика, характеризующаяся улучшением барьерной функции кожи, уменьшением площади гиперкератоза и снижением риска осложнений. Диагноз дерматолога врождённый ламеллярный ихтиоз.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует, что ламеллярный ихтиоз у новорожденного с отягощённым семейным анамнезом может успешно контролироваться при условии своевременного начала терапии. Рациональный и многоэтапный уход при ихтиозе является ключевым компонентом комплексного ведения пациента, поскольку способствует снижению частоты осложнений, стабилизации барьерных функций кожи и предотвращению вторичных инфекций. Обеспечение оптимального режима ухода напрямую отражается на клинической динамике заболевания и способствует существенному улучшению качества жизни больного.

Хусенова М.С.

СОСТОЯНИЕ НУКЛЕОТИДНЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ МЕССЕНДЖЕРОВ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмаилов К.И.

Цель исследования. Определить содержание циклических нуклеотидов (цАМФ и цГМФ) у детей с наследственными гемолитическими анемиями (НГА).

Материал и методы. В исследовании участвовали 40 больных с НГА, которые были обследованы в детском гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Учитывая уровень гемоглобина и эритроцитов в крови, пациентов распределили на соответствующие группы: с НГА средней степени - 20 (50%), с НГА тяжёлой степени - 20 (50%). В группу контроля вошли 20 здоровых детей, соответствующих по половозрастному признаку исследуемым группам.

Исследование концентрации циклических нуклеотидов (цАМФ и цГМФ) проводили в НИИ фундаментальной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе лаборатории культивирования стволовых клеток, воды и крови. Для анализа использовали метод иммуноферментного определения (ELISA) с набором китайской компании SUNLONG BIOTECH (Ханчжоу, Китай). Материалом для анализа служила сыворотка венозной крови, взятая натощак. Статистическую обработку полученных результатов осуществили с применением программного обеспечения Statistica версии 13.5 (TIBCO Software Inc., США).

Результаты исследования. В результате исследования выявили статистически существенные отличия в значениях цАМФ и цГМФ, а также в их соотношении цАМФ/цГМФ у больных с наследственными гемолитическими анемиями при сопоставлении со значениями здоровых детей.

У детей с НГА тяжелой степени соотношение цАМФ/цГМФ составило 0,60 [0,50; 0,70]. Наряду с этим, наблюдалась тенденция к снижению уровня цАМФ 5,9 [5,3; 6,3] нмоль/л, а цГМФ – напротив, был повышен до 9,35 [8,45; 10,25] нмоль/л. Подобные сдвиги, вероятно обусловлены повреждением эритроцитов, и более глубоким дефицитом кислорода и АТФ в данной группе.

У больных с НГА средней степени тяжести наблюдалась сходная динамика: значения цАМФ составили 6,3 [5,5; 7,2] нмоль/л, а цГМФ - 9,24 [8,05; 10,01] нмоль/л, что достоверно отличалось от контрольных значений ($p < 0,001$). Соотношение этих внутриклеточных модуляторов в этой группе также оказалось резко сниженным - 0,65 [0,60; 0,75].

При сравнении вышеуказанных показателей между больными с НГА средней и тяжелой степени, статистически существенных отличий не наблюдали ($p > 0,05$), что может отражать наличие предельно выраженных нарушений уже на стадии средней тяжести заболевания. Вместе с тем, при соизмерении обеих групп со здоровыми детьми, различия были достоверными ($p < 0,001$), что подтверждает глубокое расстройство регуляторных механизмов, координирующих клеточный и энергетический метаболизм.

Вывод. Результаты исследования по циклическим нуклеотидам у детей с наследственными гемолитическими анемиями продемонстрировали единые закономерности, отражающие фундаментальные механизмы нарушения внутриклеточной регуляции в условиях кислородного дефицита, наиболее выраженные при анемии тяжелой степени.

Чиллаева М.И

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЙ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности течения сепсиса у недоношенных новорожденных.

Материал и методы. В отделении неонатологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 2025 по 2026 годы было проведено ретроспективное исследование 10 недоношенных новорожденных с диагнозом: неонатальный сепсис. Гестационный возраст детей составлял менее 37 недель. Диагноз сепсиса устанавливался на основании клинических данных и лабораторных показателей системного воспалительного ответа. Оценивались клинические проявления заболевания, показатели общего и биохимического анализа крови, уровни С-реактивного белка и прокальцитонина, результаты бактериологических посевов крови, а также эффективность проводимой антибактериальной и интенсивной терапии. Использовались клинико-аналитический и описательно-статистический методы исследования.

Результаты исследования. У всех недоношенных новорожденных течение сепсиса характеризовалось тяжелым состоянием и быстрым прогрессированием. В 80% случаях наблюдались дыхательные расстройства, требующие респираторной поддержки, в 70% признаки гемодинамической нестабильности. Неврологическая симптоматика в виде угнетения центральной нервной системы отмечалась у 50% пациентов. Анализ лабораторных данных у недоношенных новорожденных с сепсисом выявил выраженные изменения показателей воспаления и системы крови. Повышение уровня С-реактивного белка было зарегистрировано у 95% пациентов и составило в среднем 24–48 мг/л. Уровень прокальцитонина также был повышен и колебался в пределах 2,5–8,0 нг/мл, что свидетельствует о бактериальной природе инфекционного процесса и выраженности системного воспалительного ответа. Со стороны общего анализа крови у пациентов отмечались: лейкоцитоз выявлялся у 80% новорожденных и составлял 18–25тысяч/л, при этом уровень тромбоцитов снижался до 80–120тысяч/л. Данное изменение является неблагоприятным прогностическим признаком и указывает на тяжесть течения заболевания. Показатели общего анализа крови характеризовались снижением уровня эритроцитов до 3,0–3,5миллион/л и гемоглобина до 90–110г/л. Таким образом, выявленные изменения лабораторных показателей подтверждают, что у недоношенных новорожденных сепсис сопровождается выраженным системным воспалительным ответом, нарушениями гемопоза и гемостаза. Ранняя диагностика и своевременное начало эмпирической антибактериальной терапии способствовали стабилизации состояния и снижению частоты осложнений.

Выводы. Сепсис у недоношенных новорожденных протекает тяжело, с быстрым развитием дыхательной и полиорганной недостаточности. Клиническая картина заболевания носит неспецифический характер, что затрудняет раннюю диагностику. Лабораторные маркеры системного воспаления имеют важное диагностическое и прогностическое значение. Раннее начало интенсивной и антибактериальной терапии является ключевым фактором улучшения исходов у данной категории пациентов.

Шарипова М.М., Мирзоев М.Н., Мамуров Д.У.

НЮАНСЫ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

Кафедра детских болезней №2, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель: д.м.н., профессор: Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучить особенности биоэлектрической активности миокарда и параметров центральной гемодинамики у детей с рецидивирующим бронхитом в период клинической ремиссии.

Материал и методы. Обследовано 45 детей в возрасте 6–12 лет с установленным диагнозом «рецидивирующий бронхит» (основная группа) и 30 практически здоровых детей сопоставимого возраста (группа контроля). Всем участникам проводились: 12-канальная электрокардиография (ЭКГ) с оценкой частоты сердеч-

ных сокращений, длительности интервалов, положения электрической оси сердца, признаков гипертрофии отделов сердца; эхокардиография (ЭхоКГ) для определения конечно-диастолического и конечно-систолического размеров левого желудочка, фракции выброса, ударного объема, сердечного индекса, систолического давления в легочной артерии; суточное мониторирование ЭКГ (по показаниям) для оценки вариабельности ритма сердца.

Результаты исследования. У детей с РБ в сравнении с контрольной группой выявлен комплекс характерных изменений: на ЭКГ: достоверно чаще регистрировались признаки синусовой аритмии и лабильности ритма ($p < 0,05$), тенденция к синусовой тахикардии в покое. У 28,9% пациентов отмечались умеренные диффузные изменения миокарда по типу метаболических нарушений. У 15,6% выявлены признаки частичной блокады правой ножки пучка Гиса, что может косвенно указывать на перегрузку правых отделов сердца.

По данным ЭхоКГ: выявлено статистически значимое повышение среднего давления в легочной артерии (на 18,4% выше нормы, $p < 0,01$). Показатели центральной гемодинамики характеризовались снижением ударного индекса и фракции выброса левого желудочка (в пределах нижней границы нормы) при сохранении общего сердечного индекса за счет компенсаторной тахикардии. У 22,2% детей отмечалось умеренное расширение полости правого желудочка.

Выводы. У детей с рецидивирующим бронхитом даже в фазу клинической ремиссии определяются специфические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, свидетельствующие о формировании скрытой легочно-сердечной дисфункции. Ключевыми нюансами биоэлектрической активности являются вегетативная дисрегуляция (синусовая аритмия, тахикардия) и признаки перегрузки правого желудочка. Основным нюансом центральной гемодинамики является развитие умеренной легочной гипертензии, приводящей к снижению насосной функции правого и, компенсаторно, левого желудочка. Полученные данные обосновывают необходимость включения углубленного кардиологического обследования (ЭКГ, ЭхоКГ) в стандартный алгоритм наблюдения за детьми с рецидивирующим бронхитом для своевременной профилактики прогрессирования сердечно-легочных нарушений.

Шахрибону С., Музаффаров Ш.С.

ГИПОЭРГИЧЕСКИЙ И ГИПЕРЭРГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить клинические особенности гипо- и гиперэргических вариантов течения сепсиса у новорождённых и детей раннего возраста.

Материал и методы. В исследование включены 36 детей с диагнозом - сепсис. Исследование было проведено в трёх отделениях ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Были выполнены следующие методы исследования: лабораторные - бактериологический посев крови, СРБ, прокальцитонин, общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи; инструментальные - рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек.

Результаты исследования. В результате проведённых исследований было установлено, что среди общего числа пациентов у 69,4% выявлен гиперэргический и у 30,6% - гипоэргический варианты течения сепсиса. Из общего числа больных 22,2% составляли новорождённые, остальные - дети раннего возраста. У больных с гипоэргическим вариантом заболевания отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр, или субнормальные значения температурной реакции. Наблюдалась бледность кожных покровов с серым оттенком и мраморным рисунком, периоральный цианоз, мышечная гипотония, угнетение рефлексов, акта глотания и кашлевого рефлекса, болевая реакция лишь на сильные раздражители. Брадикардия или тенденция к ней (ЧСС 110 -120 в мин.), крепитирующие хрипы при auscultации лёгких, брадикардия или тенденция к ней (ЧСС 110 -120 в мин.). Вялое сосание или отсутствие сосательного рефлекса, срыгивания, рвота, иногда с желчью, вздутые живот, диарея, гепатоспленомегалия и склерема были характерны для недоношенных детей. Из лабораторных данных необходимо отметить повышение общего билирубина от 221 мкмоль/л до 320 мкмоль/л за счёт прямой фракции. Со стороны мочевыделительной системы часто наблюдались отёчный синдром, протеинурия. Гиперэргический вариант сепсиса характеризовался высокой температурой тела ($38,5-39,5^{\circ}$), синдромом возбуждения. Нередко наблюдались судороги, патологические типы дыхания и апноэ, потливость при крике, постанывание. У детей отмечались гиперестезия, гипертонус мышц, часто гиперрефлексия, раздражительность, мозговой крик. Для данного варианта заболевания были характерны тахикардия, тахипноэ, выраженные симптомы интоксикации с температурной реакцией, рвотный синдром. Часто отмечался ДВС-синдром. Среди всех обследованных детей, независимо от варианта у 15 диагностирована гипотрофия 1 степени, у 12 – гипотрофия 2 степени, у 3 - гипотрофия 3 степени. По результатам бактериологического исследования крови было установлено, что 60% больных были инфицированы *St. Aureus*, 33,3% - *st. Pyogenes*, 6,7% *St. epidermidis*. СРБ - 102 -260 мг/л, прокальцитонин - 0.13 нг/л, креатинин - 160-208 мкмоль/л, мочевины - 11.2 - 18 ммоль/л, общий белок 49-56 г/л. Коагулограмма: фибриноген 266-399г/л. Общий анализ крови: гемоглобин - 70-96 г/л, СОЭ – 27-42 мм/ч, лейкоциты – $25-37 \cdot 10^9$ /л, общий анализ мочи: белок - 0.066-0.099%, эритроциты - 6-18 в п/зр., лейкоциты 8 - 10 п/зр. На рентгенографии грудной клетки у 21 ребёнка выявлена правосторонняя очаговая пневмония, у 9 детей - двухсторонняя пневмония. Летальных случаев не зарегистрировано.

Вывод. Гипоэргический вариант сепсиса развивается на фоне сниженной реактивности иммунной системы, протекает более стёрто, часто с маловыраженной температурной реакцией, что затрудняет раннюю диагностику и способствует затяжному или хроническому течению заболевания. Гиперэргический вариант течения сепсиса у новорождённых и детей раннего возраста характеризуется чрезмерной системной воспалительной реакцией в ответ на инфекционный агент, что приводит к быстрому развитию тяжёлых клинических проявлений.

Шахрибонуи С., Рахмонов Ш.Х.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД
Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения бронхиальной астмы у детей старшего возраста в постковидный период.

Материал и методы. В период с февраля 2024 г. по январь 2026 г. под наблюдением в отделение пульмонологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» находились 13 детей старшего возраста с диагнозом: бронхиальная астма. Проводились клиничко-anamnesticheskie, лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, коагулограмма, общ.IgE, TORCH, Ковид (ИФА), рентгенография органов грудной клетки, спирография.

Результаты исследования. Из анамнеза выявлено, что длительность заболевания бронхиальной астмы составила от 5 до 10 лет. У всех пациентов перенесённая коронавирусная инфекция была подтверждена наличием IgG к SARS-Cov-2. Клиническая картина характеризовалась преобладанием респираторных симптомов. Сухой приступообразный кашель и экспираторная одышка наблюдались у всех 13(100%) детей. Эпизоды субфебрильной температуры отмечены у 9 (69,2%) пациентов. Снижение аппетита и общая слабость - у 10 (76,9%), диспепсические проявления (тошнота, метеоризм, неустойчивый стул) - у 6 (46,2%). Ночные симптомы бронхиальной астмы наблюдались у 8 (61,5%) детей. При объективном обследовании выявлялись: бледность кожных покровов, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, удлинённый выдох, рассеянные сухие свистящие хрипы в лёгких. По данным лабораторных исследований определялись признаки аллергического воспаления: эозинофилия (12-15%), повышение общего IgE (973-1818МЕ/мл), относительная лимфопения. Показатели общего анализа крови: гемоглобин 102-120г/л, эритроциты - $3.2-3.8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - $212-238 \times 10^9$ /л, лейкоциты - 6,33-9, СОЭ - 12-15мм/ч, ИФА ковид: IgG - положительный, цитомегаловирус - 1:400-1:800, герпес - IgG-положительный - 17.3-20. Общий анализ мочи: pH - 5.5; белок - 0.033-0.066%, относительная плотность - 1014-1018, микроскопия мочи: эритроциты - 1-2 в п/зрения, лейкоциты 9-10 в п/зрения. При рентгенографии органов грудной клетки у 7 (53,8%) больных выявлены признаки бронхита. По данным спирографии у всех детей определялись признаки бронхиальной обструкции: снижение объёма форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) до 62-78% от должных значений, снижение индекса Тиффно до 68-74%, уменьшение пиковой скорости выдоха. Нарушение вентиляционной функции лёгких соответствовало дыхательной недостаточности 3 степени - у 6 (46%), 2 степени - у 5 (38,4%), 1 степени - у 2 (15,38%).

Выводы. Перенесённая инфекция COVID-19 оказывает достоверное неблагоприятное влияние на клиническое течение бронхиальной астмы у детей старшего возраста, способствуя увеличению выраженности респираторных симптомов, частоты кашля, одышки и ночных проявлений заболеваний. Постковидные изменения дыхательных путей у детей с астмой носят длительный характер и могут сохраняться в течение месяца после инфекции, поддерживая хроническое воспаление бронхиальной слизистой и повышенную чувствительность к вирусным и неинфекционным триггерам.

Шомуродова К. А., Исмоилов Н. Б.
СВЯЗЬ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

Кафедра Пропедевтики детских болезней №1 Ташкентского Государственного Медицинского Университета.
Узбекистан.

Научные руководители- д.м.н., доц. Маллаев Ш.Ш., асс. Эгамбердиев С. Б.

Цель исследования. Выявление и оценка корреляции выраженности вегетативных нарушений и качества жизни у детей с диагнозом «Гемморрагический васкулит»

Материалы и методы. В ходе исследования были опрошены родители 25 детей, возрастом от 5 до 17 лет, с диагнозом «гемморрагический васкулит», вне фазы клинического обострения. Оценка вегетативного статуса проводилась с использованием опросника PASS (Pediatric Autonomic Symptom Scale), качество жизни — с помощью шкалы PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory). Применялись методы вариационной статистики с определением средних величин и процентного распределения

Результаты исследования. Анализ данных показал, что у большинства детей с гемморрагическим васкулитом четко выявлялись признаки вегетативной дисфункции различной степени выраженности. Повышенные значения по шкале PASS (выраженные нарушения) были примерно у 70–75% пациентов и чаще всего выявлялись ортостатические, кардиоваскулярные и астенические симптомы. Снижение результатов качества жизни по шкале PedsQL были более чем у 60% детей, указывая на снижение общего самочувствия и утомляемость. Наиболее низкие значения по шкале PedsQL были у большей части пациентов с абдоминальной и смешанными формами заболевания и при тяжёлом, рецидивирующем течении. Значимая инверсная зависимость, отмечалась между выраженностью вегетативных нарушений и показателями качества жизни. При увеличении суммарного балла PASS, регистрировалось снижение показателей PedsQL. У детей с высокими значениями PASS, снижение качества жизни отличалось выраженностью и постоянством, чем у детей с низкими и умеренными показателями. Относительно высокие баллы PASS и низкие показатели PedsQL, встречались у детей старшего возраста и при продолжительном течении болезни, что может указывать на накопительный эффект хронического воспалительного процесса и длительных нарушений.

Выводы. У детей с гемморрагическим васкулитом выявлены нарушения вегетативной нервной системы, колеблющиеся по степени выраженности, которые были напрямую связаны со снижением качества жизни. Наиболее неблагоприятные показатели PASS и минимальные значения PedsQL наблюдались при тяжёлом, системном и абдоминальном течении заболевания, а также при значительной длительности болезни. Результаты исследования подчеркивают клиническую значимость комплексной оценки вегетативного статуса и качества жизни у данной категории пациентов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Городской медицинский центр №1 им. К.Ахмедова. Таджикистан.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Выявить ведущие клинические проявления и оптимизировать лечение ветряной оспы у детей.

Материал и методы. Проведен комплексный анализ 24 больных ветряной оспой госпитализированных в ГУ «ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова» в возрасте от 1 месяца до 17 лет в период 2025-2026 годов. В ходе исследования оценивались: выраженность интоксикационного синдрома, характер экзантемы, наличие сопутствующих осложнений и эффективность терапии.

Результаты исследования. Среди госпитализированных пациентов преобладали дети в возрасте 3-7 лет - 19 (79,2%) и 7-14 лет - 5 (20,8%). Высокая лихорадка (38,5-40,0°C) отмечалась у 17 (70,8%) пациентов, длительность лихорадки в среднем составлял 3-5 дней, субфебрилитет (до 38,0°C) у 7 (29,2%) пациентов. Интоксикационный синдром: вялость, снижение аппетита и головная боль отмечался у 21 (87,5%) пациентов и предшествовал сыпи за 12-24 часа. Превалирующей формой была среднетяжелая - у 19 (79,2%) пациентов. Тяжелые формы, характеризующиеся массивной везикулезно-пустулезной сыпью, наблюдались у 4 (16,7%) пациентов с отягощенным преморбидным фоном. Характерной чертой современной ветряной оспы является обильная сыпь у 11 (45,8%) пациентов. У 8 (33,3%) пациентов высыпания фиксировались не только на кожных покровах, но и на слизистых оболочках полости рта и половых органов, что затрудняло прием пищи и мочеиспускание. Осложненное течение зафиксировано у 9 (37,5%) пациентов. В структуре осложнений лидировали: бактериальные поражения кожи (флегмоны) – в 4 (16,7%) случаях, неврологические нарушения (энцефалит) – в 2 (8,3%), поражение слизистых оболочек (стоматиты, конъюнктивиты) – в 3 (12,5%). Назначения ацикловира и индукторов интерферона (анаферон детский, эргоферон) сокращал период высыпания на 25-30% и период интоксикации на 1,5-2 дня. Пероральные антигистаминные препараты II поколения (цетиризин, лоратадин) позволили нормализовать сон у 19 (79,2%) больных.

Выводы: Современное течение ветряной оспы у детей характеризуется высокой частотой госпитализаций из-за развития среднетяжелых и тяжелых форм болезни. Особое внимание следует уделять подросткам и детям с хроническими заболеваниями, так как у них риск развития бактериальных и неврологических осложнений значительно выше. Полученные данные указывают на необходимость совершенствования тактики раннего назначения противовирусных препаратов и индукторов интерферона для предупреждения тяжелых исходов.

Юсупов А.О., Нилуфари Киёмиддин, Амиркулова Л.Т.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Мамадьярова М.Г.

Цель исследования. Оценить особенности гуморального и клеточного иммунитета при вирусном гепатите А у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 124 детей в возрасте 3–14 лет с лабораторно подтвержденным ВГА (anti-HAV IgM методом ИФА). Были изучены показатели гуморального иммунитета (IgM, IgG, циркулирующие иммунные комплексы), а также субпопуляции лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+) методом проточной цитометрии. Кроме того, всем больным проводился анализ печеночных проб (уровни АлАТ, АсАТ, билирубина и его фракций).

Результаты исследования. У всех обследованных детей в остром периоде заболевания определялись anti-HAV IgM, что подтверждало активную фазу инфекции. К 3–4-й неделе болезни отмечалось достоверное нарастание уровня IgG, отражающее формирование специфического гуморального иммунного ответа и переход к стадии реконвалесценции. Анализ показателей клеточного иммунитета выявил значимые изменения Т-клеточного звена. Содержание CD8+ Т-лимфоцитов достоверно повышалось до $32,4 \pm 1,8\%$ при референсных значениях 24–28% ($p < 0,01$). Одновременно отмечалось снижение иммунорегуляторного индекса $CD4+/CD8+$ до $1,1 \pm 0,1$ по сравнению с показателем контрольной группы ($1,5 \pm 0,1$; $p < 0,05$), что свидетельствует о смещении иммунного ответа в сторону цитотоксической активности. Выраженность цитолитического синдрома была значительной: уровень АлАТ превышал нормальные значения в 5–8 раз. Установлена умеренная положительная корреляционная связь между уровнем АлАТ и относительным содержанием CD8+ Т-лимфоцитов ($r = 0,46$; $p < 0,01$), что подтверждает ведущую роль клеточно-опосредованных механизмов в повреждении гепатоцитов. Полученные данные указывают на иммунно-опосредованный характер цитолиза при вирусном гепатите А у детей. У 14% пациентов отмечалось затяжное течение заболевания, характеризующееся более длительным сохранением клинико-биохимических проявлений. В данной группе выявлялось стойкое снижение уровня CD4+ Т-лимфоцитов и повышение концентрации циркулирующих иммунных комплексов ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о дисбалансе иммунорегуляторных механизмов и пролонгированном воспалительном процессе. Средняя продолжительность синдрома интоксикации составила $6,2 \pm 0,4$ суток, желтушного периода — $9,5 \pm 0,6$ суток. Нормализация уровня аминотрансфераз происходила в среднем через $28,4 \pm 1,2$ суток от начала заболевания, что соответствовало клиническому улучшению состояния детей. В целом иммунный ответ при вирусном гепатите А у детей характеризуется активацией цитотоксического Т-клеточного звена с преобладанием CD8+ лимфоцитов и относительным снижением CD4+ клеток. Формирование высокого уровня IgG в период реконвалесценции подтверждает становление стойкого постинфекционного иммунитета.

Выводы. Таким образом, ВГА у детей характеризовался активацией клеточного иммунитета за счет CD8+ Т-лимфоцитов. Уровень цитолиза коррелирует с выраженностью Т-клеточного ответа. Гуморальный иммунитет обеспечивает формирование стойкой постинфекционной защиты.

Юсупова Ш.Б., Мадамонов Ш.Ш., Шарипов Ф.М.
МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ РОСТА ПРИ СИНДРОМЕ ТЁРНЕРА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Кафедра детских болезней №1 им. Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Обобщить современные данные о методах стимуляции роста у пациенток с синдромом Тёрнера и оценить их клиническую эффективность и безопасность.

Материал и методы. Проведен обзор клинических рекомендаций и результатов проспективных и ретроспективных исследований, посвящённых терапии низкого роста при синдроме Тёрнера. Проанализированы данные о применении рекомбинантного гормона роста, сопутствующей терапии и факторах, влияющих на конечный рост. Оценивались показатели скорости роста, стандартного отклонения роста (SDS), возраст начала терапии и длительность лечения.

Результаты исследования. Основным методом стимуляции роста является терапия рекомбинантным гормоном роста (рГР), назначаемая в раннем возрасте (оптимально с 4–6 лет или сразу после установления диагноза). Применение рГР способствует увеличению скорости роста в первые годы терапии до 6–8 см в год и повышению конечного роста на 5–10 см по сравнению с нелечеными пациентками. Эффективность лечения зависит от возраста начала терапии, дозировки препарата и приверженности лечению.

В отдельных случаях рассматривается комбинированное применение рГР с низкими дозами анаболических стероидов (например, оксандролон) у пациенток с выраженным дефицитом роста, что может дополнительно повысить конечный рост при контроле побочных эффектов. Заместительная терапия эстрогенами проводится позже, с постепенным увеличением доз, чтобы минимизировать преждевременное закрытие зон роста.

Мониторинг терапии включает регулярную оценку антропометрических показателей, уровня инсулиноподобного фактора роста-1 (IGF-1), функции щитовидной железы, гликемического профиля и состояния костной ткани. Побочные эффекты терапии встречаются редко и, как правило, носят обратимый характер при корректировке дозы.

Выводы. Ранняя и адекватная терапия рекомбинантным гормоном роста является ключевым методом коррекции низкого роста при синдроме Тёрнера и позволяет существенно улучшить прогноз по конечному росту. Индивидуализация лечения с учётом возраста начала терапии, генетических особенностей и сопутствующих состояний обеспечивает максимальную эффективность и безопасность. Междисциплинарный подход и длительное динамическое наблюдение являются обязательными компонентами ведения пациенток с данным синдромом.

Юлдошева М.У.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ СРЕДИ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель- заведующая кафедры, к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Изучить особенности использования контрацептивных средств среди женщин города Душанбе за период 2014–2023 годы.

Материал и методы. Базой исследования послужили нормативно-правовые документы, годовые отчёты центров репродуктивного здоровья (ЦРЗ) в период с 2014 по 2023 годы. Был проведен статистический анализ «Отчет о деятельности учреждений репродуктивного здоровья» (форма 5), форма К/02 - индивидуальная карта пациентки, использующей контрацептивы.

Результат исследования. В 2014 году среди женщин детородного возраста в городских ЦРЗ по вопросам планирования семьи составили 134282 посещения, из них первичное обращение составило 31874 посещения, 102408 посещений были повторными. В 2023 году общее число посещений по планированию семьи составляло 25173 женщины, среди них с первичным посещением составили 50780 женщин, с повторным обращением составили 200954 женщины репродуктивного возраста.

В 2014 году охват контрацепцией женщин детородного возраста по городу Душанбе составил 23,9%, а по Республике Таджикистан - 22,4%, в 2016 году данный показатель по городу составил 26,6%, а по республике - 23,6%, в 2018 году охват контрацепцией женщин по городу Душанбе составил 33,3%, в 2020 году охват контрацепцией по городу составил 33,6%, а по республике - 28,4%. В 2022 году по городу данный показатель составил 24,4%, а по республике составил 28,40%, в 2023 году охват контрацепцией по городу Душанбе составил 37,3%, а по Республике Таджикистан - 31,2% женщин детородного возраста. В 2014 году по официальным данным республиканского центра статистики, внутриматочные средства (ВМС) использовали 18,9% ($p>0,05$) женщин от общего количества детородных женщин, в 2015 году - 19,2% женщин, в 2016 году использовали 16,5% ($p>0,05$) женщин, в 2017 году - 19,9% женщин, в 2018 году использовали 20,0% женщин. В 2019 году ВМС использовали 19,2% городских женщин, в 2020 году 19,5% ($p>0,05$) женщин, в 2021 году использовали 28,6% женщин, в 2022 году ВМС использовали 14,8% женщин, в 2023 году - 17,6% ($p>0,01$) женщин. При изучении частоты использования комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в 2014 году было зарегистрировано $6,4\% \pm 0,01$ случая, в 2018 году - $8,2\% \pm 0,2$ случая, в 2020 году - $6,4\% \pm 0,02$ случая, в 2022 году были отмечены $4,7\% \pm 0,1$ случая, в 2023 году количество женщин, употребляющих КОК составили $8,0\% \pm 0,1$. За период 2014 по 2023 годы отмечается превышение применения КОК в 1 раз. Среди женщин, использующих инъекционные гормональные средства (Депо провера, Саяно пресс), в 2014 году составили 0,5% среди женщин детородного возраста, в 2016 году - $0,7\% \pm 0,01$ женщин, в 2018 году - $0,9\% \pm 0,02$ женщин, в 2020 году - 0,9% женщин, в 2021 году составили 0,8% женщин, в 2022 году составили $1,3\% \pm 0,01$ женщин, в 2023 году - $1,2\% \pm 0,02$ женщин. За анализируемый период (2014–2023) частота ДХС у городских женщин тоже особо не изменилась, в 2014 году составил 0,4% и в 2023 году - 0,5%. При изучении частоты использования МЛА среди женщин детородного возраста

та в 2014 году она составляла $4,0\% \pm 0,02$, а в 2023 году составила $3,0\% \pm 0,01$, в 1 раз отмечается снижение данного метода контрацепции.

Выводы. Таким образом, при изучении структуры и частоты использования контрацептивных средств среди городских женщин необходимо отметить, что потребность увеличилась в 2 раза. Отмечается высокий охват контрацепцией городских женщин детородного возраста в 1,1 раза по сравнению с женщинами по Республике Таджикистан. Среди всех методов контрацепции, частота использования ВМС занимает первое место, второе место занимает КОК и третье место занимает барьерный метод.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	5
Абдуллоев Дж.К., Холов И.Ш., Ахмадов С.С. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАНАЛЬНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ	5
Абдуллоев М.З., Салимова З.Дж., Мустафоев У.К. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	5
Абдуллоев С.Х1., Нажмудинов Ф.Н2., Гайратов И.Т1. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.	6
Абдуллоев С.Х., Иброхимзода С.Дж., Бегов Ш.К. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.	6
Абдуллоева Ф.Р., Нозилов С.К., Бобоназаров М.И. АРЗЁБИИ МАРГИ НОБАҲАНГОМ ҲАНГОМИ БЕМОРИҲОИ ДИЛ.	7
Абдуллоева Ф.Р., Нарзуллоева Н.Дж., Саидова Ф.Г. СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	7
Абдуллоева Ф.Р., Ахмедова Р.Р., Мавланов М.А. ДИНАМИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ КРОВОПОДТЁКОВ У ПОТЕРПЕВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.	8
Абдурасулов А.А., Исакова Х.О., Холов Д.Д. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ПРИ ОЖОГОВЫХ РАНАХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	9
Абдурахимзода Ш.Р., Фурухов И.Ё., Равзатулох Р. ДИФУЗНЫЙ ЗОБ СРЕДИ ДЕВУШЕК ВТОРОГО КУРСА ХГМУ	9
Абдурахимзода Ш.Р., Равзатуллох Р., Тагоймуродзода Б. ОЦЕНКА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕВУШЕК ВТОРОГО КУРСА ХГМУ	9
Абдурахмонзода Л.А., Шералиев Дж.Ш., Кодирзода М.А. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА К ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.	10
Холматова Х.К., Абдурахмонов У. Ж., Джафаров М.Ф. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	10
Абиров Г.Д. ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ СПАЙКИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ: НЕДООЦЕНЕННАЯ ПРИЧИНА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ.	11
Авалбоева Х.У., Ниезов Р.М., Эшпулатов К.Ш. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА.	11
Азаматов У.Р., Комилов Д.К. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ	12
Азамов И.И. ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА.	13
Азизов А.С., Асадов С.С., Джураев Б.Т. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	13
Азизова Ш.А., Убайдуллаев Х.Х. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ И КОСЫМ ВХОЖДЕНИЕМ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	14
Азимзода Ф.А. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ПЛОДА В ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗА 2020-2024 ГОДЫ.	14
Азимзода Ф.А., Хайтова Д.К., Икромов Д.З. ЧАСТОТА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА СРЕДИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ГОРОДА ДУШАНБЕ В 2020-2024годах.	15
Акрами П.С., Акрамова Б.Г., Ахмедова М.А. РОЛЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВПЧ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	16
Акрами П.С., Акрамова Б.Г., Мирзоева Ш.М. ОСОБЕННОСТИ ГОНАДОТРОПНОЙ И ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ) ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ...	16
Алиева И.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОНДРОМ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.	17
Аликулов А.К., Мирзоев Ш.Р., Муминова Ш.Б. НАҚШИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОЙ ДАР МУАЙЯН КАРДАНИ ТАКТИКАИ ТАБОБАТ	17
Алимардонзода А.А., Рустамзода Х.К., Зухуров Х.Д. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ОСЛОЖНЁННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ И ПЕЧЕНИ.	18
Алимардонова Х.Б., Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.	18
Алимов С.У., Идиев Н.М., Худойбердиев У.А. ЧРЕСКОЖНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИДАТИДНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ	19

Амидов И.Б., Сайдалиев Ш.Ш., Алимардонова Х.Б. ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ.....	19
Амиралии К.Х., Солиев О.Ф. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ.....	20
Амиралии К.Х., Солиев О.Ф. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ.....	20
Амроев А.У., Салимов К.Н., Бобомуродов Х.С. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СКЕЛЕТА В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ.....	21
Аннаев М.Б., Мухаббатов А.Д., Касиров С.Н. ФИБРОЗ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	21
Аннаев М.Б., Мухаббатов А.Д., Касиров С.Н. НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР У БОЛЬНЫХ ГЕМОРОЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	22
Аскаров Д.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА.....	22
Аскаров Д.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ПЕДИАТРИИ.....	23
Аскаров К.Ш., Давронов О.Д., Хидиров С.Р. ПРИЧИНЫ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСЛОКАЦИИ ЗАДНЕКАМЕРНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ.....	24
Аслиддинова Ё.А., Турахужаева М.М., Юлдошева О.Т. РАЗРАБОТКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕБОСКЛЕРООБЛИТЕРАЦИИ.....	24
Атоева Ш.О. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К КОНТРОЛЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	25
Атоева Ш.О. ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ ПРЕБЫВАНИЯ НА УЛИЦЕ И УРОВНЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ОСВЕЩЕНИЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МИОПИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	25
Атшабарова С.Ш., Абдуллаева Д.С. ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ И АНАТОМИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СЕТИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	26
Ахмаджонов А.В. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ.....	27
Ахмадзода М.А., Наджмиддинов З.Х., Ализода Г.А. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.....	27
Ахмедов А. Дж., Давлатов Ё.М., Назаров Х.С. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗГИБАТЕЛЬНО-ОТВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.....	28
Ахмедов А.Дж., Касирзода М.Д., Исаева Х.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	28
Ахмедов И.Ю., Каюмова А.Т., Шавкатова Ш.Ф. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	29
Ахмедов И.Ю., Каюмова А.Т. ПРЕНАТАЛЬНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ ПЛОДА.....	29
Ахмедова Г.М., Урунбаева М.Г., Наврузмамадова Ё.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АКВА МАРИС НОРМ ПРИ РИНИТЕ БЕРЕМЕННЫХ.....	30
Ахмедова Ф.О., Минхожиддинова М.У., Резяпова Д.Р. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ И ИСХОДОВ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА УРОВНЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА.....	30
Ахунжанов Б.З., Самадов Д.С., Сайфиддин Ходжи К.Ш. ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО УРОВНЯ МИКРОРНК (miRNA-21, miRNA-126) НА РАЗВИТИЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	31
Ашуров А.С.1, Сохибов Ш.М.2 РЕЗУЛЬТАТЫ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА СОСТАВА ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.....	31
Аюбов Дж.К. 1, Ганиев А.Э1., Амиркулов М.М2. СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ОБЛАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.....	32
Аюбов Дж.К. 1, Шарипов С.А1., Наджмуддинов С.С. 2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА.....	32
Аюбов Дж.К. 1, Вахобов И.А2., Мирзоев Д.А. 2 ОПЕРАЦИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.....	33
Бабаева Т.С., Шарипова Ф.Ф., Окилова М.С. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ LASIK В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	34

Байжигитов Н.И. ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ.....	34
Байрамова Л.Ш., Расулова И.А., Шихрагимов М.И. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАГНОИВШЕЙСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ.....	35
Барнакулов У.Х. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ У ДЕТЕЙ.....	35
Баротова С.Х., Муродова А.М., Исматуллоева Н.И. НАРУШЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	36
Барфиев А.А., Абдурасулов А.А. Абдурасулов А.А. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖОГОВЫХ РАНАХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	36
Барфиев А.Р., Абдурасулов Р.Н. ПРИМЕНЕНИЕ САНДОСТАТИНА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОГДЯК У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	37
Бахтиярова З.Д. КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ.....	37
Башкатов Д.А., Врабий А.А., Попов Г.И. АРТЕРИАЛЬНЫЙ ГОМОГРАФТ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ СИНТЕТИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО ПРОТЕЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ.....	38
Бегимкулова Г. РАЗВИТИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ.....	38
Белова К.А., Моисеев А.А., Крутиков А.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСКУТАННОЙ ОКСИМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	39
Бобоев М.Ш. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ.....	39
Бобоев М.Ш. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В НЕОНАТАЛЬНОМ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	40
Бобоев М.Ш. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ СИНДРОМЕ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	40
Бобчонова О.Б., Партоева Ш.С. ДИАБЕТИ ҚАНДИ ГЕСТАТЦИОНІ: ОМИЛҲОИ ХАВФ ВА ОҚИБАТҲОИ ПЕРИНАТАЛІ.....	41
Бобомурадов Б.М. ЛЕЧЕНИЕ РАЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГПОД.....	42
Болтаев С.С. ИММУННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	42
Болтаев С.С. РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ОКИСЛЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИНАМ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В РАЗВИТИИ РЕСТЕНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА.....	43
Ботиров Ф.И., Одинаева З.Б., Бобожонова З.М. ЛЕЧЕНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.....	43
Валиев Б.К., Отаев Ш.З., Мирзоев Ф. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	44
Валиева К. Э., Олимов И. Р., Бобоназаров М.Х. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НЕРВНЫХ СТЕЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	45
Валиева М.М., Умурзакова М.И., Айниева Т.Б. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ (КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	45
Вахидова Р.Р., Адылова Ф.Х., Муродов Ш.Д. ПРЕСБИАКУЗИС: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	46
Вориси А.А., Зухуров Х.Д., Хомидов А.Т. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ.....	46
Гайратов И.Т., Корчаев Т.М., Сайдалиев Ш.Ш. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.....	46
Галимзянов К.В., Загребина К.А., Халимова Р.А. ИСКУССТВЕННАЯ ГЕМОДИЛЮЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	48
Ганиев А.Э., Отаев Ш.З., Каюмов У.М. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА - РЕЗУЛЬТАТ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....	48
Гафоров А.А1., Шарипов М.М2., Рахимзода Ш.Ш. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕПТОПЛАСТИКА НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ.....	49
Гафоров А.А., Шарипов М.М., Холзода С.Х. ВЛИЯНИЕ СЕПТОПЛАСТИКИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА.....	49
Гафурзода С.М., Нарзиев Б.Х., Баротова С. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОБСТРУКЦИИ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА (ЛМС) ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ (ПП).....	50

Гафурзода Н.Г., Гафурова С.А. АДАПТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ: РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	51
Гафурзода Н.Г., Гафурова С.А. СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЧЕК.....	51
Гафуров А.А., Солиев М.Б. ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....	52
Гафуров М.М., Набиев Б.И., Бердиев Х. Т. ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СПЕРМАТОЗОИДОВ	52
Гафуров Ш.Ф. ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА ДИСТРАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНОГО СУСТАВА ЛЕДЬВЕДННОЙ КОСТИ КИСТИ.....	53
Гафурова Б. Ш., Мухаммадиев Ф.И., Бораджабов А.Б. ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	54
Гиесзода М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	54
Гиесзода М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	55
Давлатзода Х.Б., Умаров Э.А. НАТИЧАҶОИ ТАБОБАТИ ҶАРОҶИИ БЕМОРОН БО ШАКЛҶОИ ОРИЗАНОКИ АЛОИМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ	55
Давлатов Дж. Дж., Собиров Б.М., Сафарзода И.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ФОРМАМИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	56
Давлатов Дж. Дж., Мухаббатова А.Дж., Сафарзода И.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ПАРАПРОКТИТА.....	56
Давлатов Дж.Ё., Каримов П.Ш., Гайратов И.Т. РАДИКАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕРАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ.....	57
Давлатов Дж.Ё., Алимов С.У., Гайратов И. УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА.....	57
Давлатов Ё.М., Мираков Б.Т., Тоджикулов И.Ш. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗА СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА	58
Давлатов Ф.Р., Мухаббатова А.Д., Хусейнова Л.Н. МОРФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	58
Давлатов Ф.Р., Мухаббатова А.Д., Хусейнова Л.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	59
Давлатова З.К., Рахмонова М. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ АБОРТОВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ ТАДЖИКИСТАНА ЗА 2021–2024 ГОДЫ	60
Давлатова Т.Р., Курбонов А.У., Юлдошев У.Н. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА	60
Давлатшозода Д.Р., Облокулов А.А., Раҳимзода С.Р. ХУСУСИЯТҶОИ ХОСИ ТАШХИСИ ШУОИИ ОСЕБҶОИ ПАЙВАСТА	61
Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Киматов М.Р. ФИТОТЕРАПИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СИНЕХИЙ В ПОЛОСТИ НОСА	61
Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Шерматов З.Т. ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В РИНОХИРУРГИИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА	62
Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Давлатов С.С. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НОСА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	62
Деканова Х. Ш. ГИБРИДНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	63
Джабаров С.Н., Зокиров И.А., Аскарлов Ш.Т. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАДКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....	63
Джаборова Н.О., Абдусаматов К.А., Мусоев С.Ш. СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	64
Джаборова Н.О., Абдусаматов К.А., Салимов Ф.М. ПОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЛИЦА.	64
Джалилов Ф.П., Отаев Ш.З., Валиев Б.К. РОЛЬ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЙ И ЛАПАРОСТОМИИ В СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ И КОНТРОЛЬ ИСТОЧНИКА ПРИ ТРЕТИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	65
Джалилова С., Курбонова Ф., Асозода Ш. ПРИЧИНЫ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СООТВЕТСТВЕННО КЛАССИФИКАЦИИ PALM-SOEIN	66
Джалолов С.Р., Валиев К.К., Футуров Н.П. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССА ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	66

Джойлобов М.Р. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АМПУТАЦИОННОЙ КУЛЬТИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	67
Джойлобов М.Р. ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТИ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	67
Джумаев М.Н. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ	68
Дивлохчиев Дж. К., Нуров Х.С., Абдусаломзода С. СНИЖЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	69
Додихудоев Р.А., Холбеков А.М., Отаев Ш.З. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	69
Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З., Ганиев А.Э. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЁЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ	70
Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З., Холбеков А.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУБТОТАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ХОЛЕЦИСТИТА	71
Достиев У.А., Тагоев С.Х., Усмонов И.М. ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС КАК ФАКТОР РИСКА ИНФЕКЦИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.....	71
Достиев У.А., Тагоев С.Х., Ашуралиев Н.К. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	72
Достиев У.А., Тагоев С.Х., Косимов И.О. ВОЗВРАТНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЗ НАТИВНЫХ ПОЧЕК КАК ПРИЧИНА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	72
Достиева З.А., Салимова М.Дж., Гулов Ф.М. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	73
Дустмамадова Г.С., Курбонмамад Ш.Б., Бобоева Р. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....	74
Дустмамадова Г.С., Курбонмамад Ш.Б., Бобоева Р. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ И ВИТАМИНА D ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	74
Ёкубжанова К.Ш., Камилов Х.М. АКАНТАМЁБНЫЙ КЕРАТИТ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛОВУШКИ И ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	74
Жиеналиева А.К. СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПОСЛЕ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ: ПАТОГЕНЕЗ, ФАКТОРЫ РИСКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ	75
Забирзода Б.Б., Чалилзода З.А., Кодиров У.У. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	76
Зиёева М.С., Шарипов А.В., Неманова Ф.С. ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИРОВАНИИ РАКА ЖЕЛУДКА	76
Зиёзода М.Р., Фуркатзод Ф., Назарзода Н.Х. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИОД-ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНО БОЛЯЩЕЙ ГЛАУКОМОЙ ...	77
Зоирова Г.Х., Пирова С.К., Курбонмамад Ш.Б. ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	77
Зокиров И.А., Махмадалиев С.Ш, Аскарлов Ш.Т НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЗАДНЕГО КРАЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ	78
Зохир Нариман, Сайвалиева Ш.М. НАҚШИ ТАҒЙИРОТИ МОРФОЛОҒИ ВА ФУНКЦИОНАЛИИ ГАРДАНАКИ БАҶАДОН ДАР ЗАНОНИ ДОРОИ ВАЙРОНШАВИИ ДАВРАИ ҲАЙЗ	78
Зугуров А.Х.1,2, Ёров Ш.С.2, Рачабов Д.Р.1 ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА – НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	79
Зохидова Ш.У., Мамадова М.Ш., Собирова С.У. КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЁННОЙ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК.....	79
Зуфарова Л.У., Нортожиева Д.М. TORCH-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ: ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ.....	80
Ибадулаева В.Р., Сабзалиева Ш.У., Рашидзода Ф.Р. ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ.....	80
Ибадулаева В.Р., Сабзалиева Ш.У. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И СТРУКТУРА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ У ВЗРОСЛЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	82

Ибадулаева В.Р., Сабзалиева Ш.У., Нозири Н.Х. БИОМАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....	82
Ибодзода Х.И., Яхшибекова Ш.Дж., Назаров Ф.Д. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	83
Ибодуллоева Р., Зоирзода М., Кавракова Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАЛАВИТА (АМИНОДИГИДРОФТАЛАЗИНДИОНА НАТРИЯ) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ.....	83
Ибрагимов М.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ТИТАНОВЫМИ ЭЛАСТИЧНЫМИ СТЕРЖНЯМИ У ДЕТЕЙ.....	84
Игамбердиева З.У. ЦИФРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ И ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ.....	84
Игамова М.Ф., Курбонов А.У., Махмадов С.Х. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО.....	85
Идиев Н.М., Худойбердиев У.А., Алимов С.У. ИММУНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА.....	85
Идизода Ш.Х., Салимова З.Дж. СОЧЕТАНИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК.....	86
Икромова П.Ф. ГЕСТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	86
Икромова П.Ф. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	87
Исмаилова З.Э., Нозимов А.С., Алиев А.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ.....	88
Исмаилов М.Б., Хангомаи Салохиддин, Маърифати Зайниддин АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ.....	88
Исмонзода М.С., Хван И.Н. ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	89
Исраилов М.И., Сунатуллаева С.Т., Аминжанова М.Э. ИННОВАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ.....	89
Исуфов С.А., Солиев О.Ф., Салимов Ф.М. ТЕРМИЧЕСКАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАДИОЧАСТОТНОЙ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ.....	90
Исуфов С.А., Солиев О.Ф. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	90
Калжанов М.М. СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИЖИЗНЕННОСТИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МЯГКИЕ ТКАНИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА.....	91
Камолов Б. И., Шарифова Н.Б., Талабзода Х.М. УКРЫТИЕ ДЕФЕКТА ПЯТОЧНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСПОЗИЦИОННЫМ ЛОСКУТОМ.....	92
Камолов Ф.С. УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	92
Кариева М.З. ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ДИНАМИЧЕСКИМИ ШИНАМИ.....	93
Каримов А.А. ИНТЕРЛАМИНАРНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСКЭКТОМИЯ КАК МЕТОД МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ СПИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ.....	93
Каримов А.Б. ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ.....	94
Каримова М.К., Далери С., Холниёзов Ш.Ф. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ.....	94
Каримова М.Н. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	95
Каримова Ш.С., Бокиев Ф.Б. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЖИВОТА.....	95
Каримова Ш.С., Махмадкулова Н.А., Бокиев Ф.Б. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЖИВОТА.....	96
Касирзода М.Х., Абдуллозода С.К., Мухиддинов У.О. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНОВИАЛЬНОЙ КИСТОЙ ПОДКОЛЕННОЙ ОБЛАСТИ.....	97
Каттаходжаева Н. Д. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КЕРАТОКОНУСА: АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТОМОГРАФИИ РОГОВИЦЫ.....	98
Каюмов У.М., Отаев Ш.З., Ганиев А.Э. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ: ТРАДИЦИОННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ИЛИ «СТЕР ГЕРНИОПЛАСТИКА?».....	98
Киличева Г.Ж., Зухуржонова Р.В., Киличев Н.Ж. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЗАКРЫТИЯ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.....	99
Киматов М.Р., Вохидова Ш.Ф., Курбонова И.Ш. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРВЕНТИНА ПРИ ОСТРЫХ ФАРИНГИТАХ.....	99

Киргизбоева С.Г., Сафизода С.З., Юсупов Н.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, ВЛИЯНИЕ СЕПТОПЛАСТИКИ НА НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ И ОБОНЯНИЕ	100
Кодиров З.А., Кодиров А.Р., Раджабов Д.Р. ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩИХ ФОРМ СЛОНОВОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ПРИВЫЧНУЮ ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.....	100
Кодиров З.А., Кодиров А.Р., Рахмонов Ч.К. РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИМФООТТОКА ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ЛИМФЕДЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	101
Коробов А.А. ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ, И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИСХОДЫ.....	101
Косимов И.О., Муллоев И.Дж., Усмонов И.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ИМПЛАНТАЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ ТАЗОВОГО ДНА.....	102
Косимов И.О., Хамидов Ф.М., Усмонов И.М. ВЛИЯНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДВЗДОШНЫХ СОСУДОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА.....	102
Косимова Г.С., Шодмонходжаева Х.Н., Кодирова М.А. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ГИГИЕНЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	103
Косубаева А.Б., Амангелди А.Е. БИОПРОТЕЗЫ И ТКАНЕВАЯ ИНЖЕНЕРИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА	103
Куганов Б.С1., Куганов Ш.Б2. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ.....	104
Кудратов Ф.И., Тоирзода М.Р., Шарипов Ф. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШЕЙСЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ	104
Куллиев А.С., Мардонзода И.С., Авлоева Ф.Н. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ	105
Курашов Д.В. МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	105
Курбанова Г.Н., Исупова Ш.Ф., Рахматуллоева Ф.И. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРЕЗОМ И ПАРАЛИЧОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ СТРУМЭКТОМИИ.....	106
Курбанова Г. Х. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ У ПАЦИЕНТОК С РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ	106
Курбонзода Д.Р., Хусейнова Ш.С., Курбонбекова Ш. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	107
Курбонийн Ф.Ш., Сафарова З.Р., Курбонийн Ф.Р. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИНДРОМА «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ RPR-ТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИЯ.....	107
Курбонов А.У., Иброхимзода С.Дж., Игамова М.Ф., ДИАГНОСТИКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПЕЧЕНИ.....	108
Кутин Е.С., Попова А.О., Моисеенко А.А. ИНФРАКРАСНАЯ ТЕРМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ВАЗОМОТОРНОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИИ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А.....	108
Лоикзода Р., Абдуллоева М.Н. ВЫЯВЛЕНИЕ АДЕНОМИОЗА НА ФОНЕ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ	109
Лоикшозода М., Иматов К.К., Абдуллозода Х.Т. СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УЩЕМЛЕНИЯХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	110
Лутфуллаев Х.З. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	110
Лямзин А.В. БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ И КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЮНОШЕЙ АСТЕНИЧЕСКОГО СОМАТОТИПА	111
Мавлонов М.А., Курбанова И.Ш., Шехалиев И.А. МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ЕЁ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ.....	111
Мавлонов М.А., Нарзуллаева Н.Дж., Мирзалиева Н.Х. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА... ..	112
Мавлонов М.А., Назриев С.Б., Бобоназаров М.И. ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	113
Мавлонов М.А., Назриева М.В., Бобоназаров М.И. ДИАГНОСТИКА И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ.....	114
Мадазимов Э.С., Абдусаматов К.А., Нейматзода О. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ТРОМБОАСПИРАЦИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИЯХ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	114
Мамаджонов И., Исакова Х.О., Абдурасулов Р.Н. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	115

Мамаджонов И.А., Холов Д.Д., Холикова Н.Э. ВЛИЯНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ НА РИСК ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	115
Мамаджонов И.А., Абдурасулов Р.Н., Исакова Х.О. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	116
Мамаджонов И.А., Холикова Н.Э., Барфиев А.А. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	116
Мамалиев Р.А., Отамуродова Д.У., Аббосова М.Р. ПРЕИМУЩЕСТВА МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТУБАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ.....	117
Маматов У.У. ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ РЕВИЗИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ПУЧКОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	117
Мардонзода И.С., Холикзода М.Ф., Мухибова Ё.Ш. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ЭПИТИМПАНИТА	118
Маткурбонов Н.О. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛЫ SECS (CYSTIC ESCHINOCOCCOSIS COMPLICATION SCORE) ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.....	118
Матякубов М.Н., Бабаханова Д.М. ИМПЛАНТАЦИОННО-АССИСТИРОВАННАЯ РЕАНИМАЦИЯ ВЕК ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ЛАГОФТАЛЬМЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	118
Махкамова Ш.Б., Ахмедова Н.А., Бозорова З.М. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ.....	119
Махмадалиев С.Ш., Зокиров И.А., Джабаров С.Н. НАША ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕНИКА	120
Махмадалиева Т.А., Марупова О.Х., Файзуллоев М.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ОРДИНАТОРОВ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ.....	120
Махмадсаидзода Ф. М., Давлатова О. А., Кабирова С. Ф. МИОМА МАТКИ: ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	121
Махмудов М., Нарбабаев У.Х., Бустонова С.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СРЕДНЕГО ОТИТА	121
Махмудов М.М., Қаландаров У.Ш., Нарбабаев У.Х. КАЧШАВИИ МИЁНАДЕВОРИ БИНИ.....	122
Махмадалиев Р.Г., Рашидзода З.С., Раджабов О.Дж. МЕТОДЫ ОСТЕОСИНТЕЗА И СРОКИ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	122
Маърифати З., Исматуллоева М.Б., Маруфзода Н. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ЖЕНЩИН С ИЗБЫТКОМ АНДРОГЕНОВ.....	123
Медведева С.О. ПЕРЕХОД К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ АППАРАТНОЙ МПМР/УЗ-ФЬЮЖН БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СТРАТИФИЦИРОВАННЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 322 ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРОЕНИЕМ МОДЕЛИ SNAIL....	123
Мельникова К.Ю., Кчибекова М.Э. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ОЖОГОВЫХ РАНАХ	124
Менгпулодзода Ф.Р., Сафарова М.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ГЕМОРРОЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА.....	124
Меҳранғези М., Раҳматзода Д.Қ., Чалолова М.Н. УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОЙ ДАР СКЛЕРОЗИ ПАҲНШУДА	125
Мингтураев А.Ш. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН	126
Мингтураев А.Ш. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН	126
Мирзоашрафова Ф.К., Аннаев М.Б., Сафолова Ф.М. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВНОЙ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ	126
Мирзоашрафова Ф.К., Аннаев М.Б., Сафолова Ф.М. ИММУННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ РЕЦИДИВНОЙ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ	127
Мирзоев М., Орифова Г.Х. ФАРИНГИТЫ И ЛАРИНГИТЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ	128
Мирзоева М.Дж. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ.....	128
Мирзоева Н.Д., Хусейнова Л.Н., Давлатов Д.Д. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕДНИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН	129
Мирзоева Н.Д., Хусейнова Л.Н., Давлатов Д.Д. ЧАСТОТА ПЕРЕДНИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН.....	129
Мирзоева Х.М., Курбон Д., Назарова Н. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА	130

Мирзоева Ш.М., Мамадалиева Т.А., Аль-Озаби Абдулла Валид ВИТАМИН D КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	131
Мирзозода А.А., Идизода Э.Х., Бустонова С.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ	131
Мирзозода Г.С. ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТКОВИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ	132
Мирмухаммедов Н.Дж., Аззамов Ж.А., Норматов А.У. РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	132
Мукимов Ш.Дж., Шарифзода Х., Вахобова П.Х. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	133
Мулдашева Н.Г., Масленников И.В. КОРРЕКЦИЯ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ПРЕПАРАТОМ ДИХЛОРАЦЕТАТА НАТРИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ	134
Муллоев И.Дж., Хамидов Ф.М., Усмонов И.М. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ДОБАВОЧНЫХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	134
Муллоев И.Дж., Усмонов И.М., Косимов И.О. ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАЦИЙ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	135
Муллоев И.Дж., Усмонов И.М., Хамидов Ф.М. ОПТИМИЗАЦИЯ СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СОСУДОВ	135
Муминзода Дж.Дж., Давлатзода Д.М., Махматзода С.Р. ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	136
Муминзода Ч.Ч., Холов И.Ш., Халтачев Р.Н. ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	136
Муродов Ш.Д., Юсупов А.А., Азамова С.Ч. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАГЛОТОЧНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ	137
Муродов Ш.Д., Махаммадиев А.А., Давронзода М.Д. ДИНАМИКА ОБЩЕГО IGE У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	137
Муродов Ш.Д., Давронзода М.Д., Назаров З.Х. НАТИҶАҶОИ КЛИНИКӢ ВА ЭНДОСКОПИИ БЕМОРОН БО ҚАҶШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИҶӢ ВА РИНИТИ АЛЛЕРГИКӢ ПАС АЗ ТАБОБАТИ МАҶМУӢ	138
Мусаева М.Ш. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ЭНДОМЕТРИЯ	139
Мусоев С.Ш., Файзиев З.Ш., Олими М.О., ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	139
Мусоев С.Ш., Назриева Ш.Н., Ҳакимзода Б. ОДНОМОМЕНТНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ	140
Мусоев С.Ш., Юлдошева Х.Т., Бокиев Ф.Б. ОДНОМОМЕНТНАЯ КРУРОРАФИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГПОД	141
Мухаббатов А.Д., Касиров С.Н., Аннаев М.Б. ВЛИЯНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ НА ФУНКЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ	142
Мухаббатов А.Д., Касиров С.Н., Аннаев М.Б. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КАК МОДИФИКАТОР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	142
Мухаббатов А.Дж., Давлатов Дж.Дж., Аннаев М.Б.1. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	143
Мухаббатов Х.Дж., Садулоев А.М.1., Аминов З.А. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СИМПТОМОВ НАКОПЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	143
Мухаббатов Х.Дж.1., Аминов З.А. 2, Садулоев А.М. 1 АНАЛИТИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ОПРОСНЫХ МЕТОДИК ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЁТОМ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ	144
Мухаббатов Х.Дж.1., Садулоев А.М.1., Гафуров М.М.2. ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА КРОВИ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	145
Мухаммадиева С.М. ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАТЕРАЛЬНОЙ СУСПЕНЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ АПИКАЛЬНЫХ ПРОЛАПСОВ	145

Набиев Б.И., Олимов О.З., Гафуров М.М. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕНОЗНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ НА БАЗЕ ГУ «РНКЦУ»	146
Набиев Б.И., Олимов О.З., Гафуров М.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	146
Набиев Д.Б., Сайфуллоев Б.С., Махмадкулова Н.А. ХИРУРГИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА	148
Наврузова Ф.Л., Риоева Н.Д., Хасанов М.М. ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА ДЕКАСАН В ВИДЕ АЭРОЗОЛИ ПРИ ОСТРОМ ФАРИНГИТЕ	148
Наджмудинов С.С., Норов Н.Х., Ташрифов Б.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	149
Наджмудинова З.Р., Самандарова Г.Ф. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ	149
Нажиматдинова Ш. Б. ПРЕЭКЛАМПСИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ: АНАЛИЗ ПРИЧИН И СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ.....	150
Нажмидинов Х.Н., Шукуров Д.А., Абдуллозода Н.Х. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	150
Нажмидинов Х.Н., Абдуллозода Н.Х., Гадозода А.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ НА ФОНЕ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК.....	150
Нажмидинов Х.Н. ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПОЧЕК	151
Назаралиев Э.Д. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ	152
Назаров И.Х.1,3, Нигматов Дж.И.3 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЁННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ	152
Назаров И.Х.1,3, Нигматов Дж.И.3 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ МНОГООСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	153
Назаров П.Х., Холов Д.Д. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОСУДОВ ПЕЧЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	153
Назаров П.Х., Холов Д.Д. ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ТРАНСПЛАНТАТА	154
Назаров П.Х., Холов Д.Д. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ ПЕЧЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	154
Назарова А.Р., Шербатадова А.А., Саидова А.Н. ЧАСТОТА И СТЕПЕНИ ГИПОВИТАМИНОЗА D У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	155
Назарова К.К. ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ	155
Назарова С.И., Аскарлова Н.А., Махмадалиев С.Ш. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ	156
Назриева М.В., Абдуллоева Ф.Р., Бобоназаров М.И. ХАРАКТЕР ДЕФОРМАЦИИ КОСТЕЙ ТАЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ТРАВМЕ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ.....	156
Назриева М.В., Нозилов С.К., Бобоназаров М.И. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	157
Назриева М.В., Бахриев И.И., Бобоназаров М.И. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УТОПЛЕНИЯ.....	157
Намозова З.С. ЭКСТРЕННОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН: ФАКТОРЫ РИСКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ.....	158
Нарзиев Б.Х1., Музаффарзода Х.М1., Вазиров А.М2. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ВАРИКОЦЕЛЕ.....	158
Нарзиев Б.Х1., Музаффарзода Х.М1., Вазиров А.М2. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ВАРИКОЦЕЛЕ.....	159
Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Хушвахтов У.М. РОЛЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ У МУЖЧИН С ВАРИКОЦЕЛЕ.	160
Нарзикулова К.И., Мухтарова М.Ф., Ибрагимова Л.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИ-VEGF ТЕРАПИИ ПРИ МИОПИЧЕСКОЙ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕЖИМА «TREAT-AND-EXTEND».....	160
Насимзода М.Д., Саломова М.М., Холикова Н.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГАЛЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ	161
Насриддинзода Б., Мухиддинов З.В., Шаропова М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЭМФИЗЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ	161

Насридинов Х.Н., Рахмонов Б.А., Коситов Д.Д. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ.....	162
Насруллоев А.Ф., Қурбонов А.У., Абдурахмонов У.Дж. КТ- И МРТ-КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	162
Негматов С.З., Парпиев Ф.М. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	163
Негматов С.З., Хакимов Х.Дж., Нодирзода Р., РОЛЬ РАННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	163
Негматов С.З., Албдулхайров А.Н., Пулодов Д.Б. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	164
Негматова Б.М., Охунова Ш.М., Салиева С.Р. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА У ДЕТЕЙ.....	165
Негматулоева Н.Р., Сайдалиева М.И., Мирзоева Т.Ф. БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА	165
Низамитдинова Ш.Дж., Аззамов Ж.А., Норматов А.У. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.....	166
Низамитдинова Ш.Дж., Аззамов Ж.А., Норматов А.У. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.....	166
Никишина В.Ю. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРУДНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТА С ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМОЙ ГОРТАНИ	167
Никонова Л.Г., Большухин Г.В., Бочин В.В. МОРФОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СИНДРОМЕ БЛАНДА-УАЙТА-ГАРЛАНДА.....	168
Нозири Н.Х., Сабзалиева Ш.У., Рахмонов Н.Д. СТРУКТУРА ОЖОГОВ ГЛАЗА СРЕДИ ТРАВМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	168
Нозири Н.Х., Ибадулаева В.Р., Рахимова З.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ В ЗАМЕДЛЕНИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ	169
Нуриддинова М.М. ПСЕВДОАХАЛАЗИЯ НА ФОНЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПИЩЕВОДА: КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ПРИЧИНУ?.....	169
Нуридинзода Н.Н., Алиева З.Дж., Вориси Т.А. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА	170
Нуритдинзода М.Р., Хушкадамова О.Х. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ	170
Нуритдинзода М.Р., Хушкадамова О.Х. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОЭМЕТОГЕННЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ.....	171
Нурова М.Д., Киматов М.Р., Бобосафарова М.А. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И НОСОВЫХ РАКОВИН	172
Нурхонов Д.Н., Акрамов С.М., Саидхонзода С.Р. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ	172
Одилов О.Д., Гулахмадова Ш.Б., Назарзода Н.Х. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ РОГОВИЦЫ	173
Одилов А.А., Джураев Р.Ш., Холалиев А.А. КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	173
Одинаев Б.А., Зубайдов Т.У., Зокиров Р.А. АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	174
Одинаев Б.А., Зубайдов Т.У., Зокиров Р.А. АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	174
Одинаев Б.А., Сатторов К.Г., Абдурахманов М.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРОТРАВМ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ОТ БЫТОВОЙ ЭЛЕКТРОСЕТИ	175
Одинаев Б.А., Сатторов К.Г., Абдурахманов М.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРОТРАВМ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ОТ БЫТОВОЙ ЭЛЕКТРОСЕТИ	175
Одинаев Ш.М., Рачабов Д.Р., Саодатов Ш. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ	176
Одинаев Ш.М., Рачабов Д.Р., Солиев О.Ф. ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЦРБ РАЙОНА ДЕВАШТИЧ.....	176
Окилова М.С., Хошимов М.Н., Шукронаи Дж. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ГЛАУКОМНОГО ДИСПАНСЕРА.	177
Олимжонова Ф.О. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА	178

Олимов О.З., Набиев Б.И., Саидов О. ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН.....	178
Олимов О.З., Набиев Б.И., Саидов О. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭНДОКРИННОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ СХЕМ НАЗНАЧЕНИЯ КАБЕРГОЛИНА И КЛОМИФЕНА ЦИТРАТА.....	179
Олимов О.З., Набиев Б.И., Саидов О. ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СМЕШАННОЙ АНТИГЛОБУЛИНОВОЙ РЕАКЦИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ИНФЕРТИЛЬНОСТИ НА БАЗЕ.....	179
Олимова А.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПОТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА.....	180
Олимова Ф.З., Юлдошева М.У. ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ФЕТАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....	180
Олимова Ф.З., Зиедалиева Г.Ф. РОДОВОЙ ПРОЦЕСС И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....	181
Орифов М.Б1., Юлдошев У.Р., Джураев А.М. ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	182
Орифов М.Б1., Юлдошев У. Р1., Джураев А. М2. НЕКОТОРЫЕ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	182
Орифов М.Б1., Юлдошев У. Р1., Джураев А.М. СОСТОЯНИЕ ИМУНИТЕТА У ЖЕНЩИН РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКСПРЕССИИ Her-2/neu.....	183
Остонаева О.М., Мусоев С.Ш. ТРУБНАЯ ФОРМА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ.....	184
Отаев Ш.З., Додихудоев Р.А., Холбеков А.М. КОРРЕКЦИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК ОСНОВНОГО КОМПОНЕНТА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	184
Отаев Ш.З., Валиев Б.К., Додихудоев Р.А. РОЛЬ pH-МЕТРИИ ЭКССУДАТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ВЫЯВЛЕНИИ И КОРРЕКЦИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	185
Отаев Ш.З., Абдурахмонзода Л.А., Эрадж Дж.П. РОЛЬ ИММУНОКОРРЕКЦИИ КАК КЛЮЧЕВОГО ФАКТОРА В ЛЕЧЕНИИ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА.....	186
Отахонов Ф.Х., Ализода Г.А., Абдулов М.А. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ПОЛОСТИ НОСА.....	186
Отахонов Ф.Х., Зарипова Н.С., Ализода Г.А. ЛОР- ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОР- ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	187
Отахонов Ф.Х., Рахматов П.А., Орифов Х.Дж. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ.....	187
Охунова Ш.М., Негматова Б.М., Рахимова Н.Т. АНАЛИЗ РАННИХ ВИЗУАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ FEMTO-LASIK.....	188
Попова А.О., Кутин Е.С., Моисеенко А.А. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИФАЗНЫХ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СШИВКИ НА ПРОЦЕССЫ НЕОКОЛЛАГЕНОГЕНЕЗА КОЖИ.....	188
Пулатова С.В. СПЕЦИФИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ РАЗВИТИЕМ ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ.....	189
Равшанов Ш.У. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ВОСХОДЯЩЕМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ.....	189
Раджабзода Н.Ф. ИЗМЕНЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ОСТАНОВКЕ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	190
Раджабзода Н.Ф. ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ПРИВЕДШИХ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	191
Абдурахмонов У.Ж., Раджабзода С.М., Давлатова М.П. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОСТНОГО ВОЗРАСТА.....	191
Раджабова С.Ш., Валиева К.Э. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	192
Рамков А.Г. ВЛИЯНИЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА БИОИМПЕДАНСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТКАНЕЙ И НА ПРОЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	192
Рауфов Ф.М. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ОНКОЛОГИИ.....	193
Рауфов Ф.М. ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ.....	193
Рахимзода Ш.Ш., Шерматов З.Т., Пиров К.М. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМ ЛОР-ОРГАНОВ.....	194
Рахимзода Ш.Ш., Саидова Ф.Ф., Рачабзода У.М. СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАВМ НОСА.....	194
Рахимзода У.И., Самадова М.Х. ГЕСТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО.....	195
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....	195

Рахимов Х.С., Мамадаминава Х.Х., Одинаев Б.А. КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОТРАВМ	196
Рахимов Х.С., Мамадаминава Х.Х., Одинаев Б.А. КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОТРАВМ	196
Рахимова Н.Т., Саъдуллоева Б.Х., Рахимова Б.А. КОРРЕКЦИЯ МИОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АМБЛИОПИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ.....	197
Рахимова Х.А., Низомова Л.Ш., Саидова А.Н. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В СТАДИРОВАНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.....	197
Чафаров М.Ф., Рахматзода Д.Ч., Холикулова Х.Х. ОМУЗИШИ АҲАММИЯТИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОИ ДАР ТАШХИСИ САРАТОНИ ПАНКОСТ	198
Рахматов Б.Н. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ.....	198
Рахматуллоева М.Ф., Лигаи З. МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ.....	198
Рахматуллоева М.Ф., Махмадкулова Н.А., Лигаи З. МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ	199
Рахматуллоева Ф.И. ВЛИЯНИЕ АНЕМИЙ НА РАЗВИТИЕ АТРОФИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА.....	200
Рахматуллоева Ф.И., Хасанова С.А., Гурезова М.Ф. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА	200
Рахматуллоева Ф.И., Курбанова Г.Н. ГОЛОСОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	200
Рахмонзода Ф.Р., Шерхонова Г.Дж. ДИНАМИКА И ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В РЕГИОНЕ	201
Рахмонов У.Х., Насридинов Х.Н., Бердиев М.Р. ОПТИМИЗИРОВАТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА.....	201
Рашидзода Ф.Р., Шарипова Ф.Ф., Зиёзода М.Р. ОЦЕНКА РАЗЛИЧИЙ РЕФРАКЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦИКЛОПЛЕГИИ И БЕЗ НЕЁ	202
Рашидзода Ф.Р., Шарипова Ф.Ф., Салиева С.Р. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКВОЗНОЙ КЕРАТОПЛАСТИКИ	203
Розиев Ф.А., Кулиев А.С., Авлоева Ф.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	203
Розикзода Л.А., Давронзода М.Д., Рахимзода Ш.Ш. РАЗНОВИДНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ЕЁ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ.....	204
Розикзода Л.А., Рахимзода Ш.Ш., Исмаилова З.Э. ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА.....	205
Розикова Ш.М., Кочев Б.Б., Ганиев И.С. ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ЖЕЛУДКА	205
Рузиев М.Р., Нематова М.Ю., Шарипов М.М. ЗНАЧЕНИЕ КТ-ГЕРНИОАБДОМЕНОМЕТРИИ В ВЫБОРЕ СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ.....	206
Руснак М.В., Тургель В.А., Тайц Д.Б. ФЛЕБОГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ГЛАУКОМА ПРИ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОМ СОУСТЬЕ.....	206
Рустамкулова Г.Ш., Мелибоев Ш.Б., Рустамкулова З.Ш. ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ И ЕЁ ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	207
Рустамкулова З.Ш., Бутаева Ш.М., Сафаргули З. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАПОРОВ У ЖЕНЩИН	207
Садиров В.З., Салимзода М.М., Тагоев С.Н. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ	208
Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж., Аминов З.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ.....	208
Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж., Гафуров М.М. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН.....	209
Саидали Н.А., Олимова Ф.З., Бобоева Ш.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	209
Саидов Д.Х., Одинаев О.Ш., Зайнидинзода С.И. ПРИМЕНЕНИЕ СПРЕЯ «АКВАЛОР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ	210
Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Давлатов С.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО РИНОСИНСИТА.....	211
Саидов Д.Х., Киматов М.Р., Давлатов С.С. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «РИНАЛЕР» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	211
Саидов Д.Х., Қиматов М.Р., Одинаев А.С. АРЗЁБИИ СИФАТИ ҲАЁТИ БЕМОРОН ҲАНГОМИ РИНИТИ АЛЛЕРГӢ ЗИМНИ АНКЕТАГУЗАРОНӢ.....	212

Саидова А.Н., Нурова Н.Р., Сафарова С.Б. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ДОРООВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.	212
Саидова М.С., Назирова Ф.М., Сафарзода И.С. ИНТЕГРИРОВАННАЯ КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	213
Саидова Ф.Ф., Рахимзода Ш.Ш., Урунбаева М.Г. ЧАСТОТА ЛОР-ПАТОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА.....	214
Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА.....	214
Сайфзода П.Б1., Коситов Д.Д., Саъдиев С.А.. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: ДИАГНОСТИКА И ПРОСПЕКТИВА ЕЁ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	216
Салиева С.Р., Одилов О.Д., Охунова Ш.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО БЛЕФАРОФИМОЗА У ДЕТЕЙ	216
Насруллоев А.Ф., Исроилзода М.Д., Солихов Ф. С. МРТ УЗЛОВОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ В ПЕРЕХОДНОЙ ЗОНЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	217
Сангинов А.Р., Хамроев К.Б. ОСЛОЖНЁННЫЕ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ	217
Сатаев А.Е. РУТИННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ САРКОПИИ КАК ПРЕДИКТОРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	218
Сатдилов К.А., Юлдашева З.Б., Суюнов А.Т. ЗНАЧЕНИЕ ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	218
Сатторов А.Г., Мирмадов П.М., Айниев С.Б. «ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ»	219
Сафарова М.М., Менгпулодзода Ф.Р. ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	219
Шарипов Ч.Х., Туракулов Б.Ё., Сафолова М.А. НАҚШИ ТАШХИСИ УСУЛҲОИ УЛТРАСАДО ВА ФИСТУЛОГРАФИЯ	220
Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х., Туразода М.С. ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	220
Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х., Туразода М.С. КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА.....	221
Саъдуллаева Ш.М. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ.....	221
Сердюкова А. М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА	222
Сердюкова А. М. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В МОДИФИКАЦИИ ПФАННЕНШТИЛЯ.....	222
Сиддилов И.И., Нейматзода О. ФИО Эрадж ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИЕЙ	223
Сидиков М.П., Сидиков О.П. ЛАПАРОСКОПИЯ КАК НОВАЯ ПРИЧИНА ЯТРОГЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ.....	223
Сидиков А.Ш., Нажмидинов Х.Н., Гадозода А.М. ВЛИЯНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ НА ПАРАМЕТРЫ ЭЯКУЛЯТА У ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ.....	224
Скакун П.В. МУЛЬТИФАКТОРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДВС-СИНДРОМА В ПЕРИОДЕ ТОКСЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ОЖОГАМИ.....	224
Собирзода М.Э., Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л. АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ .	225
Собирзода М.Э., Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л. ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ.....	225
Солехов А.С., Джуроева Н. Х., Солихов Р. Дж. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН СТОПЫ	226
Солиева Н.О. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА УРОВНЕЙ ММП-8, ММП-9 И ТИМП-1	226
Солиева Н.О. АЛГОРИТМ ОТБОРА НА КОМБИНИРОВАННОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА.....	227
Солихов Р. Дж. ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	227

Сохибов А.А., Холниёзов Ш.Ф., Далери С. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ	228
Султанов А.Р. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ.....	228
Султанов Т.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ АНАЛЬНОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТАЛЬНОЙ УЛЬТРАКОРОТКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ	229
Султанов Э.Д. ЦЕРЕБРО ВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ.....	230
Султонов Р.Б., Корчаев Т.М., Сайдалиев Ш.Ш. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	230
Султонов Х.К. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	231
Султонов Х.К. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	231
Суюшев С.З., Солиев О.Ф., Исупов С. КОМПЛЕКСНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВАРИКОЗНЫХ ПРИТОКОВ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ.....	232
Суяров О.Х., Облокуллов А. А., Рахимзода С.Р. МУАЯНСОЗИИ САНГҲОИ НАЙЧАИ ШОШАРАВ БО ЁРИИ ТОМОГРАФИЯИ КОМПЮТЕРӢ.....	232
Тагоев Ш.П., Айниев С.Б., Содирджонова Ш.А. ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ	233
Темурова Ф.Х. ВНУТРИПРОТОВАЯ ПАПИЛЛОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	233
Теребаев Б.А., Нематов А.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.....	234
Тожов С.Б., Абдуррахмонзода Л.А., Отаев Ш.З. ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ	234
Туразода М.С., Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х. КЛИНИКО-ПСИХИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТРА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ.....	235
Туразода М.С., Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ РЕЦИДИВНОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТРА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	235
Ульмасов Ш.Ш., Бустонова С.М., Рахмонов С.У. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН	236
Умарализода С.А., Ахмеджанова А.Д., Назаров З.Х. САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ “УРЕСУЛТАН” ДАР ДАВРАИ ПАС АЗ ҶАРОҲИИ ОМОСҲОИ НЕКСИФАТИ ХАНҶАРА.....	236
Урунбаева М.Г., Саидова Ф.Ф., Ахмедова Г.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУГОУХОСТИ	237
Урунбаева М.Г. СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЛОР – ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	238
Урунбаева М.Г., Ходиева А.А., Аминзода Х.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПРЕЯ «ДАГЕКСИДИН» ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛОАДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ.....	238
Усманова Н.А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	239
Фарзонаи И., Додихудоев Р.А., Холматов А.П. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	239
Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А. МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ	240
Фарзонаи И., Додихудоев Р.А., Нуралиев Ш.С. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА	240
Фахриддинзода У.Ш., Сироджов С.М., Урунбоев А.Э. ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО ШУНТА ПО БЛЕЛОК-ТАУССИГУ ПРИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА.....	241
Фахриддинов М.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	241
Фахриддинов М.Б. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	242
Фозилжон-зода М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ	242
Фуркатзод Ф., Тураев Ф.С., Бобозода Ф.О. ГЛАЗНЫЕ ТРАВМЫ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ У ВЗРОСЛЫХ: ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ИСХОДЫ	243
Фуркатзод Ф., Рахмонзода Х.Дж., Салимзода А.Х. ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	243

Фуркатзод Ф., Шарипова Ф.Ф., Назарзода Н.Х. ВЛИЯНИЕ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ДИОД-ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЯЩЕЙ ГЛАУКОМОЙ	244
Фурухов И.Ё., Абдурахимзода Ш.Р., Хамроев М.Ф. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ШЕЙНЫХ РЁБЕР У СТУДЕНТОК II КУРСА ХАТЛОНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ХГМУ).....	244
Фурухов И.Ё., Амирализода Ф.Р., Валиев А. К. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕДИАЛЬНОГО ЭПИКАНТУСА СРЕДИ СТУДЕНТОК ХГМУ	245
Футуров Н.П., Ризоев Дж.Т., Абдуллоев Б.З. НАРУШЕНИЯ ЭЯКУЛЯТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ И КАЧЕСТВО СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ.....	245
Хайдаров М.М., Махмадкулова Н.А., Туробов С.Б. УСТРАНЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	246
Хайдарова Ф.А. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ	247
Хакназарова Ф.Х., Назирова Г.О., Сафарова С.Б. ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС- КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЁННОГО ПУТЁМ ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗ	247
Халимзода М., Саидова С., Мадисоева М. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОТУЛИЗМА В РАЙОНЕ ДАНГАРА	248
Халтачев Р. Н., Джураева Н.Х., Холов И.Ш. ВЛИЯНИЕ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНОВ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ НА ОПЕРАЦИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	248
Халтачев Р.Н., Муминзода Ч.Ч., Солехов А.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	249
Хамдамов А.И. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	249
Хамидова Ф.Х., Камилова М.Я., Ишан – Ходжаева Ф. Р. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК	249
Хамроев М.Ф. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ШИРОКИХ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СТЫГИВАЮЩИХ РУБЦОВ.....	250
Хамроев М.Ф., Абдурахимзода Ш., Шарифова Н.Б. ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ ПО СХЕМАМ ЛИМБЕРГА И ДЮФЕРМЕНТАЛЯ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ И РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА.....	251
Хамрокулзода Ф., Хасанов М.М., Риоева Н.С. ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ.....	251
Хамрокулов Х.М. НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ.....	252
Хасанова З.М., Алиева Н.А., Рахимова Н.Т. РОЛЬ УСЛОВИЙ ОСВЕЩЁННОСТИ УЧЕБНОЙ И БЫТОВОЙ СРЕДЫ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	252
Хасанова З.М., Рахимова Н.Т., Бабаева Т.С. ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ЗРИТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК	253
Хасанова М.Р., Юсупов А.А., Гурезова М.Ф. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА У ВОКАЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ: ФОНИАТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ	253
Хасанова Н. М. ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.....	254
Хасанова С.А., Муродова П.Ф., Курбанова Г.Н. ГИПОТОНУСНАЯ ДИСФОНΙΑ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ.....	254
Хикматов М.Н., Шаропов Д.Б. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ОРБИТЫ И ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА	255
Хоҷаев Р.А. ПЕШГИРИИ СИНДРОМИ НЕЙРОДИСТРОФИИ ПОСТТРАВМАТИКИИ ЗУДЕК ҲАНГОМИ ШИКАСТИ ҚИСМИ ДИСТАЛИИ УСТУХОНИ СОИД ДАР ЗАНОНИ БИСЁРТАВАЛЛУДҚАРДА БО ОСТЕОПОРОЗИ МЕНОПАУЗАЛӢ	255
Ходжиева Р.Х., Сафарзода И.С. ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	256
Ходжиева Р.Х., Сафарзода И.С. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ФОРМЫ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	257
Холбеков А.М., Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПНОГО МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (STEP-UP APPROACH) У ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	257
Холбеков А.М., Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	258

Холикзода М.Ф., Пулодзода Г., Муслимов А. ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ НАМУДҶОИ ПАСТШУНАВОИ ДАР БЕМОРОНИ ГИТРИФТОРИ ОТИТИ МУЗМИНИ МИЁНАИ ФАСОДНОК.....	258
Холматов А.П., Додихудоев Р.А., Фарзонаи И., КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	259
Холматова Х.К., Абдурахмонов У.Ж. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С КЛИНИЧЕСКИМИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	259
Холниёзов Ш.Ф., Далери С., Гуломов Ф.М. ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ	260
Холов А. Д., Якубова А.А., Парпиев Т.Р. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ЗА 2025 ГОД В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ.....	260
Холов А.Д., Якубова А.А., Зухуров М.М. ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЖЕЛУДОЧНОГО ТРИХОБЕЗОАРА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	261
Холов Д.Д., Барфиев А.А., Абдурасулов Р.Н. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	261
Холов Д.Д., Исакова Х.О., Холикова Н.Э. РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ (IL-6, CRP) В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	262
Холов Д.Д., Абдурасулов А.А., Мамаджонов И.А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВОВ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	262
Холов И.Ш., Солехов А.С., Мансуров М. Х. ПЛАСТИКА ЛИХТЕНШТЕЙНА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	263
Холов И.Ш., Хочияи М., Халтачев Р.Н. СИСТЕМНЫЕ СОСУДИСТЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЙ	263
Холов И.Ш., Солихов Р.Ч., Шоев М.А. БАХОДИҶӢ ХУСУСИЯТҶОИ ТОПОГРАФО АНАТОМИИ САБАБҶОИ ГУЗАРИШ ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСЕКТОМИЯИ ЛАПАРОСКАПӢ ДАР БЕМОРОНИ ХОЛЕСИТИТИ ШАДИДИ САНГДОН	264
Хомидов Х.А., Абдуллаев А., Хомидов А.Т. СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ БОЛЬШОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА.....	264
Хоркашев Ф.М., Нозимов Ф.Х., Расулова С.И. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ.....	265
Хоркашев Ф.М., Нозимов Ф.Х., Расулова С.И. ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ.....	266
Хотамов Ш.О., Косимов А.Х., Сабзалиева Ш.У. ОДНОМОМЕНТНОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ХРУСТАЛИКА И ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА	266
Худойбердиев У.А., Алимов С.У., Идиев Н.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	267
Хукумзода М.З., Рахимзода Ш.Ш., Норов К.К. ВЛИЯНИЕ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА	268
Хукумзода М.З., Давронзода М.Д., Рахимзода Ш.Ш. РОЛЬ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ В ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВЫХ ТРУБ	268
Хусейнова Л.Н., Мирзоева Н.Д., Давлатов Д.Д. ЧАСТОТА И ФОРМЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ	269
Хусейнова Л.Н., Мирзоева Н.Д., Давлатов Д.Д. ТИПЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	270
Хушвахтов У.М., Рашидов Б.Ч., Нарзиев Б.Х. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ.	270
Хушвахтов У.М., Нажмидинов Х.Н., Амиршоев Н.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ.....	271
Хушвахтов У.М. Рашидов Б.Ч., Амиршоев Н.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИДРОЦЕЛЕ	271
Хушкадамова Г.З., Бабаева Т.С., Рахимова Н.Т. КЛИНИКО-ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	272
Хушкадамова Г.З., Нарзуллоев М.Ч., Чафарова Ш.Н. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БЛЕФАРИТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: РОЛЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	272
Хушкадамова О.Х., Нуриддинзода М.Р., Максудова О.С. ТЕСТОВЫЙ КУРС ИНГИБИТОРОВ АРОМАТАЗЫ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	273
Чабборов С.С., Далери С., Холниёзов Ш.Ф. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИЯ У ДЕТЕЙ.....	273

Меҳрангези М., Чалолова М.Н., Баротов В.А. УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОИ ДАР СКЛЕРОЗИ ПАҲНШУДА	274
Чафаров М.Ф., Раҳматзода Д.Ҷ., Холиқулова Х.Ҳ. ОМУЗИШИ АҲАМИЯТИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОИ ДАР ТАШХИСИ САРАТОНИ ПАНКОСТ	274
Чернухо М.С., Шишло Л.Ю. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН У ПАЦИЕНТОВ С ЛУНОЧКОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПО ДАННЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЗ «14-я ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ ПОЛИКЛИНИКА ПАРТИЗАНСКОГО РАЙОНА Г.МИНСК»	275
Чупонов Ҳ.Р., Гулов М.Э., Айниев С.Б. АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	275
Шамсуллозода Ш.Н., Корчаев Т.М., Сайдалиев Ш.Ш. ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА И РЕЦИДИВОВ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ СЛОЖНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ МЕТОДАМИ СЕПАРАЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ	276
Шарипов А.В., Дустова М.У., Мусозода Н.А. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	276
Шарипов А.Р. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА: ОТ ХАОСА К СИСТЕМЕ – ВОЗМОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ	277
Шарифзода С.А, Убайдов Д.ДЖ, Махадов С.К. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФРАКЦИЙ ПЛАЗМЕННЫХ БЕЛКОВ	277
Шарифзода С.А, Убайдов Д.Дж, Махадов С.К. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	278
Шарифзода Х., Джурабоев Дж.З., Вахобова П.Х. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ	278
Шарифи Неккадам СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ОТ РАДИКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ.	279
Шарифова Н.Б. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПТОЗА БРОВЕЙ	279
Шаропова М.Х., Мухиддинов З.В., Назаршоева Б.А. ВЛИЯНИЕ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН	280
Шахсаворбеков А.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	280
Шахсаворбеков А.Ш. РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ И СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	281
Ширинов З.М., Акрамов С. ПРИМЕНЕНИЕ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДЕФФЕКТОВ ЧЕРЕПА	281
Шодиева М.З., Расулова С.И., Хусейнова Л.Н. ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА РЕКТОЦЕЛЕ ..	282
Шодиева М.З., Расулова С.И., Хусейнова Л.Н. ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВА РЕКТОЦЕЛЕ	282
Шодмонходжаева Х.Н., Кодирова М.А., Косимова Г.С. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК НЕКОТОРЫХ РАЙОНОВ г. ДУШАНБЕ	283
Шоев С.Н., Курбоналиев Дж.Ш. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ	283
Шокири У.Г., Хусенова Ш.М., Рахмонова Д.Р. АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДОВ ПЛАНОВЫХ КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ	284
Шокири У.Г., Зоирова Г.Х. САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ	284
Шонасридинов Ш.Ш. Мамадчонов И.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	285
Шонасридинов Ш.Ш., Мамадчонов И.А., Одинаев Б.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	286
Шонасридинов Ш.Ш., Мамадчонов И.А., Одинаев Б.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	286
Шонасридинов Ш.Ш., Мамадчонов И.А., Одинаев Б.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	286
Шопулотова З.А., Галиманасов Р.М. НЕОБХОДИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ПРИ ПРОТОКОЛАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	287
Шукуров У.М., Наджмиддинов З., Отахонов Ф.Х. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕИМУЩЕСТВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПЕРЕД ТРАДИЦИОННЫМ ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ	287
Шукуров Д.А., Мухаббатов Х.Дж., Абдуллозода Н.Х. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	288

Эргашева Д.Ш., Халимбаева З.С., Тошмаматов А.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ШКАЛ BISAP И АРАСНЕ II В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	288
Юлдошева Ч.А., Зарифова Х.Т., Хамраева С.Х. КЛИНИКО-ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХЗВ КЛАССОВ С1–С4 С ПРИМЕНЕНИЕМ ШКАЛ BIQ и COSMETIC SCORE.....	289
Юсупов А.А., Нигматов А.К., Курбонова М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	289
Юсупов Н.А., Собирзода М.Э., Наврузова Ф.Л. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА НА ИММУННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ.....	290
Юсупов Н.А., Собирзода М.Э., Наврузова Ф.Л. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ.....	290
Якубова М.Д. ГИДРИРОВАНИЕ 5-ПРОПОКСИ-4-ОКСИ-1-ПЕНТИНА.....	291
ТЕРПАЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	292
Абдукаримова У.А. СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА В КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТИПА.....	292
Абдукаримова У.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКУТАННОЙ СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	292
Абдуллоев Н.Н., Шукуров С.Г., Сохибов Д.К. ОБУЧЕНИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА.....	293
Абдуллоев Ф.Б., Холматов З.В., Махмадов М.Б. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В ВАНЧСКОМ РАЙОНЕ ГБАО РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	293
Абдуллоева Ф.С., Кенчаева У.М. НАЗОРАТИ АНТИНАТАЛӢ БО БЕМОРИҶОИ ҒАЙРИ ГЕНИТАЛӢ ДАР СОЛИ 2025 МД МСШ №15.....	294
Абдулхамидов А.Н. ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ.....	294
Абдурахимов А.Х. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....	295
Абдурахимов А.Х. ЭНДОКРИННЫЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА.....	295
Абдурахимов А.Х. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК МОДИФИЦИРУЕМЫЕ.....	296
Абдурахманов А. Р. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ.....	296
Абдурахмидов М.Н., Додожони А., Хафиззода Ф.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	296
Абийров Ф.А., Камолова М.В., Баходуров К.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ БИЛИРУБИНА.....	297
Адамбаев З.И., Пазылова А.С. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕЛКИХ СОСУДОВ.....	297
Адамбаев З.И., Пазылова А.С. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ.....	298
Азамов И.И., Дустова Ф., Тохирова Н.А. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ.....	299
Акабоев Х. ЗНАЧЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ УСТАНОВКИ.....	300
Али-Заде Н.А. КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ.....	301
Алланазаров Ф.Ф. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ.....	302
Амирова П.Х., Толибова Л.Н., Курбонова М.Н. НЕМОТОРНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ.....	304
Амроев А.У., Баротов Г.Х. ФАНТОМНЫЕ БОЛИ У ЛИЦ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ.....	305
Амроев А.У. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	306
Анваров А.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ФУТБОЛИСТОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	306
Асадов С.С., Аскарлова Н.А. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛИРОКУМАБА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ (РКЦК) РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	307
Асадов С.С., Сироджов С.М., Асадова Ф.С. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.....	307
Асилова Н.Г., Холикова Н.Н., Нуралиев Н.М. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОКСИМАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ.....	308

Асилова Н.Г., Толибова Л.Н., Курбонова М.Н. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЕРЕОЦЕНКА И ЭСКАЛАЦИЯ ТЕРАПИИ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	308
Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Фирузаи И. БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ С ДЕБЮТОМ, ИМИТИРУЮЩИМ ВЕРТЕБРОГЕННУЮ ПАТОЛОГИЮ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛОВУШКИ РАННЕГО ЭТАПА.....	309
Асозода Ш. М. АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД.....	309
Асомуддинов Фируз, Бахромзода Гулноза, Мирзоалиев Муҳаммадҷон ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛХИЦИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДИТЕ.....	310
Асомуддинов Фируз, Бахромзода Гулноза, Сайфиева Нигина ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ЖЕНЩИН В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЯХ.....	310
Атласова М.Х. КОМБИНАЦИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ И БОС-ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ.....	311
Атласова М.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОС-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	311
Атласова М.Х. ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФИДБЭКА В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ.....	311
Атласова М.Х. ТРАНСКУТАННАЯ СТИМУЛЯЦИЯ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	312
Ахатова Г.Б. НЕЦЕЛЕВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ И СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОСЛОЖНЕНИЯ.....	312
Ахмедов А.А. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ПСОРИАЗ: ПАТОГЕНЕЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПИИ.....	313
Ахмедов Г.К. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ОБЛУЧЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ.....	313
Ахмедов Ф.М. КОЖНЫЙ ЗУД У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ.....	314
Ашуров Ф.А., Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЛИМФОДЕНИТА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	315
Бабаджанова Н.П. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ (ММР-7, ММР-9) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ И РИСКОМ РЕЦИДИВА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	315
Бабаджанова Н.П. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ММР7 и ММР9 НА ТЯЖЕСТЬ И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	316
Бадридинова Б.К ¹ , Бадриддинов А.К. ² ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕГО СВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА.....	316
Бораджабова Н.Б., Сабирова М.М., Сухробзода Ф.С. ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОГО СБОРА НА БЕЛКОВУЮ И ФЕРМЕНТАТИВНУЮ АКТИВНОСТЬ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА.....	317
Баротов И.И. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ.....	317
Шоев Ш.С ¹ , Баротов И.И. ² , Раҳмонзода З.Р. ³ ҶАЛБ ВА ҚАНОАТМАНДИИ КОРМАНДОНИ ШАБАКАҲОИ НИЗОМИ КУМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРИИ НОҲИЯИ ДАНҒАРА.....	318
Баротова А.М. АНЕМИЯ КАК ФАКТОР УХУДШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	318
Бафоева М.Ш. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ТАДЖИКИСТАНЕ: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	319
Бафоева Ф., Толибова Л.Н., Асилова Н.Г. ЛАТЕРАЛИЗОВАННЫЙ ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА КАК ОТРАЖЕНИЕ НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	319
Бахромзода Гулноза, Асомуддинов Фируз, Амирджони Муродали ОБСТРУКТИВНАЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА.....	319
Бобиева М. А., Курбанова Д. Д., Хосиятова К. Х. АВ-БЛОКАДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИСХОДЫ.....	320
Бобоев Ф.Д., Имомова А.А., Боймуродов П.А. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ.....	321
Boboev F.D., Boymurodov P.A., Khursanov B.Sh. EFFICACY AND SAFETY OF VALSARTAN-SACUBITRIL IN COMORBID ELDERLY PATIENTS.....	322
Бобоев Х.М., Курбонов А.Д. ОСЛОЖНЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО (АТОПИЧЕСКОГО) ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	322

Бобоева Ё.А., Рахматуллоева М.Ф. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, МАСКИРУЮЩЕЙСЯ ПОД МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И В12-ДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ.....	323
Бобоева М.С. СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.....	323
Бобохонова Ш.М., Сулаймонзода А.С., Тагайназарова М.Дж. ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	324
Бодомова Н.С., Каримова М.Р. ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЗОВ.....	325
Бодомова Н.С., Муродов А.Б., Гиёева Т.А. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.....	325
Бодомова Н.С., Хамроева М.А. СТРУКТУРА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОМЛ И СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ.....	326
Боймуродов П.А., Елназарова Ш.О., Шарифбоев А.Х. ТАЪСИРИ ЗИДДИАГРЕГАНТИИ РАВҒАНИ СИЁҲДОНА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИҒТОРИ КАРДИОСКЛЕРОЗИ ПАС АЗ САКТАВӢ.....	327
Боймуродов П.А. Назарова Г.О. Хурсанов Б.Ш. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	327
Боронов Ш.С., Рахмонов Р. Р. ТАҲЛИЛИ ТАБОБАТИ ТАҒРИҚАВӢ ДАР БЕМОРОН БО АЛОИМИ ГИЙЕННА БАҒРЕ.....	328
Буловацкая Д.В., Михайленко Е.Р., Шупикова Е.В. ОСОБЕННОСТИ СОАС ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	328
Буранов О.И., Глазырина В.Д., Новоселова Т.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ.....	329
Бутаева Ш.М., Рустамкулова З.Ш., Камолзода К.И. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА СРЕДИ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	329
Вайисов А.Т., Бедилзода Х.А., Муродова М.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ И ВЫРАЖЕННОЙ АЗОТЕМИЕЙ.....	330
Вахидова А.П., Джураева Ф.Д., Холматов З.В. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.....	330
Vohidova A.P., Karimova U.M., Kholova Z.D. CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF DIPYRIDIOSIS IN CHILDREN: SPECIFIC ASPECTS.....	331
Вохидова А.П., Рахмонов Дж.Э., Шарифходжаев Б.И. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ГЕПАТИТА “В” ПО МАТЕРИАЛАМ ГКИБ Г. ДУШАНБЕ... 331	331
Гадойбоев М.Р., Рахмонов Дж.Э. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭПИЗООТОЛОГИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В ТАДЖИКИСТАНЕ.....	332
Гадойбоев М.Р., Фозилбекова С.Р., Саторов С.А. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	332
Гадойбоев М.Р., Чоршанбиева Х.М., Хайдарова П.Ф. РОЛЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ФОРМИРОВАНИИ АТИПИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ.....	333
Гарибмамадова Ш.Л., Чориев А.А., Курбанова Б.Ш. ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.....	333
Гафоров А.А. ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ.....	334
Гафоров А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ МИКРОГРАФТИНГА ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ.....	334
Гафорова Н.Б. СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ.....	335
Гафурова С.К., Исакова Ш., Юлдошева М.У. ОЦЕНКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПО ШКАЛЕ ТАНЕРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	335
Герасимчук Е.С. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И ФАКТОРЫ РИСКА.....	336
Гиёева Т.А., Сайфиева Н.М., Бодомова Н.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРИТРОСТИМУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	336
Глухов Д.Р., Бедак А.С., Шупикова Е.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	337
Гончарова М.С., Шоева Ш.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИОЗСН И ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ МИГРЕНИ.....	337
Гончарова М.С., Тагоев А.А., Розиков А.Н. СОЦИАЛЬНАЯ СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ИНФЕКЦИОННОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ В ПРОГРАММЕ ОПИОДИНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.....	338

Гончарова М.С., Раджабов А.Б., Одинаева Д.У. СЕМЕЙНО-СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	338
Гурезов Н.Т., Джобирзода А.Б., Нуралиев Н.М. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ.....	339
Дементьева А.Д., Гарифджанова К.Р., Курбанова Л.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	340
Дехконова Ф.А., Шарифбоев А.Х., Мусоева З.Б., ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	340
Джабаров М. К., Неъматзода Д. Р., Салихова М. Х., Асламова М.М. СВЁРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ И АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	341
Джабаров М. К., Неъматзода Б. Р., Асламова М. М. МАГИСТРАЛЬНЫЕ АРТЕРИИ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ.....	341
Джалилзода М.С., Рахмонова Х.С. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	342
Джалилзода М.С., Рахмонова Х.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	342
Джапарова С.Р., Якупова К.Н. МЕДИЦИНСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА.....	343
Джобирзода А.Б., Курбонова М.Н., Назаров Т.Ш. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА.....	343
Джобирзода А.Б., Асилова Н.Г., Толибова Л.Н. ХОРЕЯ В СТРУКТУРЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА.....	344
Джобирзода А.Б., Назаров Т.Ш., Рахмонов Р.Р. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА.....	344
Джусраев И. М., Юсупов Дж. Ю. ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИКОВ НА РАБОТУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	345
Дододжони А. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА - КЛЮЧЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	345
Дододжони А., Priya. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНТОВ.....	346
Еминова Н.И. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФА-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ И В-ВИТАМИНОВ ПРИ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА	346
Еминова Н.И. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДИАБЕТА И ВЫРАЖЕННОСТИ АКСОНАЛЬНО-ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	347
Жетес А.А., Иниятова К.С. ФАКТОРЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	348
Жумабекова А.К., Абдураимова К.М., Жумагалиева Д.А. АНАЛИЗ ЛАКТОАЦИДОЗА ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ЕДИНОБОРЦЕВ ПОСЛЕ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА С УЧЕТОМ ГЕНОТИПА	348
Жуман А.Б., Мельдебекова А.А., Төлегенова Б. М. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО РАС (РАСТРОЙСТВО АУТЕСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА).....	349
Заирова М.Ф. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	349
Заирова М.Ф. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	350
Заирова М.Ф. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	350
Зайнаббиди Х.С. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	351
Зайнаббиди Х.С. ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ В ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	351
Зайнутдинова А.А., Рахимова М.С. КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАЙОНЕ РУДАКИ)	352
Закария Э.К., Сафаров Ш.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	352
Зиёходжаев Б., Мирзовалиева О., Шамсова Д. НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	353
Зикриёва Г.Л., Саидакобировзода Ф.С., Умарова Ф.З. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ДЕТЕЙ	353
Зокиров А.С., Ибрагимова Р.Ш., Косимов С.С. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОГО НЕГЛЕКТА: ВКЛАД БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	354

Зокиров А.С., Файзуллоев А.Х., Мехрубони Саидбек ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	354
Зокиров А.С., Файзуллоев А.Х., Мехрубони Саидбек ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	355
Зокирова М. Н., Шоназарова М. А., Кувватова Г. Х. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ	356
Зокирова М.Н. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.....	356
Зувайдов Х.Ф ¹ ., Усмонзода Б.Н ² ., ¹ Кабилов М.А. СЛУЧАИ ОРХИТА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ	357
Зуфарзода С. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И 3-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	357
Зухритдинов У.Ю. ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	358
Зухритдинов У.Ю., Адамбаев З.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТА НЕЙРОАИД II В КОРРЕКЦИИ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ И РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА	358
Ибадуллаева Н.Д. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЕТОНОВ В МОЧЕ В РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ 1-5 ЛЕТ.....	359
Ибрагимов А.Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....	359
Ибрагимов М.Ш. ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА С УЧЁТОМ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ФЕНОТИПА: ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ДИНАМИКУ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА.....	360
Ибрагимов М.Ш. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ СОСУДИСТОЙ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕДУКЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ.....	360
Ибрагимова Р.Ш., Зокиров А.С., Косимов С.С. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОГО НЕГЛЕКТА: ВКЛАД БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	361
Иванов И.О. ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, КОМОРБИДНЫМ С ОЖИРЕНИЕМ И РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ.....	362
Идизода М.А., Тошев Х.Д. ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С АСКАРИДОЗОМ, ТОКСОКАРОЗОМ И СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИКИ).....	362
Идизода М.А., Тошев Х.Д. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ	363
Itomaliyeva Sh.Sh., Rozikova N.I. PREVALENCE OF OBESITY AMONG PRESCHOOL CHILDREN BASED ON ANTHROPOMETRIC ASSESSMENT.....	363
Иниятова К., Умурбеков А., Жолжан I. Қ. ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА СТУДЕНЧЕСКОГО ВОЛОНТЕРСКОГО КОРПУСА И МОБИЛЬНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ БРИГАДЫ: КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	363
Искандарова И.Э. ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.....	364
Исмаилов У.Ф., Ибодуллаев Б.И. ФЕРРИТИН КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	365
Исмаилов У.Ф., Розикова Н.И., Рахимов Р.Б. СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНОЙ С ГЕМОЛАСТОЗОМ.....	365
Исокова Ш.Д., Юлдошева М.У. ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	366
Исроилов А.Г. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПОЗИТНОГО ИНДЕКСА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	366
Кабилов М.О., Умарзода Т.И., Паноева М.С. НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ ..	367
Кабилов М.О., Умарзода Т.И., Каримова З.М. ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ	367
Кабулжанова Н.А., Махмадёроева Ф.Ш., Юлдошева М.У. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	368
Кадилов Р.Н., Шакаров Ф.Р., Камолов С.Ж. ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	368
Кадирова Ш.М. ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	369

Камарова М.А., Рабоева Ш.Р., Фируза И. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МИГРЕНЬЮ И КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ	369
Карахонова М.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	370
Карахонова М.М. ВЛИЯНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ НА МОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ	370
Каримова М.Р., Хамроева М.А., Бодомова Н.С. ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА С УЧЁТОМ КОМОРБИДНОСТИ И ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ	371
Каримова У. М. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДИКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	371
Каримова Ш.С. РАЗВИТИЕ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕПСИСОМ	372
Каримова Я.А. КОМПЛЕКСНЫЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	372
Каримова Я.А. ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ОПЫТ ЦЕНТРА «ИНСАЙТ»	372
Каримова Я.А. РОЛЬ ДЕФЕКТОЛОГА В ФОРМИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	373
Кахорова Н.Р. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	373
Кахорова Н.Р. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ МАРШРУТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАС: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ЦЕНТРА «ИНСАЙТ»	374
Кахорова Н.Р., Мириарофов М.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАС ПО ШКАЛЕ АТЕС: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	374
Кахрамонова И.И. ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О РАЦИОНАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ	374
Кенджаева У.М., Назарова Ф.Ш., Дилбари А. ЧАСТОТА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА	375
Кодирова Ё.Н., Нурматова Г.Б., Зайнаббиди С.Х. ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА И СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СТУДЕНТОК-МЕДИКОВ	376
Кондакова Т.О., Кривенцев М.Ю. СВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА С АНИЗОЦИТОЗОМ ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ И НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	376
Косимов Б.Н., Саидов П.А., Нуралиев Н.М. МИГРЕНЬ КАК СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ ПРОБЛЕМА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ	377
Косимов С.С., Абдуллоев Д.Х. КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖИТЕЛЕЙ г. ДУШАНБЕ И РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПОДЧИНЕНИЯ	377
Куватзода Г.Х., Курбанов М.М., Шоназарова М.А. ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПЕРИОД 2015 – 2025 ГГ	378
Куватзода Г.Х., Зокирова М.Н., Боронов А. ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ	378
Куватзода Г.Х., Шоназарова М.А., Курбанов М.М. ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО – ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	379
Кувваталиева Г.Г., Алланазаров Ф.Ф. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ	380
Кувваталиева Г.Г. ДОЗИРОВАННАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА В КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	380
Курбанов М.М., Куватзода Г.Х., Умедова Ш.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛКИЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА И ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ	381
Курбанов М.М., Куватзода Г.Х., Умедова Ш.С. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЛЕЙКОЗАМИ ПО ДАННЫМ КТ И МРТ	381
Курбанова Б.Ш. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В КАРДИОЛОГИИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРЕДЕЛЫ ВОЗМОЖНОСТЕЙ	382
Курбанова Д.Д., Бобиева М.А., Хосиятова К.Х. ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ ..	382
Курбанова Д.Д., Яхъёева Х.Ш., Хосиятова К.Х. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ	383
Курбанов А.Д., Хушвахтзода М.А., Саидзода М.Р., ЛИМФОМА ХОДЖКИНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	384

Курбонов Ф.Ф. ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ОСНОВЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ.....	384
Курбонова А.А. БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ...	385
Курбонова А.А. ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	385
Курбонова А.А. СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	386
Курбонова М.Н., Асилова Н.Г., Толибова Л.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОМАРКЕРА МЫШЕЧНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА И НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	386
Курбонова М.Н., Асилова Н.Г., Рахмонов Р.Р. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОТЯГОЩЕННОГО БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА	387
Курбонова М.Н., Джобирзода А.Б., Назаров Т.Ш. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	387
Курбонов А.А., Шоназарова М.А., Нейматов А.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ «HYPER CVAD» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»	388
Маджоновна М.М., Салихова М.Х. НАЗНАЧЕНИЕ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	388
Маджоновна М.М., Махмудзода Х.Р., Асламова М.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ICD И CRT-D У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	389
Мамажоновна Х. ПРОГРЕСС И ИНТЕГРАЦИЯ В КЛИНИКЕ: КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА И ЛЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЗУДА У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ, ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕЙРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ	389
Маматханова Ч.Б., Адамбаев З.И. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ШЕЙНЫХ МИЕЛОПАТИЙ	390
Маматханова Ч.Б., Адамбаев З.И. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ШЕЙНЫМИ МИЕЛОПАТИЯМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	391
Маматханова Ч.Б., Адамбаев З.И. ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШЕЙНЫМИ МИЕЛОПАТИЯМИ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ	391
Хусейнова М., Салимова М.Д., Мамуров А.Т. ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ.....	392
Мардонова Б.Б., Бобокалонова Т.Ч., Юлдошева М.У. ТАҲЛИЛИ КЛИНИКЌ-СТАТИСТИКИИ СИНДРОМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТИКЌ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ДИАБЕТИ ҚАНД.	392
Масайдова Р.О. ДИНАМИКАИ МУРОҶИАТИ БЕМОРОНИ ДОРОИ БЕМОРИҶОИ ДИЛУ РАҒҶО БА ШУҒБАИ ҚАБУЛ: ТАҲЛИЛИ СЕМОҶА.....	393
Маулетбаева Г.С., Землянская Н.С. КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КОМОРБИДНОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В РАМКАХ ПОПУЛЯЦИОННОГО СКРИНИНГА	394
Махмадизода А.Б., Наимов Р.С., Саидова С.Н. КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ И ЛИЦА С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ УЯЗВИМОСТЬЮ ПО РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА	394
Махмадов М.И., Махмудзода Х.Р., Талабова М.М. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПРИЁМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	395
Махмудзода Х.Р., Махмадов М. И., Маджоновна М.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ВКЛЮЧЕНИЯ КРАТКОСРОЧНЫХ СЕАНСОВ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» В КОМПЛЕКСНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА СОСТОЯНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕКОРОНАРОГЕННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ	395
Маъдиева Ф.С., Хафизова А.А., Валиев Ш.М. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	396
Маъдиева Ф.С., Хафизова А.А., Эсанов Э.Ч. АТРА-СИНДРОМ КАК ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕРАПИИ ОСТРЫЙ ПРОМИЕЛОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА.	397
Маъруфова З.А., Лутфуллоева Н.С., Холикназарова Р.А. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	397
Меҳрубони Саидбек, Хочиев Х.М. ЭПИЛЕПСИЯ В УРБАНИЗИРОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ ТАДЖИКИСТАНА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ	398

Мирзалиева А.А. КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ: ДАННЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ.....	398
Мирзовалиева О.И., Мухаббатова Ф.С., Зиёхочаев Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ СТОЙКОЙ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	399
Мирзоева М.А., Гулзода М.Д. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	399
Мирзоева Ш.Н. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРАСТЕНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	400
Миришарофов М.М. КОМОРБИДНОСТЬ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	400
Миришарофов М.М. ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....	401
Миришарофов М.М. РАЗРАБОТКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА В ПСИХИАТРИИ.....	401
Мубораков Х.М., Солиева М.И. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ЛИЦ С ПРЕДИАБЕТОМ И ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В Г. АНДИЖАНЕ И МАРХАМАТСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН.....	402
Музафарова М.Э., Абдуллоев М. РОЛЬ «ФЕНОМЕНА МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ» В РАЗВИТИИ КОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	402
Музафарова М.Э., Валиева Д. Ч., Муродзода С.Б. ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D И НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	403
Мукимов Ф.С., Джобирзода А.Б., Абдукаримова Х.Т. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	403
Мукимова Ф.Т., Шокаримова А.А., Исмоилзода С.И. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.....	404
Муминов Ф.С., Мехрубони Саидбек, Хочиев Х.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ: СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОСНОВНЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА.....	404
Муминов Ф.С., Исоева М.Б., Рахимзода О.Ш. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ С УЧЕТОМ ПОЛА И ВОЗРАСТА.....	405
Муминов Ф.С. ¹ , Исоева М.Б. ¹ , Рахимзода О.Ш. ¹ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ В ГОРОДАХ ТАДЖИКИСТАНА.....	405
Муминова С.Х. ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ.....	406
Муминова С.Х. ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА КАК ФАКТОР ИММУННОЙ СУПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	406
Муродов А.Б., Сайфиева Н.М., Бодомова Н.С. РЕДКИЕ ФОРМЫ АНЕМИЙ.....	407
Муродова М.А., Бедилзода Х.А., Вайисов А.Т. ТЕЧЕНИЕ ГРИБКОВОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ.....	407
Муродова С.Ю., Гафуров А.З. АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ В 2025 ГОДУ.....	408
Мустафакулова Ш.И. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	408
Мухаббатова Ф.С., Мирзовалиева О.И., Хаитов Ш.Р. НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ С ОТЯГОЩЁННЫМ РАДИАЦИОННЫМ АНАМНЕЗОМ В СЕМЬЕ.....	410
Мухторзода А.Н., Хакими Мохаммад Ага КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ГЕМОФИЛИЯ А, ОСЛОЖНЁННАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕМАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	410
Мухторзода А.Н. ¹ , Хакими Мохаммад Ага ¹ , Аббоси Л.Б. ² . ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ А У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ.....	411
Мухаммад Юсуф Ёдгорӣ ХАРИТАИ РОҲНАМОЙ БАРОИ БАРТАРАФСОЗИИ САРИВАҚТИИ МОНЕАҲОИ ТАДБИҚИ БАРНОМАИ МУБОРИЗА БАР ЗИДДИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР АҶҶОНИСТОН.....	411
Назарзода С.А., Тагоев А.А., Гончарова М.С. СОЦИАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ МОТИВАЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ.....	412
Назарзода С.А., Раджабов А.Б., Джусрабеков А.М. ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ ПО ВИЧ И В СТРУКТУРУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДУШАНБЕ.....	412

Назармаматов Б.Б., Назармаматова Ф.Б., РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТЕНОКАРДИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.....	413
Назармаматова Ф.Б., Назармаматов Б.Б. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ДАУНА.....	413
Назармаматова Ф.Б., Назармаматов Б.Б. ЧАСТОТА И СТРУКТУРА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	413
Назаров Т.Ш. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.....	414
Назаров Т.Ш., Джобирзода А.Б., Саидов П.А. ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА И УРОВНЯ СТРЕССА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	414
Назаров Т.Ш., Курбонова М.Н., Ёкубова М.К. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	415
Назарова Г.О., Гадоева Ф.Ч., Бобоев Ф.Д. СОСТОЯНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ	415
Назарова Г.О., Боймуродов П.А., Рухионаи К. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	416
Назарова Г.О., Шарифбоев А.Х., Сайфуллаева Л.Ф. НИШОНДИҲАНДАҲОИ КЛИНИКӢ ВА ЛАБОРАТОРӢ ДАР СИНДРОМИ КОРОНАРИИ ШАДИД ПАС АЗ COVID-19 ВА ИСТИФОДАИ МЕЛАТОНИН	416
Назарова М.С., Умарова Ф.З., Курбонов А.Д. ВКЛАД МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПМСП В ПРОФИЛАКТИКУ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	417
Назарова М.С., Рахмонов Р.Р., Курбонова М.Н. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ.....	417
Назиробобоева Д.Д. АКНЕ У ПОДРОСТКОВ. ОШИБКИ САМОЛЕЧЕНИЯ.....	417
Назришоева М.М., Носирова С.А. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА	418
Наимов С.Р., Абдурахимова П.З., Махмадизода М.Б. РОЛЬ ПМСП В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ (2024–2025 гг.).....	419
Наимова Ф.М., Рабоева Ш.Р. ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ТАШХИСИИ САКТАИ КАМХУНӢ ДАР КӢДАКОН	419
Нарзуллоев М.Дж. ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ У ЛИЦ С ПОЛНОЙ И ЧАСТИЧНОЙ СЛЕПОТОЙ	420
Нарзуллоев М.Дж. НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИЛОЦИБИН-АССИСТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ).....	420
Насриддинов А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У ЛИЦ ОТ 16 ДО 60 ЛЕТ	420
Нематов А.Р., Рахимов Р., Ойахмадов М.И. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДОКСОРУБИЦИНА СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ	421
Непомнящий И. С., Черемилло К. К., Никулин Е. А. РЕЗЕРВНЫЕ ПРОСТРАНСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК НЕЙРОТОМОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	421
Неъматов С.С., Джобирзода А.Б., Амонов А.Р. НЕЙРОЛЕЙКОЗ КАК ПРИЧИНА ВТОРИЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	422
Низомова Ш.А. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	422
Ниязова М.М., Толибова Л.Н., Асилова Н.Г. НАРУШЕНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЗАПАХОВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	423
Нодирова З.С. ИНДУКТОТЕРМИЯ ҲАНГОМИ ГОНАРТРОЗ	423
Нодирова З.С. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЕ (ПЛАНТАРНЫЙ ФАССИИТ)	424
Носирова М.К. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У СТУДЕНТОВ 4-ГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.....	425
Носирова П.К. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ-СТУДЕНТОК ГОУ ТГМУ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО.....	425
Носирова П.К. АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПАТОЛОГИЙ У СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА ГОУ	425
Нуров М.Г., Зохилов Т.М., Зухурова Ш.С. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ	426
¹ Нуров С.Х., ¹ Туйчиев Ш.Ш., ² Шарифбоев А.Х. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	427

Нуруллозода З.Х., Сайдуллоева М.И., Бегматова А.М. ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЕМ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	427
Нуруллозода З.Х., Курбонов А.Д., Умарова Ф.З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	428
Одинаев А.С., Муродов А.Б., Гиева Т.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	428
Одинаева Ш.О., Рахмонов Р.Р., Назаров Т.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ. БОТУЛИНОТЕРАПИЯ	429
Одинашозода И.С., Джобирзода А.Б., Нуралиев Н.М. КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШУМОМ В УШАХ.....	429
Олимов Ж.Н. ИММУНООРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	429
Олимова Ш.Ш., Сулаймонова Г.Т. МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ И БИОИННОВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ	430
Олимова Н.М., Рахимова П., Бобозода А. КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	431
Олмосов Р.Ш. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ (ЭТИОТРОПНОЙ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ) В УЛУЧШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ВИРУСНОЙ МИЕЛОПАТИИ.....	431
Олмосов Р.Ш. РОЛЬ РАННЕЙ МРТ-ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ТАЗОВЫХ НАРУШЕНИЯХ.....	432
Отаева М.О., Рахимова Ф.Р., Хафизова А.А. ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ИНДУЦИРОВАННОЕ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМОМ НПВП ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.....	433
Тамуродова С.Т. АНАЛИЗ ПРИЧИН РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЮМБОИШИАЛГИЕЙ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	433
Охунова Ф.О., Рахимова Ш.А. СОЧЕТАНИЕ СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА И ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ	434
Охунова Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВА-ПОДХОДА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТУАЛЕТНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	434
Паиков М. В. КЛИНИКО-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЕРОЯТНОСТИ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	434
Прокопич Д.А. АДИПОКИНЫ И ЦИТОКИНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ИНДЕКСА ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА	435
Пулатова С. Дж. СОСТОЯНИЕ ГОТОВНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ СЛУЖБЫ И ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ РЕАГИРОВАНИЯ В ПЕРИОД РЕСПИРАТОРНЫХ ПАНДЕМИЙ.....	436
Рабоева Ш.Р., Камарова М.А., Асилова Н.Г. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ.....	436
Рабоева Ш.Р., Н.А. Зарифи, М.А. Камарова ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ.....	437
Рабоева Ш.Р., Зарифи Н.А., Рахмонов Р.Р. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АТОМОКСТИНА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.....	437
Раджабова А.А., Исмаилова Ф. Х., Олимова Н.М. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВОГО ЗОБА.....	438
Раджабова М.Б. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	438
Раджабова Н.Ю., Кувваталиева Г.Г. ЛФК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНЫХ БОЛЕЙ.....	439
Раджабова Н.Б. ХАРАКТЕРНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	440
Раджабова С.Х. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КВАМАТЕЛА В СОЧЕТАНИИ С ПАНЗИНОРМОМ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ.....	440
Раимова Н.С., Хаитов Ш.Р., Махмадов М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	441
Рахимзода О.Ш. ПОСТНЕВРАЛГИЧЕСКАЯ НЕВРАЛГИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	441
Рахимзода О.Ш. ПОСТНЕВРАЛГИЧЕСКАЯ НЕВРАЛГИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	442

Рахимзода О.Ш., Негматова Н.Х., Сарвинози Боймурод	ТИПЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ	442
Рахимова М.С.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ	443
Рахимова М.Т., Юнусов М. Р.	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИПИДАКРИНА (НЕЙРОМИДИНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ.....	443
Рахимова Ф.Р., Отаева М.О., Хафизова А.А.	СОСТОЯНИЕ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ.....	444
Рахимова Ф.Р., Отаева М.О., Хафизова А.А.	ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ	444
Рахимова Ш.А.	СТИМУЛЯЦИЯ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	445
Рахматов Дж. М.	КИНЕЗОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	445
Рахматов Дж.М., Алланазаров Ф.Ф.	ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОРРЕКЦИИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ	446
Рахматова М.А., Джобирзода А.Б., Назаров Т.Ш.	МИГРЕНЬ И КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	446
Рахмонов Дж. Т., Абдуллаева Д.Ю., Карамшоева Т.И.	ПРИЧИНЫ ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА	447
Рахмонов Р.Р., Курбонова М.Н., Джобирзода А.Б.	РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА.....	448
Рахмонов Дж.Э., Хошимова М.Л., Расулова М.Ш.	ГРУППОВЫЕ И ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ СЛУЧАИ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА КАК ФАКТОРЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА	448
Рахмонова Х.А., Муродов С.С.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ ИПИДАКРИНА (НЕЙРОМИДИНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.....	449
Рахмонова Х.С., Джобирзода А.Б., Курбонова М.Н.	УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ.....	449
Рахмонова Х.С., Джалилзода М.С.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ НЕВРАЛГИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.....	450
Рахимова М.С., Рахимова П., Бобозода А.	АСОСНОКИИ КЛИНИКИИ ТАБОБАТИ ҶАРОҶӢ ДАР БЕМОРИҶОИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ	450
Рашидова Н.Н., Кодирова М.Р., Мирзозода К.	ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ДОЗИРОВАНИЯ L-ТИРОКСИНА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ.....	451
Ризоева С.Х.	СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ: ОТ ПАТОГЕНЕЗА К ОБОСНОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ	451
Розиков У.И., Бобошоева Ш.А., Розиков Ш.И.	ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКОГО ВУЗОВ ТАДЖИКИСТАН.....	452
Розикова Н.И., Имомалиева Ш.Ш.	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НИЗКОРОСЛОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	452
Розикова Н.И., Исматова Ф.Х., Аббоси Л.Б.	ОЦЕНКА ВНЕКОСТНОМОЗГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ	453
Розикова Н.И., Имомалиева Ш.Ш.	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НИЗКОРОСЛОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	453
Рофизода Х.Ш.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.	454
Рустамов Б.Д., Хафизов Х.М.	ТУБЕРКУЛЁЗ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН, 2024-2025 ГГ.....	455
Рухшонаи К., Сайфуллаева Л.Ф., Хурсанов Б.Ш.	ВЛИЯНИЕ ФРУКТОЗО-1,6-ДИФОСФАТА НА ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	455
Рухшонаи К., Сайфуллаева Л.Ф., Боймуродов П.А.	ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОКАРНИТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	456
Рухшонаи К., Сайфуллоева Л.Ф., Шарифбоев А.Х.	РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА БОЛЬНЫХ АРТЕИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	456
Саидов П.А., Асилова Н.Г., Нуралиев Н.М.	ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ	457
Саидов П.А., Асилова Н.Г., Нуралиев Н.М.	ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	458

Саидов П.А., Асилова Н.Г., Назармамадова Н.А. ЭПИЛЕПСИЯ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	458
Саймадова С.С., Саидов П.А., Назаров Т.Ш. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИЛЕПСИЕЙ	459
Сайфиева Н.М., Одинаев А.С., Жунайдов М.Н. ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ	459
Сайфиева Н.М., Хаитов Ш.Р., Субхонова Г.С. ОЦЕНКА ИСХОДОВ И ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	460
Сайфуллаева Л.Ф., Рухионаи К., Боймуродов П.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ	460
Сайфуллаева Л.Ф., Рухионаи К., Шарифбоев А.Х. ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НАЛИЧИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	461
Сайфуллаева Л.Ф., Рухионаи К., Шарифбоев А.Х. ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН И КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ	461
Салихова М.Х., Ятимова С.А., Джабаров М.К. ОСТЕОПОРОЗ КАК КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	462
Саломатджонзода Л.С., Умарова М. Х., Шодиев С.С. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА, ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ И ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С УЧЁТОМ СТАТИНОВОЙ ТЕРАПИИ	462
Саломатджонзода Л.С., Умарова М.Х., Солиева Ш.В. ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	463
Самиев А.С., Адамбаев З.И. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	464
Сангова Ф.Р. ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	464
Сангова Ф.Р. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ	465
Сафолов М.З., Рахимзода О.Ш. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	465
Сироджов С. М. ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	466
Сироджов С.М., Умедова Ш. НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ДАПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ...	466
Сироджов С.М. ¹ , Бабаева Ф.М. ² , Сироджов Х.Р. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	467
Солиев М.Ф. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС – ЖИТЕЛЕЙ ТАДЖИКИСТАНА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ	468
Сохибов Д.К., Бобоев М.У., Зиёзода З.К. РАННЯЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ПОЗВОНОЧНИКА	468
Сохибова Т.С., Сафаров Ш.А., Али-заде Н.А. ИНДЕКС PASI В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ	469
Сполохова А.А., Ерохина А.С. КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННОГО СТАТУСА И ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМА НА ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	469
Сулаймонзода А.С. ¹ , Бобохонова Ш.М. ¹ , Сироджов С.М. ² ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	470
Сулаймонов С.А, Джобирзода А.Б., Амонов А.Р. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСУДИСТОГО БАССЕЙНА	470
Сулаймонова М.М. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ИМАТИНИБА В ПОВЫШЕННЫХ ДОЗАХ И ПРЕПАРАТА PF-114 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ	471
Султанова Д.О. КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРЕЗОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	471
Султанова Д.О. ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И МОТОРНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ	472

Султонова Д.А., Азизова Р.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ СЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЗИАЛЬНОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ С ГИППОКАМПАЛЬНЫМ СКЛЕРОЗОМ.....	472
Суфиев Ш.С., Холова З.С., Кувватов А.Д. РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ В ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТЫХ ФОРМ АРИТМИЙ.....	473
Суфиев Ш.С., Холова З.С., Саидов З.Ч. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У ВСЕХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА.....	473
Тагоев А.А., Гончарова М.С. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В Г. ДУШАНБЕ.....	474
Тиллоева Ш.Ш., Рахимова Д.А., Хамидова М.Х. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА eNOS У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ.....	475
Толибзода А.Н. МУШАХАССОТИ ИММУНОЛОГӢ ВА НАЗОРАТИ ГЛИКЕМӢ ДАР КӢДАКONI ГИРИФТОРИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВӢИ 1 ДАР ТОҶИКИСТОН.....	475
Толубаев К.А. СВЯЗЬ КАЧЕСТВА СНА И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	476
Тошев К.С., Гончарова М.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ И КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	476
Тошев Х.Д., Идизода М.А. Аскаридоз, ассоциированный с острым лимфобластным лейкозом: клинический случай.....	477
Тошев Х.Д., Идизода М.А. ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СБОРЫ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ.....	477
Тошева С. А., Рахимова З. А., Каримова С.С. ВЛИЯНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЛОДЁЖИ.....	478
Тоштемуров Б.Б. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.....	478
Тулаев Б.З. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	479
Турдалиева Н.С., Гафурова М.Х., Рахимова М.С. СОЦИАЛЬНЫЙ ДЖЕТЛАГ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	479
Турсунова С.Б., Зоирова Д.А., Кодирова Ё.Н. КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ТИРЕОИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АМИОДАРОН.....	480
Умарова Ф.З., Бобохонов С.Г., Мирзоева С.В. СИРОЯТИ СИТОМЕГАЛОВИРУСИИ КӢДАКONI ХУРДСОЛ ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ.....	481
Умарова Ф.З., Нуруллозода З.Х., Курбонов А.Д. ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	481
Умедова Ш.С., Сироджов С.М., Сайфуллаева Л.Ф. КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	482
Умедова Ш.С., Сироджов С.М., Сайфуллаева Л.Ф. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	482
Умедова Ш.С., Сироджов С.М., Сайфуллаева Л.Ф. ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	483
Упаев М.Р., Попкова В.А., Ширяев Г.О. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА ПРИ ВИЧ/ТБ КОИНФЕКЦИИ В УДМУРТИИ (2022-2025 ГГ.)......	483
Уралбаева Чарос ПРИЧИНЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	484
Утаганов А.Ф. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	484
Файзиева А.З. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	485
Файзиева А.З., Мишарофов М.М. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МОНИТОРИНГЕ ПРОГРЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	485
Файзуллоев М.А., Сафаров Ш.А., Али-заде Н.А. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ.....	486
Фетисов И.С., Пахомов Н.А., Князева А.К. ФАКТОРЫ РИСКА НПВП-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	486
Фирузаи И., Асилова Н.Г., Курбонова М.Н. МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	487
Фирузи М., Нуралиев Н.М., Саидов П.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН: ЧАСТОТА, ТРИГГЕРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	487
Халимова К.Б. ВЛИЯНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ.....	488
Халимова Ф.У. НАРУШЕНИЕ СНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ.....	488

Хаитов Ш.Р., Субхонова Г.С., Тоирзода Ф. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	489
Хайруллозода В.М., Давлатиозода Д.Р. КЛИНИЧЕСКИЕ И МРТ-ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА.....	489
Хайырова У.О., Байжанова М.О КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ОСЛОЖНЁННЫХ СЕПСИСОМ.....	490
Хамроева М.А., Каримова М.Р., Гиёева Т.А. КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ И ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ (БЕЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ).....	491
Хасанзода Х.К. НАШ ОПЫТ ПОЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ.....	491
Хасанова А.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А СРЕДИ ДЕТЕЙ.....	492
Хасанова М.И. Наврузов Э.Ф. СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ.....	492
Хасанова М.Н. РОЛЬ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА В ГЕНЕЗЕ ЭПИЛЕПСИИ.....	493
Хафизова А.А., Рахимова Ф.Р., Отаева М.С. АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА	493
Хафизова А.А., Рахимова Ф.Р., Отаева М.С. ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ГЕПСИДИНА В РАЗВИТИИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	494
Ходжабердиев Н.Х., Нуралиев Н.М., Саидов П.А. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ И СМЕШАННЫМИ ФОРМАМИ ДЦП	494
Ходжаева М.М. ¹ , Саидов П.А. ¹ , Назармамадова Н.А. ² . ОСТАТОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.	495
Ходжиев Ш.Р., Нуров М.Г. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ	495
Ходжиев Ш.Р., Нуров М.Г. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	496
Холикова Н.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	497
Холматова Д.О. ТЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.....	497
Холмирзоева Т.Ш., Салихова М.Х., Маишрабова Р. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	497
Холмирзоева Т.Ш., Салихова М.Х., Маишрабова Р. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	498
Холов С.М., Гайратова Н.Н., Одилзода И.Ё. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ II – III СТАДИИ, ОСНОВАННОЙ НА СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА WOMAC.....	499
Холов С.М., Гайратова Н.Н., Одилзода И.Ё. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ, ОТРАЖАЮЩИХ «СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА» У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ III СТАДИИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	499
Холова С., Назарзода С.А., Гончарова М.С. МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ НАРКОМАНИИ И ОБРАЩАЕМОСТИ ЛИЦ ПО ПОВОДУ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ.....	500
Хосиятова К. Х., Курбанова Д. Д., Яхъёева Х. Ш. ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ И НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ТАХИКАРДИИ.....	501
Худоёрзода К.Х., Шарифбоев А.Х. Сайфуллаева Л.Ф. СУТОЧНОЕ КОЛЕБАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	502
Хурсанов Б.Ш., Бобоев Ф. Д., Сайфуллаева Л. Ф. ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА SGLT2 НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА	502
Хусейнова М.М., Хамроева М.А., Абдулаева Д.Ю. КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РИСКИ ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ.....	503
Хусейнова М.М., Абдулаева Д.Ю. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ.....	503
Зоиров К.Н., Хушбаков Н.З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КСАВРОНА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	503

Хабибулла Моманд ТАҲИИИ АЛГОРИТМИ ТАШХИСИ БАРВАҚТИИ БЕМОРИИ ҚАЛБИ ШУШӢ ДАР БЕМОРОНИ МУЗМИНИ ОБСТРУКТИВИИ ШУШӢ	504
Ҷурабеков А.М., Комилов З.М. САРИВАҚТ МУАЙЯН НАМУДАНИ НОСОМОНИҲОИ РАВОНӢ ҲАНГОМИ ОСЕБИ МАЙНАИ САР ВА АРЗӢИИ РАВАНДИ БАРҚАРОРШАВИИ ОНҲО	504
Шарифбоев А.Х., Боймуродов П.А., Елназарова Ш.О. ФАКТОР ФОН Виллебранда КАК МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	505
Валиев Ш.М., Хафизова А.А., Маъдиева Ф.С. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМии И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	505
Шарифбоев А.Х., Боймуродов П.А., Назарова Г.О. СВЯЗЬ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	506
Шарифбоев А.Х., Сайфуллаева Л.Ф., Мусоева З.Б. РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА	506
Шарофиддинов К.Х. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	507
Шобобоев Б.Ш., Джобирзода А.Б., Абдукаримова Х.Т. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСУДИСТОГО БАССЕЙНА	507
Шоев Ш.С. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	508
Шоева Ш.М., Тошев К.С., Тагоев А.А. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА	508
Шоева Ш.М., Гончарова М.С. КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННОГО ВАГИНИЗМА У ПАЦИЕНТОК АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА	509
Шокаримова А.А., Мукимова Ф.Т., Олимова Н.М. ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2025 ГОД	509
Шокаримова А.А., Мукимова Ф.Т., Олимова Н. ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2025 ГОД	510
Шоназарова М.А ¹ , Куватзода Г.Х ¹ , Сироджов С.М ² . КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ NT-proBNP В ОЦЕНКЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	510
Шоназарова М.А ¹ , Куватзода Г.Х ¹ , Сироджов С.М ² . ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ФАКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ	511
Шопулатов Ш.А. МАЛОИЗУЧЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	511
Шукуров И.Р. ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ГИЕНА-БАРРЕ	512
Шукуров Н.К., Мусоев С. СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В ДОМЕ ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	512
Шукурова Ш.С. МАСКИРОВАННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ, РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ	513
Эгамназарова З.Р., Мусаева Ю.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MMP-12 (RS2276109) ПРИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	513
Эргашева М. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАТАЛЬНЫХ ТРАВМ	514
Эркинова Г.Э., Полвонова С.Г. ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ	515
Эшбеков А.Н. АҲАМИЯТИ КИСЛОТАИ ТИОКТИКӢ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ БО САКТАИ ШАДИДИ ИШЕМӢ БО БЕМОРИИ ДИАБЕТИ ҚАНД	515
Эшбеков М.А. ИММУНОЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ: РОЛЬ ЦИТОКИНОВ И ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	516
Эшпулатов Сухроб НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	516
Юлдошева М.У. ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АДИПОНЕКТИНА У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА	517
Юлдошева З.Х., Пулатова С.Д., Шаропов С.Г. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ Вильсона-Коновалова: НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ	518
Юнусов С.С., Гончарова М.С., Тагоев А.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В РТ: БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ	518
Юнусов С.С., Гончарова М.С. РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ	519

Юсупов Дж.Ю., Сафарова С.Дж. ЗНАЧЕНИЕ СНА В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СТУДЕНТОВ.....	519
Юсупов К.Ч., Тошев К.С., Тагоев А.А. ВАЙРОНШАВИҶОИ РУҶИО РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ИНСУЛТИ ИШЕМИЯВИРО АЗ САР ГУЗАРОНИДА.....	520
Юсупова Ш.Р., Бойханова Д.Д., Исомиддинов Р.У. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТРАТА МАГНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	520
Ятимова С.А., Насриева М.Ф., Салихова М.Х. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	521
Ятимова С.А., Насриева М.Ф., Джаборов М.К. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ.....	522
Яхъёева Х. Ш., Курбанова Д. Д., Хосиятова К. Х. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	522
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ.....	524
Абибуллаев С.Н. МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.....	524
Азаматов М.А.3, Халифаев У.Р.1, Мурадов А.А.2 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	524
Азимов М.И., Файзалиев Н.Ф. ВЛИЯНИЕ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ И СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВотоКА У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	525
Азимов М.И., Давлятов М.М, Сафоев С.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ.....	525
Асламова Г.К., Икромӣ Т.Ш., Рахимов Н.Г. ҲОЛАТИ ГЕМОДИНАМИКА ҲАНГОМИ ПНЕВМОНИЯ ДАР КУДАКОНИ БО ЗИЁДВАЗНӢ.....	526
Атакуллаев Н.Б., Косими З.К., Исмомизода И.У. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ.....	526
Ахмаджонов Дж.А., Мурадов А.М., Расулов С.Р, Рахимов Н.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕИНФУЗИИ СВОБОДНОЙ ОТ АТИПИЧНОЙ КЛЕТКИ УЛЬТРАФИЛЬТРИРОВАННОЙ И ДЕТОКСИЦИРОВАННОЙ АСЕПТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМЕ РАКА ЯИЧНИКОВ И ТЕЛА ШЕЙКИ МАТКИ.....	527
Ашуров Б.А., Идизода С.А., Назаров И.Н. ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	528
Ашуров Б.А., Идизода С.А., Назаров И.Н. ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	528
Бобоалиев А.М., Рахимов Н.Г., Исмойилов Р.И. МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ.....	529
Бобоалиев А.М., Рахимов Н., Шамсиева Ш.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАНЫХ И ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИТРАВМЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ.....	530
Бобоалиев А.М., Рахимов Н.Г ¹ , Мамадаминов Б.К ² . САМАРАНОКИИ УЛИНОСТАТИН ДАР МУОЛИҶАИ КОНСЕРВАТИВИИ ПАТОГЕНЕТИКИИ ПОЛИТРАВМА, БО ОРИЗАИ СЕПСИС.....	530
Бобоев Д. А., Зокиров Ш. А., Зокиров Х. Ш. ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕОТЛОЖНОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ НА НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	531
Бобоев Д.А., Зокиров Ш.А., Оев А. ВЛИЯНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ И ПРОМЕДОЛА НА СОМАТИЧЕСКИЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ.....	532
Бобоев М.М., Эргашев Х.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ.....	532
Исмаилов Р.А. ВАЛИДНОСТЬ ШКАЛЫ COVERS ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ПАРААНОСТОМАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	533
Исоков Х.А. Намазова Н.Б. ЭКСТРЕННАЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ.....	533
Косими З.К., Атакуллаев Н.Б., Рахмонов М.К. КОМБИНИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	534
Мурадов А.А., Муродзода А.М., Исоева Т.Н. ЧАСТОТА КОМОРБИДНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У РОДИЛЬНИЦ С ОРГАННЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ.....	534
Мурадов А.А., Муродзода А.М., Исмоилова М.Ш. ЧАСТОТА ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ, ПРИВЕДШЕЙ К ОРГАННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ У РОДИЛЬНИЦ.....	535
Мурадов А.А., Муродзода А.М., Халифаев У.Р. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	535

Муродзода А.М., Рахимов У.Ю., Хамрокулов А.А. МАРКЁРЫ ГИДРОФОБНЫХ, ГИДРОФИЛЬНЫХ ПЕЧЕНОЧНЫХ ТОКСИНОВ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	536
Муродзода А.М., Мухамедова У.М., Шумилина О.В. ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПРИ КАРДИО-РЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ I ТИПА	536
Мухамедова У.М., Шумилина О.В., Муродзода А.М. АНТИСВЕРТЫВАЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ ПРИ КАРДИО-РЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ I И РЕНО-КАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ III ТИПОВ	537
Назирова М.М., Мурадов А.А., Муродзода А.М. ФАКТОРЫ РИСКА И ТЯЖЕСТЬ ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19	537
Назирова М.М., Мурадов А.А., Сангинов А.Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОФЕРЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19	538
Оймахмадов Ш.А., Улмасов Х.Х., Алимов З.З. СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗА 2024–2025 ГГ.	539
Раззоков М.У., Намазова Н.Б. ТРУДНАЯ ИНТУБАЦИЯ: АЛГОРИТМЫ, ГАДЖЕТЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	539
Рахимзода Х.Б., Джобиров Ш.И., Хамидов Д.Б. НУБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КАРДИОХИРУРГИИ	540
Рахимов У.Ю., Муродзода А.М., Ризоев М.М. ГАЗОВЫЙ СОСТАВ КРОВИ В РАЗЛИЧНЫХ БАССЕЙНАХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	540
Ризоев М.М., Хайдаров С.Ф., Фармонов И. А. ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ ТРОМБОЭМБОЛИКӢ ДАР СОҲАИ ҶАРОҲӢ	541
Сатторов В.Т., Сайдуллоев А.З., Курбонов А.А. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ОРИТ	542
Сатторов В.Т., Улмасов Х.Х., Сатторов Э.М. СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В СТРУКТУРЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСЕРЕВО СЕЧЕНИЯ	542
Сафаров А.С ¹ , Муродзода А.М ² , Мурадов А.А. ¹ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	543
Сафоев С.А., Мирханова Г.Р., Азимов М.И. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ	543
Тохилов Ф. Г. КРИТЕРИИ ОТБОРА И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ СЕВОФЛУРАНА И ПРОПОФОЛА В ДЕТСКОЙ КАРДИОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ	544
Тохилов Ф. Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ И ПРОПОФОЛОМ НА ПРОДУКЦИЮ КАРДИАЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КАРДИОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ	544
Тошбоев М.У., Сангинов Н.Н. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАЗИЕЙ	545
Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И. ХОЛАТИ КИСЛОТАӢ ИШҚОРӢ ҲАМЧУН ОМИЛИ ОСЕБҲОИ ДУӢМИНДАРАҶА ҲАНГОМИ ОСЕБИ ВАЗНИНИ МАҶЗИ САР	546
Хайтов Ф.М., Каюмов А.М., Усмонов Б.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	546
Хайдаров С.Г., Рузиев М.Р., Кахаров М.А., ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	547
Халифаев У.Р. ¹ , Муродзода А.М. ² , РЕЗУЛЬТАТЫ 6-МШП У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С ХИРУРГИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА	548
Хамидов Д.Б ¹ , Суфиев Р.К ² , Раджабов Н.Х ² , Назуров А ² . ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСЕРЕВО СЕЧЕНИЯ	548
Холбеков А.М. ¹ , Додихудоев Р.А. ¹ , Имомёрбеков Ф. ² , ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА	549
Холзода А.Ш., Самадов Х.Ф., Хамидов Д.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ.	549
Зоиров К.Н., Хушбаков Н.З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИМОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	550
Хайдаров С.Ф., Азизов А.Х., Болтубоев М.М. ХУСУСИЯТҲОИ БЕҲИСКУНӢ ДАР БЕМОРОНИ КОЛОПРОКТОЛОҒӢ	550
Шумилина О.В. ^{1,2} , Муродзода А.М. ¹ , Назирова М.М. ² . СОЦИАЛЬНО-ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19	551
Эшмирзаев Б.М., Раззоков М.У. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В КОМЕ.	552
ПЕДИАТРИ	553

Абдувоитова Д.Ж., Юлдашева М.Б. ВЛИЯНИЕ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЧАСТОТУ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОРВИ) У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА	553
Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н.С. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ	553
Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А. РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ ПРИ ГИПО- И АПЛАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ	554
Абдурахмонов С.М., Музаффаров Ш.С., Хусенова М.С. ЗНАЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТА ЦИНКА В СОКРАЩЕНИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ	554
Абдусадыкова Ш.Ш. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С АНТИБИОТИК АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕЙ	555
Абийилов Ф.А., Камолова М.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ «НЕГРАМИН»	555
Абийилов Ф.А., Фаридов А.А., Гуломов Б.С. ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ	556
Аваков О.В., Баженова М.А. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ - ИНВЕСТИЦИИ В БУДУЩЕЕ СТРАНЫ	556
Азизова Л. ОЦЕНКА БОЛИ И СЕДАЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ	557
Азизова М. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	557
Азизова Н. ЛАРИНГОТРАХЕИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	558
Азими Махфузуллох, Содиков Н.М., Мирзоева М.З. РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ВЫСОКОГО РИСКА	559
Азими Махфузуллох, Содиков Н.М., Маруфзода Н.М. ОПТИМИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	559
Азимй Махфузуллох ТАХЛИЛИ ЗУХУРОТИ КЛИНИКИИ ЛЕЙКОЗИ ШАДИДИ ЛИМФОБЛАСТИ (ЛШЛ) ДАР КЎДАКОНЕ, КИ СИРОЯТИ COVID-19-РО АЗ САРГУЗАРОНИДААНД	560
Азимова Ш.З. АТАКСИЯ ФРИДРЕЙХА У ДЕТЕЙ - КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	560
Али-заде Ш.Б. АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА D С КОГНИТИВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПОДРОСТКОВ	561
Алишерова Н.А. ГИПОПЛАЗИЯ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ-КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	561
Алишерова Н.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КОРНЕЛИИ ДЕ ЛАНГЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	562
Аминджонова Д.Р., Каримзода М.Б., Раджабов М.Н. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	562
Амиркулова Л.Т., Салимов А. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ	563
Амрихудоёва К.К., Наврузкулова Ш.Ф., Ишмирзоев Дж.Р. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГОШЕ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ОТСУТСТВИЯ ЭНЗИМ-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	564
Анвархужаева Ш.М. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	564
Ахмадуллин А.А., Муродова М.Д. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	565
Ахмедов Н.И., Имодинова М.Ф., Нуралиева Г.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО И РАЗДЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СИЛДЕНАФИЛА И БОЗЕНТАНА НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ	565
Ахмедов Н.И., Имодинова М.Ф., Разоков Ч.Н. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	566
Ахмедова Е.А. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕПОДАВАНИЮ ПЕДИАТРИИ: ИНТЕГРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС	566
Ахмедова Ш. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	567
Ахрорзода М.А., Абдурахманова У.Ш. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ	568
Ахрорзода М.А., Султонбеков Н.С., Содикзода А.М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЁННОГО	568
Ашурова Ш.О. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ СЕПСИСЕ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	569
Ашурова Н.П., Муродов Г.З., Гиёсов А.А. РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	569

Баженова М.А., Алиханова К.Н. ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗА 2019–2025 ГГ.	570
Байхонова Д., Бакоев Ф.С. ГОРОДСКАЯ И СЕЛЬСКАЯ СРЕДА КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.	571
Баходуров Н.Д., Насриддинова Н.Н., Наврузкулова Ш.Ф. ИДИОПАТИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ	571
Бахтиёрова Р. М. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА М ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	572
Валиханова М.Б. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА.	572
Гасанлы Л.С., Эфендиева М.З., Алиева А.М. ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.	573
Гоибова Д., Азимова Ш.З. ПНЕВМОНИИ МИКОПЛАЗМЫ ДАР КЎДАКОН: ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ҶАҶБАҲОИ ТАШХИСӢ	573
Давлатова Дж. Дж. БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У РЕБѢНКА 6 ЛЕТ	574
Давлатова Дж. Дж. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО АРТРОГРИПОЗА У ДЕТЕЙ	574
Давлатова С.А., Начмиддинова Д.Ч., Валиев М.Н. ИХТИЛОЛИ СПЕКТРИ АУТИЗМ ДАР КЎДАКОН: ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ҶАҶБАҲОИ ТАШХИСӢ БАРВАҚТӢ	575
Дусматов Д.Ш., Алиханова М.Ш. ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИ- И ИНТРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ	575
Жахонгирова Ф.М. НОВЫЕ МЕТОДЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ в педиатрии.	576
Жумаева Г.З. ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	576
Зайнудинова П. К., Зарипов А. Ш., Латипов Р. Ф. СТЕПЕНЬ ДИСБАЛАНСА ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	577
Зайцева А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И СКРИНИНГУ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ	577
Зиёева Ш.К., Нуралиева Г.М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ПОДРОСТКА	578
Зиева Ш.К., Сафарова У.Ш., Имодинова М.Ф. ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ	579
Зиёева Ш.К., Нуралиева Г.М. ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С СИНИМИ ВРОЖДѢННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА НА СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	579
Ибрагимова У.А. ХУСУСИЯТИ РАВАНДИ ПНЕВМОНИЯ ДАР КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ	580
Иброхимзода Г.А., Саидахматова Ш.В., Мирзоева А.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПРЕЯ ТАНТУМ ВЕРДЕ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ФАРИНГИТОМ	580
Имодинова М.Ф., Сафарова У.Ш., Ахмедов Н.И. СИНДРОМ ГИЙЕНА–БАРРЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО НИСХОДЯЩЕГО ВАРИАНТА У РЕБѢНКА	581
Имодинова М.Ф., Султонбеков Н.С. АПЛАЗИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДѢННЫХ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ	581
Имодинова М.Ф., Махсумова Б.А., Зиёева Ш.К. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ В МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У РЕБѢНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	582
Искандаров М.М., Хаҷқая С.В. ОЦЕНКА РОЛИ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В РАЗВИТИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	583
Исмаилов А., Акбарзода М. ОЦЕНКА МОНОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ.	583
Кадиров Р.Н., Шакаров Ф.Р., Камолов С.Ж. ОСНОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ И ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ.	584
Каландарова М.М., Джабаров Ю.Ю., Раджабова М.Х. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А».	584
Каландарова М.М., Нарзуллаева М., Мамадарова М.Г. ПРОТИВОКАШЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РЕНГАЛИН»	585
Каландарова М.М., Джабаров Ю.Ю., Комилов И.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	585
Каландарова М.С., Мирзозода С.З. ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ (НАСЛЕДСТВЕННЫЙ МИКРОСФЕРОЦИТОЗ)	586
Камолдинова Д.Б. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ПРИСТУПАХ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	587

Каракулова С.Г., Гулов М., Рачабов Э.С. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ.....	587
Каримбердиев М.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ И НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	588
Каримбердиев М.Х. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	588
Каримзода М.Б., Саидмуродова Г.М., Шомаматзода Ш.А. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ ПРИ МЕНИГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	589
Кодиров А.Х., Абдурахманова У.Ш., Фирузова Ф.Ф. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАТЯЖНОМУ ТЕЧЕНИЮ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	589
Курбанова С.Ч. ОСОБЕННОСТИ ВОССТАЕОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.....	590
Курбонова Р.Н., Зарипов А.Ш., Абдурахманова У.Ш. КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ (16-ЛЕТНИЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ).....	591
Қодирова Л.Р., Асламова Г.К. ОРИЗАҲОИ ЗУДВОХУРАНДАИ СЕПСИС ДАР КУДАКONI ХУРДСОЛ.....	591
Қурбонова С., Очилова Д., Тоҳиров Д. ЗУҲУРОТИ ПИЕЛОНЕФРИТИ ШАДИД ВА МУЗМИН ДАР КУДАКОН.....	592
Лошкова С.Р. ПРОЯВЛЕНИЯ МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА – ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.....	592
Мадамонов Ш.Ш., Ноефт Г. ГИБП ПРИ ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ IV КЛАССА.....	593
Маджидов Р.И., Файзуллоев Ф.А., Нуралиева Г.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С «СИНИМИ» ФОРМАМИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.....	594
Мадиев Б.Х., Исоева М.Ф., Қомилов И.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	594
Мансуров М.Ю., Наджмиддинова Д. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОДНОКАМЕРНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ.....	595
Махмадова С.А., Кабилова Б.Х. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА.....	596
Махмудова Г.А. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЛИНИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	596
Махсумова Б.А., Бобоев Г.С., Имодинова М.Ф. ПРОБЛЕМА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ.....	597
Мингбоева И.К., Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МАЛОЙ ТАЛАССЕМИИ У ДЕТЕЙ.....	597
Мингбоева И.К. СЕМЕЙНЫЕ ПРИОБРЕТЁННЫЕ НАРУШЕНИЯ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ.....	598
Мирзода И.Н., Мамадарова М.Г., Мирзоев Л.М. ИММУННЫЙ ОТВЕТ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАКЦИН ПРОТИВ COVID-19.....	598
Мирзозода А.Ч., Махмудова М.М. ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, РОЖДЁННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ.....	599
Мирзозода С.З., Музаффаров Ш.С., Тешаев Ф.Р. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	600
Мирзозода С.З., Саидова М.М., Каландарова М.С. АНЕМИЯ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ - ТРИГГЕР ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО.....	600
Музаффаров Ш.С., Нурова Р.А., Мирзоева Г.Т. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БУФЕРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ СЕПСИСЕ.....	601
Мулойджонов О. М., Матинов Ч.Ш., Далерзода А.Д. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА.....	601
Муминова Д. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	602
Муширай О., Муминова Ф. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	603
Муродализода Ф. Кавракова Д. Сулаймонов Х. АТОПИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ И ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.....	603
Муродов Г.З., Гиёсов А.А., Ашурова А.К. ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	603
Муродов Г.З., Гиёсов А.А., Шарифов С.Ш. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	604

Муслюмзаде С.З., Адилова А.И., Панахова Н.Ф. РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В КОРРЕКЦИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ	605
Назарова З.С., Каримзода М.Б., Саидова А.З. ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)	605
Назарова З.С., Нарзуллоева М., Исоева М.Ф. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	606
Назарова З.С., Исоева М.Ф., Мухиддинов А.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА С КОРЬЮ	606
Назриев А.А., Тагоева Д.М. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ	607
Насибова С.Н., Гаджиева А.С. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	607
Неъматуллаев Т. Б., Хамзаева К.А., Ахмадуллин А.А. ДИАГНОСТИКА И ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	608
Нигораи Иноятullo, Шодиев Б.Д., Кухистонов Ш.Г. ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ	608
Нишонов Д.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВОГО ПОДХОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ	609
Ниязова Ш.О. ИВЛ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЁГНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	610
Ноефт Г., Мадамонов Ш.Ш. СИНДРОМ НЕТЕРТОНА	610
Нурматова Н.Ф., Хабибуллаева Б.Р. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПИЕЛОНЕФРИТУ У ДЕТЕЙ	611
Нурматова Н.Ф., Хошимов А.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ	611
Нурматова О.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ У ДЕТЕЙ 8–14 ЛЕТ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ОСНОВЕ ДИНАМИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ И ИНТЕРЛЕЙКИНОВ	612
Обидова Т. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ	612
Отмуродова Д.У., Мамадиев Р.А., Аббосова М.Р. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	613
Разокова К. Р., Ашурова Н.П. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ОТЯГОЩЕННОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ	614
Разокова К.Р., Ашурова Н.П., Наврузова Н.Н. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ	614
Расулова С.А. К ВОПРОСУ АССОЦИАТИВНОСТИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЯМИ ...	615
Рахимова Н.Ф., Алишеров Н.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КАВАСАКИ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ ПОД МАСКОЙ ОРВИ	615
Рахманова З.Э., Авзалова М.И., Рабиева М.С. ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛИТА	616
Рахмонов Ш.Х., Иброҳимов Ч.Х. ОМУЗИШИ САБАБҲОИ ЗИЁДШАВИИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ ДАР КӢДАКОНИ СИННИ МАКТАБӢ	616
Ризоева М.Н., Абдурахманова У.Ш. IGA-ВАСКУЛИТ У ДЕТЕЙ: АБДОМИНАЛЬНЫЙ ДЕБЮТ ПОД МАСКОЙ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	617
Саидова Д.А., Зардакзода М.А. ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ	618
Саидова М.М., Муминова Н.Н., Шарипова М.М. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	618
Саидова М.М., Мирзозода С.З. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	619
Сайдалиев Ш.Ш., Абадов Ш.Т., Шарифзода З.У. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФЕБРИЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ И ДРУГИХ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ	619
Сатторова А.П., Хазраткулова Н.С. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	620
Сафарова О.З., Султонбеков Н.С., Фирузова Ф.Ф. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	620
Сафарова У.Ш., Имодинова М.Ф., Каримов С.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ	621
Сафарова У.Ш., Зиёева Ш.К. ЗНАЧИМЫЕ ТРИГГЕРЫ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ	622

Сирожиддинов Ш.С. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ФЕРСИКАРД КИДС» В УЛУЧШЕНИИ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА ЭНДОТОКСИКОЗА.....	622
Субханова А.А., Хакбердиев У.Ч., Назарализода С.Н. НЕЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ. (АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ (клинический случай)	623
Султонбеков Н.С., Разокова Д.Д., Хасанова Ю.Э. ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ПРОЯВЛЕНИИ ПНЕВМОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	624
Султонбеков Н.С., Курбонбеков Р.Д., Абдурахманова У.Ш. ОСОБЕННОСТИ КАЛЬЦИЕВОГО И ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У НОВОРОЖДЁННЫХ С ВНУТРИУТРОНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ..	624
Тошмамадов Ш.Д., Каромов Д.С., Султонбеков Н.С. ТАХИКАРДИЯ И ПАРОКСИЗМАЛЬ ДАР НАВЗОДОН (ХОЛАТИ КЛИНИКИ)	625
Тошпулатова Г.О. КОГНИТИВНЫЕ ПРОФИЛИ ДЕТЕЙ С РАС И СДВГ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ЦИФРОВЫХ КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ.....	625
Турдиев Н.Р., Имодинова М.Ф. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КУЛИ.....	626
Туробова З.Н., Сатторова А.П., Хазраткулова Н.С. ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НОВОРОЖДЁННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.....	626
Узакова У.З. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ «А»	627
Урунова М., Мирзоева З.И., Самиева Н.Ш. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕНИИ.....	627
Файзуллоев Ф.А., Рахмонов Ш., Курбонов Ч.И. БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	628
Филатова А.И. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ.....	628
Фирузова Ф.Ф., Алимов Х.Х. ОСОБЕННОСТИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	629
Фирузова Ф.Ф. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	630
Халимова М.И., Бобоева З. РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ.....	630
Хафизова М.А., Дехконова Ф.А., Мансуров М.Ю., Валиев М.Н. РОЛЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В СТАБИЛИЗАЦИИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТАКАЯСУ У ПОДРОСТКА	631
Ходжаев А.А., Ризоёва М.Н., Саидов Х.Ш. АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ.....	631
Ходжаев А.А., Ризоёва М.Н., Саидов Х.Ш. АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ.....	632
Хомидов Э.К., Давлатов С.А. ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.....	632
Хусаинова Ш.К. НЕИНВАЗИВНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЁННЫХ.....	633
Хусенова М.С., Рахмонов Ш.Х., Одинаев С.К. ВРОЖДЁННЫЙ ИХТИОЗ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У НОВОРОЖДЁННОГО	634
Хусенова М.С. СОСТОЯНИЕ НУКЛЕОТИДНЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ МЕССЕНДЖЕРОВ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ	634
Чиллаева М.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ.....	635
Шарипова М.М., Мирзоев М.Н., Мамуров Д.У. НЮАНСЫ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ.....	635
Шахрибонуи С., Музаффаров Ш.С. ГИПОЭРГИЧЕСКИЙ И ГИПЕРЭРГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	636
Шахрибонуи С., Рахмонов Ш.Х. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД.....	637
Шомурадова К. А., Исмоилов Н. Б. СВЯЗЬ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ.....	637
Юнусов К.К., Нарзуллоева М., Салимов А.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	638
Юсупов А.О., Нилуфари Киёмиддин, Амиркулова Л.Т. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ.....	638
Юсупова Ш.Б., Мадамонов Ш.Ш., Шарипов Ф.М. МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ РОСТА ПРИ СИНДРОМЕ ТЁРНЕРА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....	639
Юлдошева М.У. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ СРЕДИ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН.....	639

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:

HALEON

СПОНСОРЫ-УЧАСТНИКИ:



Отпечатано в типографии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

*Подписано к печати 16.04.2026г. Формат 60x84¹/₁₆.
Объем 42 п.л.. Тираж 20 экз.*