

**ПАЁМИ ДОНИШКАДАИ ТИББӢ-ИҶТИМОИИ ТОҶИКИСТОН
ВЕСТНИК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА ТАДЖИКИСТАНА
HERALD OF THE MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTE OF TAJIKISTAN**

**Маводҳои конференсияи II-уми солонаи илмӣ-амалӣ
бо иштироки коршиносони давлатҳои бурунмарзӣ
ТИББИ-ИҶТИМОӢ – САМТИ НАВИ РУШДИ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЯ ВА ИЛМ (ДАСТОВАРД, МУШКИЛОТ ВА
РУШДИ ОН) ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

**Материалы ежегодной II научно-практической
конференции с международным участием
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ УЧЕНИЕ - НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ
В РАЗВИТИИ ОБРАЗОВАНИЯ, ПРАКТИКИ И НАУКИ
(ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ЕГО РАЗВИТИЕ)
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Приложение к журналу №4
«Вестник медико-социального института Таджикистана»



**28-29 октябр
Душанбе – 2022**

**ПАЁМИ ДОНИШКАДАИ ТИББӢ-ИҚТИМОИИ ТОЧИКИСТОН
ВЕСТНИК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА ТАДЖИКИСТАНА
HERALD OF THE MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTE OF TAJIKISTAN**

**Маводҳои конференсияи II-уми солонаи илмӣ-амалӣ
бо иштироки коршиносони давлатҳои бурунмарзӣ
ТИББИ-ИҚТИМОӢ – САМТИ НАВИ РУШДИ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЯ ВА ИЛМ (ДАСТОВАРД, МУШКИЛОТ ВА
РУШДИ ОН) ДАР ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН»**

**Материалы ежегодной II научно-практической
конференции с международным участием
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ УЧЕНИЕ – НОВОЕ
НАПРАВЛЕНИЕ В РАЗВИТИИ ОБРАЗОВАНИЯ,
ПРАКТИКИ И НАУКИ (ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ
И ЕГО РАЗВИТИЕ) В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

**Приложение к научно-практическому журналу
“Вестник медико-социального института Таджикистана”,
№4**

**28-29 октябр
Душанбе – 2022**

**ПАЁМИ
ДОНИШКА-
ДАИ ТИББЪ-
ИЧТИМОИИ
ТОЧИКИСТОН**

**Мачаллаи
илмӣ-амалии
тиббӣ**

**Ҳар се моҳ чоп
мешавад**

**Соли таъсисаш –
2021**

**Нашрияи МТҒ
“Донишкадаи
тиббӣ-иҷтимоии
Тоҷикистон”**

**Мачалла
дар Вазора-
ти фарҳанги
Ҷумҳурии
Тоҷикистон
таҳти №197/ИҶ-
97 аз 20 майи
соли 2021 ба қайд
гирифта шудааст.**

Подписано в пе-
чать 21.10.2022. Фор-
мат 60x84¹/₈. Бума-
га офсетная. Печать
офсетная. Гарнитура
Times New Roman.
Усл. печ. л. 16,5. Ти-
раж 250 экз. Заказ
№25.

ООО «Сифат-Офсет»
г. Душанбе, улица
Гастелло 6 пр.,
дом 9.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ибодов Х.И. зам. Председателя организационного комитета, учредитель НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, д.м.н., профессор

Ибодзода З.Х. зам.председателя организационного комитета, учредитель НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.э.н.

Шахобова С.А. ответственный секретарь, начальник отдела науки и инноваций НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Мишғони Сорбон проректор по учебной работе и практике НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.м.н.

Ахмедов А. проректор по науке и инновациям НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, член корр. Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессор

Охунов Б.Х. проректор по воспитательной работе НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.п.н.

Ризоева Г.И. декан медицинского факультета НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.ф.н.

Эгамова М.М. декан факультетов “Стоматология” и “Фармация” НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Хайдарзода Б.М. декан факультетов «Психолого-медицинская работа» и «Социальная работа» НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Пулотов К.Дж. зав. кафедрой общей хирургии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.м.н.

Рофиева Х.Ш. зав. кафедрой терапии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.м.н.

Абдурахманов Н.А. зав. кафедрой медицинской биологии и основы генетики НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, д.м.н.

Муродов С.С. зав. кафедрой социальных наук НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.и.н.

Хакимова М.Б. зав. кафедрой гигиены и экологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» к.м.н.

Шамсиддинов А. зав. кафедрой фармацевтической технологии, фармакогнозии, организации и экономики фармации, фармакологии и клинической фармакологии, фармацевтической службы и фармацевтической информации НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» к.х.н.,

Шарипова А.Ш. зав. кафедрой языков НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”, к.ф.н.

Курбанова С.М. зав. кафедрой общественного здравоохранения, медицинской статистики, истории медицины с курсом сестринского дела НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Курбанова Г.Х. зав. кафедрой терапевтической стоматологии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Сайфуллоева М.Х. зав. кафедрой общей, неорганической, аналитической, биологической, физколлоидной и токсикологической химии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Рахматулов А.А. зав. кафедрой анатомии человека и латинских медицинских реформ НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Ибрагимов Р.С. зав. кафедрой медицинской физики и биологии с основами информационных технологий НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I.

Клинические дисциплины

(хирургия, терапия, стоматология, фармация)

Инюшкина Е.М., Воробьев Д.В., Инюшкин А.Н. Исследование микроциркуляции сосудов в ухе кролика при воздействии импульсных токов от аппарата «Элав-8» и биологически активного средства «Пеламин»	8
Певцов Д.Э., Баховадинов Б.Б., Ашуралиев Н.К., Алянский А.Л., Исмоилзода С.С. Особенности результатов Hla-типирования крови у доноров и реципиентов Республики Таджикистан.....	10
Khakimova L.R., Yusupov S.A., Shamsiev A.M., Shamsiev Zh.A., Kiyamov A.U. Rehabilitation of children with urolithiasis in ambulatory primary care settings.....	11
Ибодов Х., Рофиев Р., Икромов Т.Ш., Орипов М.А. Роль «Helicobacter pylori» в развитии язвенного дуоденостеноза у детей.....	12
Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х. Анализ статуса и ресурсов вертикальных центров на уровне ПМСП в районах республиканского подчинения	14
Ибодов Х., Яхшибекова Ш.Дж., Рофиев Р., Асадов С.К. Дифаллия с ассоциированными пороками развития	15
Бурханова Г.Л., Мавлянова З.Ф., Алиева Д.А. Выявление нарушений опорно-двигательного аппарата среди спортсменов	16
Мирзоев Д.С., Ибодов Х., Яхшибекова Ш.Дж. Диагностика и лечения болезнь гиршпрунга у детей раннего возраста.....	17
Шарипов А.М., Юсупов Б.Х., Шарипов Н.Ш., Пулотов К.Дж. Результаты лечения рубцовых стенозов пищевода у детей.....	18
Абдурахмонов Н.А., Нодиров А.А., Тошев М.М. Сироты бемориҳои гельминти дар байни ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	19
Тиллоев А.И., Пулотов К.Дж. Ранняя эндоскопическая диагностика при термоингаляционных травмах верхних дыхательных путей.....	20
Файзуллоев Х.Т. Показатели спектрального анализа и фрактальной оценки после интенсивной терапии у больных сочетанием инфаркта миокарда с ишемическим инсультом.....	21
Камилов Х.М., Максудова Л.М., Бабаханова Д.М., Рустамова К.Б. Новый подход на раннюю диагностику эндофтальмита.....	22
Камилов Х.М., Максудова Л.М., Бабаханова Д.М., Инагамджанова Ш.Б., Рустамова К.Б. Современный взгляд на этиологию рецидивирующей эрозии роговицы.....	25
Рофиева Х.Ш. Нарушение некоторых показателей гемостаза и функционального состояния гипоксогулирующей функции легких у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде.....	26
Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г. Особенности питания у детей первого года жизни	27
Sanikidze E. A new strategy of medical rehabilitation in Georgia - challenges and achievements	28
Мираков Х.М., Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов А., Ибодов Н.С. Хирургическая коррекция обструкции дистального отдела мочеточников у детей.....	29
Косимов М.М., Талбаков С.Ш., Ёров А.Г. Алгоритм реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба.....	30
Пачаджанова Л.Н., Исламова С.И., Хакимзода Э.З. Оказание экстренной стоматологической помощи в условиях пандемии.....	30
Аширбай Қ.С., Айтбаева Э.Б., Қалабаева М.М., Курбанбеков Н.А., Каукенбаева Г.Т. Врожденная кистозно – аденаматозная мальформация легкого у новорожденных	31

Калабаева М.М., Оразалинов А.Ж., Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б., Шиланбаев Н.Р., Шекенова А.Б. Современные методы диагностики и лечения ахалазии пищевода у детей.....	33
Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б., Калабаева М.М., Шекенова А.Б. Колостомия при аноректальных пороках у детей.....	35
Калабаева М.М., Хаиров К.Э., Афлатонов Н.Б., Ахтаров К.М., Касенов Ш.Е. Диагностика и хирургическая коррекция кистозной трансформации холедоха у детей	36
Тиллоев А.И., Пулотов К.Дж. Частота встречаемости болезней лор органов при хронических неспецифических заболеваниях легких	37
Решетняк В.И., Маев И.В., Решетняк Т.М. Морфологические формы <i>Helicobacter Pylori</i>	38
Кузиева Л.С., Тиллоева З., Олимова М. Медико - социальные аспекты психического здоровья жён трудовых мигрантов в Республике Таджикистан	39
Мастибекова А.К., Сатторова М.А., Асслидинова А.М., Зардодхонова М.Т. Аспекты топометрия при лучевой терапии у онкобольных в условиях Республики Таджикистан.....	40
Мирзоев О.А., Каримова Ф.Н., Махмудова Х.Х. Хирургические осложнения после расширенных онкогинекологических операций	41
Абдуллаева Н.Ш. Оценка качества жизни детей дошкольного возраста г. Душанбе	42
Абдуллаева Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни г. Душанбе.....	43
Асламова Г.К., Икромов Т.Ш., Мамадаминова С.Х. Состояние иммунного статуса у детей с избыточной массой тела при пневмонии.....	44
Ахмеджанова М.Ш. Применение комплексного ультразвукового исследования в изучении состояния почечного кровотока у детей с обструктивными уропатиями	45
Ашуров Р.Д. Перинатально-гипоксическое поражение головного мозга у детей	47
Баходуров Х.Ф. Нарушения дыхания и гемодинамики у детей с тяжелой формой пневмонии.....	47
Набиева Ш.З., Шамсов Б.А., Набиева Н.З. Исследование ЭЭГ на разных уровнях бодрствования у детей с синдромом раннего детского аутизма	48
Насриддинова Б.С. Особенности УЗИ диагностики острого аппендицита у девочек	49
Холиков З.Х., Хукумзода М.З., Каноатов И.Н. Особенности современного течения острого ларинготрахеита у детей.....	50
Сафарзода А.М., Шамсзода Х.А., Набиев З.Н. Тяжелая черепно-мозговая травма у детей	51
Сафарзода А.М., Шамсов Х.А., Рабиева Д.М. Принципы инфузионной терапии травматического шока на догоспитальном этапе	52
Солиева Л.М., Каноатов И.Н. Эффективность применения спейсера у детей с бронхиальной астмой в приступный период.....	52
Файзуллоев Ф.А., Мачнунов А.Н. Нарушение ритма сердца у детей после кардиохирургической операции врождённых пороков сердца	53
Бадалов Ш.А., Азизов А.А., Гуломов Ф.М. К вопросу хирургической коррекции, дренирование почки и мочеточников при пороках развития мочевой системы у детей.....	54
Бадалов Ш.А., Азизов А.А., Гуломов Ф.М. Применения физических факторов при лечении экстропия мочевого пузыря (ЭМП) у детей	55
Шамсов Б.А. Особенности современного лечения детей с белково-энергетической недостаточностью	56
Юнусбаева М.Ш. Оптимизация УЗИ диагностики головного мозга при внутричерепной гипертензии у детей.....	57
Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г. Эффективность применения препаратов небутамола и небуфлюзона в лечении нетяжелых и не осложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей.....	58

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г. Особенности функционального состояния вегетативной нервной системы у детей с железодефицитной анемией	58
Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г. Ингаляция при аденоидах небулайзером.....	60
Назаров Б.Дж., Боймуродов Р. Дифференциальная диагностика заболевания коленных суставов в амбулаторных условиях	61
Миров Э., Муминов Ш.Дж. Определение доминирующего полушария головного мозга у студентов.....	62
Муминов Ш.Дж., Миров Э. Нарушение кровообращения сосудов головного мозга у больных хронической болезнью почек.....	62
Боймуродов Р., Хайдаров Н. Эндоскопическая картина слизистой оболочки верхнего отрезка пищеварительного тракта у больных с начальной стадией хронической почечной недостаточности.....	63
Миров Э.Х. Влияние мелатонина на дисфункцию эндотелия у пожилых больных артериальной гипертонией.....	64
Назаров П.Ю., Назаров Б.Дж. Изменение показателей диастолического наполнения левого желудочка при лечении мелатонином больных артериальной гипертензией	65
Одилов А.Ю., Кадыров З.А., Бозоров Дж.Дж. Отдаленные результаты традиционной нефрэктомии.....	65
Одинаев Х.С., Саъдуллоев Ф.С., Рашидов Б.Дж. Интра- и послеоперационные осложнения чрескожной перкутанной нефролитотрипсии	66
Рахимов Д.А., Ибодов Н.С., Рахимов М.А. Контактная уретеролитотрипсия крупных камней нижних отделов мочеточников.....	68
Олимов Р.Х., Аминов З.А., Абдуллоев Б.З. Современные подходы и методы лечения синдрома преждевременной эякуляции.....	68
Воробьев Д.В. Экопрофилактика – научно-практическая концепция здоровьесбережения в экологически неблагоприятных условиях.....	69
Коваленко Е.Б. Эффективность карбокситерапии в лечении болевого синдрома при заболеваниях опорно-двигательной системы	72
Мавлянова З.Ф., Алиева Д.А., Ботиров Ф.К. Организационные вопросы заболеваемости пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата в самаркандской области	73
Бурханова Г.Л., Мавлянова З.Ф., Алиева Д.А. Выявление нарушений опорно-двигательного аппарата среди спортсменов	74
Эрназаров А.Ж., Мавлянова З.Ф., Алиева Д.А., Абдумаджидов М.А., Ботиров Ф.К. Возможности магнитотерапии при грыжах межпозвоночных дисков.....	74
Равшанова М.З., Мавлянова З.Ф., Алиева Д.А. Кинезиотейпирование - метод реабилитации спортсменов с травматическим повреждением голеностопного сустава	75
Баховадинов Б.Б., Ашурзода Г.С., Певцов Д.Э., Ермачкова А.В., Одиназода А.А. О значении поиска и идентификации антиэритроцитарных антител у доноров и больных в обеспечении иммунологической безопасности гемотрансфузий.....	76
Одиназода А.А., Баховадинов Б.Б., Певцов Д.Э., Кубиддинов А.Ф., Кучер М.А. Профилактика железодефицитной анемии у доноров крови	78
Певцов Д.Э., Баховадинов Б.Б., Кучер М.А., Кулагин А.Д. Об особенностях производственной деятельности отделения переливания крови университетской клиники	79
Певцов Д.Э., Баховадинов Б.Б., Одиназода А.А., Кубиддинов А.Ф., Кучер М.А., Кулагин А.Д. Растрянность маркеров инфекций среди доноров Республики Таджикистан и города Санкт-Петербурга	81

Невзорова Е.В., Шакула А.В., Семилетова С.В. Немедикаментозный метод кардиореабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	83
Невзорова Е.В., Шакула А.В., Королева М.А. Медико-экологическая характеристика тамбовской курортной зоны.....	84
Бердиев Р.Н., Хабибов И.М., Умаров Дж.В. Частота и спектр врожденных пороков центральной нервной системы Республики Таджикистан	85
Шарипов А.М., Гуриев Х.Ч., Додочонов Ю.Т. Современные подходы к лечению болезни гиришпрунга у детей.....	86
Шарипова Н.А., Зарипова М.Ч., Вохидов А. Особенности рентгенологических изменений в легких у новорожденных с внутриутробной пневмонией.....	87
Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов А. Удвоение прямой кишки	88
Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Давлятов С.Б. Осложненные эхинококковые кисты легких у детей	89
Курбонова Г.Х., Мирзоева Н. Оценка эффективности лечебного материала на основе гидрооксид кальция «Kett life» при лечении глубокого кариеса	91
Пулотов К.Дж. Эндоскопическая тактика при инородных телах нижних дыхательных путей у детей.....	92
Пулотов К.Дж. О целесообразности применения бронхоскопии у пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19	93
Курбонова Г.Х., Махмудов М., Сагторов С. Качественный и количественный анализ микрофлоры десневой борозды опорных зубов на этапах ортопедического лечения	94
Рофиева Х.Ш. Оценка показателей липидного спектра крови у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде	95
Яхшибекова Ш.Дж., Ибодов Х., Мирзоев Д.С., Давлатов А. Транспортировка новорожденных с аноректальными пороками развития.....	96
Курбонова Г.Х., Эгамова М.М., Мирзоева Н. Дефицит витамина D и ее роль в развитии кариеса зубов среди студентов	97
Гундаров И.А., Пономарева Е.Г. Задачи медико-социальной работы в профилактической диспансеризации на предприятиях.....	98
Хамраев А.Ж., Жураев Ш.Ш. Геморрой у детей.....	99
Хамраев А.Ж., Хамроев У.А. Повторные хирургические коррекции при осложнениях аноректальных мальформации у детей	101
Ибодов Х.И., Мираков Х.М., Икромов Т.Ш., Ибодов Н.С., Ибодова Г.Х. Диагностика функциональных нарушений почек при уретерогидронефрозе у детей.....	102
Ибодов Х.И., Кавраков М., Моёнова Ш.Ш., Сайёдов К.М. Миниинвазивная эндоскопическая перкутанная нефролитотрипсия у детей.....	104
Шарипова М.Б., Амирова Х.Д., Кавракова З. Диагностика и профилактика врожденных пороков у плода	105
Зарипова М.Ч., Шарипова Н.А., Вохидов А. Формирование риска рождения и заболеваемости детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела	105
Кудратова С.Н. Особенности течения covid-19 у детей различных возрастных групп.....	106
Саидмурадова Г.М., Аминджонова Д.Р., Мавлянова З.Р. Клиническая характеристика и лечение поражений органов желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста при COVID-19.....	107
Икромов Т.Ш. Состояние гемостаза у детей с хронической болезнью почек.....	109

Раздел II

Медицинские и немедицинские теоретические дисциплины

Ибодзода З.Х. Медико - социальный институт Таджикистана: история основания и этапы развития	111
Ахмедов А. Истиклолияти давлатӣ ва рушди илми тиб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	113
Сорбон М. Тибби-ичтимоӣ - самти нави рушди таълим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	115
Ахмедов А. Шиповник Гунтский – как один из перспективных продуцентов аскорбиновой кислоты	117
Шамсидинов А.Қ., Сироджидинов М.Э., Обидов З.Р. Анодное поведение сплава Zn55al с таллием, в среде электролита Hcl	119
Магзумова Ф.П., Пулотов К.Дж. Некоторые медико-реабилитационные аспекты при коронавирусной инфекции в Республике Таджикистан.....	120
Зоҳидов Н.С., Юлдошев Ҳ. Квиноа манбаи моддаҳои фаъоли биологӣ ва дурнамои истифодаи он.....	121
Эгамова М.М., Сафарзода Р.Ш. Топинамбур, его народное и научное медицинское значение.....	122
Раҳматулаев А.А., Мирзороҳимов М., Розиков Н.Ш. Вазъи воқеъии хизмати баҳши анатомияи патологӣ дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон	123
Холов С.Б., Нодиров А.А. Таркиб ва технологияи шаклҳои маводи доруворӣ дар асоси моддаҳои фаъоли биологии растаниҳои шифобахши ватанӣ	124
Талабов О.Д. Нақши таҷрибаомӯзии истехсолӣ дар ташаккули маҳорати касбии донишҷӯёни самти тиббию иҷтимоӣ	125
Сайфуллоева М.Ҳ. Омӯзиши мувозинатҳои фазагӣ дар системаи K, Ca SO ₄ , Cl-H ₂ O дар ҳарорати 75°C	127
Ҳакимова М.Б., Шарифзода Ф.Дж. Дефицит йода как фактор, влияющий на репродуктивное здоровье женщин	128
Охунов Б.Х. Использование информационно-коммуникативные технологий и интернет - ресурсов на занятиях английского языка	129
Саидов Н.Д. Стандартизация лекарственных средств	131
Мурадов С.С. Таълиму тарбия аз нигоҳи мутафаккирони шарқ	132

РАЗДЕЛ I КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (хирургия, терапия, стоматология, фармация)

Е.М. Инюшкина, Д.В. Воробьев, А.Н. Инюшкин

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СОСУДОВ В УХЕ КРОЛИКА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ИМПУЛЬСНЫХ ТОКОВ ОТ АППАРАТА «ЭЛАВ-8» И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОГО СРЕДСТВА «ПЕЛАМИН»

Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева, Россия, Самара

ООО «Центр медицинских инноваций доктора Воробьева Д.В.», Россия, Самара.

Целью исследования. Изучение эффективности воздействия импульсных токов различных частот от аппарата ЭЛАВ-8 и введения биологически активного средства «Пеламин» на микроциркуляцию в ухе кролика.

Материалы и методы исследования. В экспериментах участвовали 6 кроликов одного помета возрастом 3 месяца. Было поставлено 30 опытов. Кролики использовались потому, что размер их ушей оптимален для исследования, а также ткань уха тонкая и покрыта малым количеством шерсти, и сосуды уха визуализируются достаточно четко. Сначала 6 кроликов были контрольной группой, затем они же – опытной группой. Это было необходимо из-за наличия индивидуального рисунка сосудов уха у кроликов. Впервые на кроликах нами был использован электроапликатор доктора Воробьева (ЭЛАВ-8) ЭЛАВ 8 предназначен для лечебного воздействия на сегментарно - рефлекторные зоны человека при заболеваниях опорно-двигательной системы и внутренних органов.

Впервые нами использовано биологически активное средство «Пеламин» для трансдермального введения при помощи импульсного тока от аппарата ЭЛАВ-8.

На первом этапе эксперимента рассматривали ухо кролика при дневном освещении. Затем фотографировали цифровым фотоаппаратом с целью зафиксировать сосуды уха в норме. К паравертебральной области животных прикладывали электроапликаторы от ап-

парата ЭЛАВ-8 и воздействовали импульсным электрическим током частотой 50 и 100 Гц и амплитудой 10 В. Воздействие осуществляли на протяжении 15 минут. Фотоаппаратом на одинаковом расстоянии фиксировали сосуды уха на 3, 5, 10 и 15 минутах воздействия электрическим током от аппарата ЭЛАВ-8. Вторым этапом смазывали паравертебральную область кролика биологически активным средством «Пеламин». Фотографировали уши тем же способом в тех же временных промежутках. Третьим этапом осуществляли воздействие импульсным электрическим током частотой 50 и 100 Гц и амплитудой 10 В на паравертебральную область, смазанную «Пеламином». Фиксировали сосуды уха кролика. Затем сравнивали сосуды уха до воздействия. Т.к. микрососудов в ухе кролика очень много, а нами были использованы визуальные средства, обсчитывалась верхняя и нижняя часть центральной ушной артерии. Эксперименты проводили с соблюдением всех биоэтических норм и правил. Результаты обрабатывали в программе Image J, позволяющей измерять диаметр сосудов, графическую обработку экспериментальных данных осуществляли с помощью программы Sigma Plot 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Первым этапом нашей работы явилось исследование воздействия импульсных токов различных частот на диаметр верхней и нижней части ушной артерии.

В результате проведенных исследований

нами было установлено, что при воздействии на паравертебральные области кроликов импульсных токов частотой 50 Гц происходило увеличение диаметра ушной артерии.

В ходе экспериментов нами было установлено, что диаметр верхней части артерии статистически значимо увеличивается на 3-ей минуте на 4,5%, на 5-ой и на 10-ой минутах – на 9,5%, на 15-ой – на 8,5% (здесь и далее по сравнению с 1-ой минутой).

Диаметр нижней части центральной ушной артерии статистически значимо увеличивается на 3-ей минуте на 5,5%, на 5-ой – на 10%, на 10-ой и 15-ой минутах – на 9%.

Диаметр верхней части артерии статистически значимо увеличивается на 3-ей минуте на 11%, на 5-ой и 10-ой минутах – на 15%, на 15-ой – на 14% (по сравнению с 1-ой минутой).

Диаметр нижней части артерии на 3-ей минуте увеличивается на 10%, на 5-ой и 10-ой минутах – на 15%, на 15-ой – на 13% (по сравнению с 1-ой минутой).

Следующим этапом нашего исследования было вычисление диаметра сосудов при комбинированном воздействии импульсных токов и биологически активного средства «Пеламин».

В ходе работы было статистически значимо выявлено, что диаметр верхней части ушной артерии на 3-ей минуте увеличивается на 3,7%, на 5-ой – на 6%, на 10-ой – на 7,5%, на 15-ой – на 10%.

Также установлено, что диаметр нижней части центральной ушной артерии на 3-ей минуте увеличивается на 4,5%, на 5-ой и на 10-ой минутах – на 7,6%, на 15-ой – на 10%.

В ходе проделанных экспериментов нами было выявлено, что диаметр верхней части ушной артерии (при частоте тока 100 Гц) на

3-ей минуте достоверно увеличивается на 4,3%, на 5-ой – на 8,6%, на 10-ой – на 12%, на 15-ой – на 16%.

Диаметр нижней части артерии на 3-ей минуте увеличивается на 5,5%, на 5-ой и на 10-ой минутах – на 13%, на 15-ой – на 16%.

Выводы. В современном понимании микроциркуляция представляет собой сложно организованную систему, обеспечивающую упорядоченное движение крови, лимфы, тканевых жидкостей, всасывание и выделение биохимических субстратов, метаболитов, физиологически активных веществ.

В нашем исследовании мы наблюдали, что сосуды уха кролика расширяются и образуются новые коллатерали, отходящие от центральной ушной артерии. Также было выявлено, что воздействие импульсного электрического тока от аппарата ЭЛАВ-8 оказывает вазодилататорный эффект на сосуды уха кролика.

А комбинированное воздействие импульсного электрического тока от аппарата ЭЛАВ-8 и биологически активного средства «Пеламин» оказывает более пролонгированный эффект на расширение сосудистого русла.

Гуминовые вещества позволяют депонировать в организм человека и животных через кожный покров ферменты, аминокислоты, витамины и гормоны, содержащиеся в бурой морской водоросли (ламинарии). Этот факт объясняет то, что после применения средства «Пеламин» на паравертебральную область кроликов в среднем сразу появляются 2-3 новые «видимые» большие коллатерали, отходящие от главного ствола центральной ушной артерии, количество которых остается постоянным в течение всего эксперимента. Количество мелких капилляров также увеличивается и составляет 10-15 штук.

Д.Э. Певцов, Б.Б. Баховадинов, Н.К. Ашуралиев, А.Л. Алянский, С.С. Исмоилзода

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ HLA-ТИПИРОВАНИЯ КРОВИ У ДОНОРОВ И РЕЦИПИЕНТОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава Российской Федерации, г. Санкт-Петербург
ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей», г. Душанбе, Таджикистан*

Введение. Трансплантация органов и гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) нередко является основным методом лечения для пациентов с терминальной стадией почечной, печеночной и сердечной недостаточности, онкологических, онкогематологических и наследственных заболеваний. В настоящее время в Российской Федерации выполняется около 1800 трансплантаций органов в год при потребности 8 000, больше 2 000 трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток при потребности более 5 000. В Республике Таджикистан в настоящее время ежегодно нуждаются в пересадке почки свыше 500 пациентов, трансплантации ГСК – около 100 пациентов, печени – более 200 пациентов. Однако в течение года только десятки из этих пациентов могут дожидаться трансплантации почек и печени. Трансплантация ГСК осуществляется единичным пациентам в зарубежных клиниках. Основным лимитирующим фактором там является невозможность найти HLA-совместимого донора, в связи с этническими генетическими особенностями. При пересадке органов и гемопоэтических стволовых клеток процессы приживления и отторжения трансплантата определяются степенью биологической совместимости донора и реципиента. Медиана времени до отторжения трансплантата при трансплантации от полностью совместимого по антигенам HLA родственника составляет 22,4 года, а при аллогенной трансплантации трупного органа – 4,6 года. В связи с этим осуществляется пересадка почек и печени от родственных живых доноров.

Цель исследования. Выполнить анализ и выявить степень распространенности антигенов HLA-A, HLA-B и HLA-DR у потенци-

альных родственных и неродственных доноров органов и тканей и реципиентов донорских органов, создать регистр типированных доноров, осуществить подбор совместимого донора для трансплантации почек, печени и ГСК.

Материалы и методы исследования. Исследование фенотипа по системе HLA I класса (A и B) проводили с помощью комплемент-зависимого лимфоцитотоксического теста в микропланшетах «Терасаки» ЗАО «Гиссанс» (Санкт-Петербург). В качестве исследуемого материала использовали лимфоцитарную взвесь. Для проведения молекулярно-генетического типирования HLA антигенов I и II класса использовали метод PCR-SSP. Метод PCR-SSP основан на проведении полимеразной цепной реакции с использованием сиквенс-специфических праймеров (PROTRANS, Германия). В качестве исследуемого материала использовали образцы цельной крови. Также проводили определение антител к антигенам системы HLA (индекс сенсibilизации), перекрестную пробу между донором и реципиентом по тканевым антигенам.

Результаты исследование и их обсуждение. Полученные результаты показали, что в локусе HLA-A доминируют гены A2, A11, A1, A3. Гены A19, A23, A24, A26, A32, A33, A36 и другие выявлены реже. В локусе HLA-B выявлены преимущественно гены B35, B13, B51, B49, B17, B14, B38, B12. Гены B7, B8, B11, B15, B16, B18, B22, B40, B41, B60, B61 – выявлялись значительно реже. У большинства европейских народов доминируют гены A1, A2, A3, B7, B35. Сравнительный анализ антигенов системы HLA показывает значительную разницу граждан Республики Таджикистан по сравнению с европеоидами, особенно по ло-

кусу В. Среди локуса DRB1*DR преобладают гены DRB1*03, DRB1*13, DRB1*04, DRB1*15. Остальные гены (DRB1*05, DRB1*11, DRB1*09, DRB1*14, DRB1*08 и другие) выявлены реже и в единичных случаях. У граждан европейских стран преимущественно встречаются гены DRB1*04, DRB1*07, DRB1*08, DRB1*10, DRB1*11, DRB1*12, DRB1*14, DRB1*16, DRB1*18. Результаты поиска анти-HLA антител к антигенам I и II класса, а также антигранулоцитарных антител у реципиентов оказались положительными у 26,42% реципиентов. Кровь доноров женщин, имевших неоднократные беременности и роды в анамнезе дали положительный результат на наличие анти-HLA, анти-HNA антител в 28,40% случаев. Результаты скрининга антител у 180 из 225 доноров крови женщин с неоднократными беременностями и родами в анамнезе оказались положительными. Некоторым живым донорам и реципиентам из Республики Таджикистан

определили специфичность выявленных антител. В большинстве случаев антитела были направлены к наиболее реже встречающимся антигенам, реже к более часто встречающимся антигенам, характерным для жителей республики. Результаты cross-match тестирования на совместимость с образцами донорских лимфоцитов между реципиентами и живыми донорами почек оказались положительными в подавляющем количестве случаев.

Выводы. По результатам проведенных предварительных исследований выявлен ряд различий в распределении антигенов HLA у населения Республики Таджикистан по сравнению с показателями Российской Федерации, Республики Казахстан, европейских стран, что диктует необходимость создания национального регистра типированных доноров гемопоэтических стволовых клеток и органов, а также реципиентов, нуждающихся в трансплантации органов и тканей.

L.R. Khakimova, S.A. Yusupov, A.M. Shamsiev, Z.A. Shamsiev, A.U. Kiyamov

REHABILITATION OF CHILDREN WITH UROLITHIASIS IN AMBULATORY PRIMARY CARE SETTINGS

Samarkand State Medical University, Uzbekistan

Introduction. There is an increasing trend towards urolithiasis in countries, including Uzbekistan. The urgency of the problem of urolithiasis is due to the fact that the disease is diagnosed at any age. It is alarming that urolithiasis is increasingly being diagnosed in children, even in infants. In spite of wide introduction of new highly effective noninvasive methods of diagnostics and treatment of urolithiasis the recurrence rate remains high.

Objective of the study. To analyze and develop rehabilitation measures in children with urolithiasis in ambulatory-polyclinic conditions.

Materials and methods of investigation. Any outpatient polyclinic should be equipped to diagnose urolithiasis at a modern level. The treatment must be supplemented by a more

detailed examination to determine the composition of the stone, the status of metabolic disorders of blood and urine, urine culture with determination of antibiotic sensitivity, study of hormonal background, identification of concomitant diseases that predispose to urolithiasis, etc. This will allow to develop a conservative therapy for each particular patient, aimed at metaphylaxis or prevention of stone formation and rehabilitation.

Results. At first, as a rule, the patients go to the polyclinic in case of renal colic (often accompanied by acute pyelonephritis), pains in the lumbar region, macrohematuria. Often urolithiasis can be asymptomatic and is detected during an accidental examination for another disease. After the patient has received emergency treatment, the causes (risk factors)

leading to the disease must be identified, and a comprehensive urological examination must be carried out. Adequate complex treatment-diagnostic measures, worked out as a result of the examination, will make it possible to carry out individual metaphylactic treatment of each specific patient, which is especially important for children. All patients with urolithiasis should be systematically examined. It is important to note that there should also be a hierarchy of treatment facilities according to their capacity in the dynamic follow-up of the patient. To prescribe prophylactic treatment the doctor should pay special attention to the patient's dietary habits, the nature and course of concomitant diseases, the features of operations (and in some cases their complications) on the urinary system organs. To treat patients, if necessary, should be connected to the doctors of allied specialties surgeons, internists (pediatricians), nutritionists, endocrinologists, nephrologists and physiotherapists and a number

of other specialists. All patients with urolithiasis must be placed under medical supervision, which must be continued for at least 5 years.

Conclusion. Thus, the main outpatient treatment and metaphylaxis of calculi formation must be aimed at correction of metabolic disturbances of calculi formation in blood and urine, sanitation of urinary tract and normalization of urine pH, which must be started not earlier than 1 month after surgical treatment (when the function of renal parenchyma is restored). Treatment should be tailored to each patient depending on age, chemical form of urolithiasis, nature of concomitant diseases. Dispensary follow-up is continued for at least 5 years. Systematic metaphylaxis, clear and coordinated continuity in the work of the outpatient clinic and the urological hospital leads to a 2.8-fold reduction in the recurrence rate of stone formation.

Х. Ибодов, Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов, М.А. Орипов

РОЛЬ «HELICOBACTER PYLORI» В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОГО ДУОДЕНОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Актуальность. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) была и остаётся актуальной проблемой здравоохранения. В последние десятилетия доминирует инфекционная теория этиологии язвенной болезни. В литературе очень мало работ посвященных связь хеликобактерной инфекции с осложнениями дуоденальной язвы, в том числе пилородуоденостенозом (ПДС) у детей. Несмотря на достигнутые успехи в патогенетическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей число осложнений достигает от 7,3% до 24,5% (Бойко В.В. с соавт. 2013г; Ерьско с соавт. 2017г).

Цель исследования. Изучить роль хели-

кобактерной инфекции (*H.pylori*) в развитии язвенного пилородуоденостеноза у детей.

Материалы и методы исследования. В основу данной работы положены результаты функциональных исследований 48 детей с ЯБ ДПК, осложненным дуоденостенозом (ДС), находившиеся на обследовании и лечении в клинике детской хирургии ГКДХБ и ГОУ ИПО В СЗ РТ на базе ГУ МК «Истиклол». В возрасте от 6 до 10 лет наблюдались 15 больных и в возрасте 11-15 лет - 33 больных, из них мальчиков - 29 и девочек - 19 больных. Эти дети до диагностики ЯБ ДПК лечились в соматических отделениях с хроническим гепатитом (7), гастритом (16) и гастродуоденитом (26). Язвенный анамнез сроком от 1 года до

2 лет отмечался у – 6, от 3 до 5 лет у – 29 и более и 6 лет у – 12 больных. У 9 (18,8%) отмечалась наследственная предрасположенность к ЯБ: в семье отец (у 4), брат (у 3), сестра (у 1), дядя (у 2), и бабушка (у 1) также страдали язвенной болезнью. До поступления в клинику все больные получали неоднократное консервативное противоязвенное лечение. Эффективность проведенного консервативного лечения была временной, и обострение хронической язвы отмечалось 2-3 раза в год. Ранние операции по поводу перфорации язвы (3) и кровотечения (2) выполнены 5 детям. Этим больным произведено сшивание дефекта и кровоточащей язвы.

Больные в зависимости от тактики диагностики, ведения и выполнения оперативных вмешательств разделили на два периода лечения. Первый период (с 1986 по 1996гг – начало нашей работы) – 17 больных, которым осуществлялись традиционные способы пред-, интра- и послеоперационного ведения. Этим больным наличие *H. pylori* не определяли и соответственно антихеликобактерная терапия с применением антисекреторных препаратов (блокаторы H_2 – рецепторов гистамина и ингибиторов протонной помпы) не проводились. В основном им проводились резекционные способы оперативных вмешательств (резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру – Финстереру – у 6; резекция 1/3 желудка по Гофмейстеру – Финстереру – у 8; экономная резекция желудка по Бильрот 1 – у 3 больных).

Второй период (с 1997 по 2021 гг.) – у 31 больного, предоперационная подготовка была направлена на снижение активности периульцерозного воспаления и достижения заживления язвы. С этой целью нами применялись современные антисекреторные препараты (блокаторы H_2 – рецепторов гистамина и ингибиторов протонной помпы).

Для диагностики инфекции *H. pylori* использовали быстрый уреазный тест, морфологические и бактериологические методы исследования. Чувствительность *H. pylori* к антибиотикам определяли дискодиффузным методом. Результаты определения ферментативной активности рассчитывали на 1 мг ткани

биоптата слизистой оболочки (СО) желудка.

Оценка срезов с целью выявления *H. pylori* проводилась по стандартной методике с окраской по Романовскому-Giemsa. Выделяли 3 степени обсемененности СО ДПК: 1. слабая степень (+) – не более 20 микробных тел в поле зрения; 2. средняя степень (++) – не более 50 микробных тел в поле зрения; 3. высокая степень (+++) – более 50 микробных тел в поле зрения.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показали, что степень обсемененности *H. pylori* зависит от функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки. У детей с компенсированным ПДС были изменения алиментарного характера. Наблюдались умеренное увеличение желудка с наличием слизи и остатков твердой пищи, дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс и деформации ДПК с сужением канала до 1 см. *H. pylori* располагались в антральном отделе желудка с высокой (57,1%) и средней (42,9%) степени обсемененности. У 71,4% детей в теле желудка *H. pylori* не обнаружено.

У детей с субкомпенсированным ПДС отмечались алиментарные нарушения, активный гастрит, дуоденит и дуоденогастральный рефлюкс. Желудок был гипотоничный, увеличен до уровня пупка, содержимое состояло из большого количества слизи и остатков пищи, а также наблюдалась выраженная деформация. Нами была выявлено сужение канала ДПК до 0,5 см, растяжение пилорического жома и ослабление его сократимости. *H. pylori* антрального отдела – высокой (61,9%) и средней (33,3%) степени обсемененности и *H. pylori* в теле желудка 95% положительно.

У детей декомпенсированным ПДС наблюдались выраженные алиментарные и воспалительные изменения. Состояние детей было тяжелым, желудок атоничный и увеличен до крыла подвздошной кости. Имел место гастроэзофагиальный и дуоденогастральный рефлюкс, эрозивный гастродуоденит, деформация и сужение ДПК. *H. pylori* антрального отдела и тела желудка – высокой (72,2% - 66,7%) и средней (27,8% - 22,2%) степени обсемененности. У детей с гастроэзофагиаль-

ным рефлюксом также отмечались высокая (35,4%) и средняя (64,6%) степени обсемененности *H. pylori*.

Всем детям в период предоперационной подготовки в комплексе лечения была включена антихеликобактерная терапия. Для оценки эффективности проводимых комплексных диагностических и лечебных вмешательств изучены результаты лечения в отдаленном сроке от 2-х до 20 лет у 38 из 48 (у 13 первой и у 25 второй группы) детей.

Благодаря проведенной комплексной терапии в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленных сроках количество осложне-

ний наблюдались у 5 (10,8%) больных. В отдаленном сроке положительные результаты получены у 94,5% детей и только у 2 (5,5%) детей наблюдались неудовлетворительные результаты.

Выводы. Таким образом, дифференцированная предоперационная подготовка и рациональный выбор оперативных вмешательств в зависимости от тяжести ПДС, нарушения функции желудка и ДПК и степени обсемененности *H. pylori* дали возможность получить хорошие результаты в ближайшем и в отдаленном сроках после операции.

С.Р. Раджабзода, Б.Ю. Джонова, Дж.Х. Дустов

АНАЛИЗ СТАТУСА И РЕСУРСОВ ВЕРТИКАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ НА УРОВНЕ ПМСП В РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПОДЧИНЕНИЯ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

ГОУ «Вахдатский медицинский колледж»

Цель исследования. Оценка статуса, кадрового и финансового потенциала вертикальных центров (ВЦ) на уровне 6-ти городов и районов республиканского подчинения (РРП): г. Вахдат, г. Турсунзаде, район Рудаки, Файзабадский, Гиссарский, Шахринавский районы.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования разработаны специальные анкеты, по которым были оценены статус, кадровые и финансовые ресурсы 6-ти ВЦ: Центров формирования здорового образа жизни (ЦФЗОЖ), Центров интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ), Центров иммунизации (ЦИ), Центров репродуктивного здоровья (ЦРЗ), Центров борьбы и профилактики ВИЧ/СПИД (ЦСПИД), Центров борьбы и профилактики туберкулеза (ЦТБ). Обработка данных проведена с использова-

нием Microsoft Excel программы.

Результаты исследования и их обсуждение. Общее количество населения в 6-ти РРП составляет 1 680 900 (официальные данные за 2020 г.). Исследование показало, что в 6-ти РРП из 36 ВЦ 33 имеют самостоятельный статус (91,7%). Общий бюджет 33 ВЦ в 2020 г. составил 10 800 095 сомони. На выделенных 694,25 ставках работают 526 физических лиц, обеспеченность кадрами составила 94,7%. Количество совместителей в ВЦ составило 60 человек (11,4%).

Выводы. Исследование показало, что на уровне РРП 91,7% ВЦ имеют самостоятельный статус. Исходя из проведенного анализа в условиях ограниченных ресурсов на уровне районов более целесообразным является интеграция ВЦ с учреждениями ПМСП.

Х. Ибодов, Ш.Дж. Яхшибекова, Р. Рофиев, С.К. Асадов

ДИФАЛЛИЯ С АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

НОУ «Медико – социальный институт Таджикистана»

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Актуальность. Дифаллия – редкая генетическая аномалия, характеризующаяся наличием у новорожденного мальчика сразу двух пенисов. Патология встречается крайне редко. По данным статистики, она наблюдается у 1 из 6 миллионов детей мужского пола. В зависимости от расположения половых органов выделяют два вида дифаллии у мужчин: пенисы параллельны друг другу, один половой член находится над другим.

Целью данного сообщения является сложность постановки диагноза, выбора хирургического лечения как редкое заболевание дифаллия в сочетании с ассоциированными пороками развития который не опубликован в периодической литературе.

По степени развития гениталий также выделяют две формы патологии.

При полной дифаллии оба органа сформированы окончательно. Они находятся под единым кожным покровом, имеют одинаковое количество пещеристых тел и две уретры. Признаком неполной формы болезни является отставание одного из органов в развитии. Он является рудиментом, не имеет уретры и не приходит в эрегированное состояние.

Специалисты до сих пор не смогли точно установить, по какой причине возникают аномалии строения половых органов у мальчиков. Выделяют несколько факторов, которые увеличивают риск появления нарушений: курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками во время планирования беременности; прием женщиной некоторых медикаментозных препаратов при вынашивании; гормональные нарушения в организме беременной женщины; неблагоприятные условия жизни будущей матери; хромосомные патологии плода.

Чтобы исключить риск развития дифаллии у ребенка, женщине необходимо исклю-

чить контакты с токсичными веществами во время беременности. Принимать любые лекарства следует только после консультации с врачом.

Пример: Ребёнок А.Ш. 19.09.2018 г.р. госпитализирован 22.09.2021 года в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» отделения детской хирургии с жалобами на наличии двух половых членов и двух мошонок, отсутствия анального отверстия, образования по передней брюшной стенке, поясничной области, деформации таза и позвоночника, укорочения правой нижней конечности и наличии кишечной стомы в левой половине брюшной стенки. Из анамнеза: Ребёнок болеет с рождения. На 2-е сутки после рождения ребёнку наложили сигмостому одноствольную. Ребенок от 4 беременности и 4 родов, родился с весом 3000 гр. в роддоме. В период беременности мать перенесла анемию, пиелонефрит и токсикоз. Прививки получал по календарю. Общее состояние больного средней тяжести по заболеваемости. В сознании, вялый, временами беспокойный. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Внутренние органы без патологических изменений. Живот вздут, участвует в акте дыхания. Стул через стому, оформленный. При осмотре у ребёнка имеется два отдельно друг от друга расположенных половых членов, также имеется у каждого отдельные мошонки. В мошонке слева имеется яичко размером 1,5x1,5 см, а справа в мошонке яичко отсутствует. При акте мочеиспускания из левосторонне расположенного полового члена отмечается хорошая струя мочи, а справа моча течет вяло быстрыми каплями и постоянно протекает из правого полового члена. Оба половых органов одинокого размера, но справа кавернозные тела развиты слабо,

и наружное отверстие уретры открывается у венечной борозды. Анус отсутствует. На месте предполагаемого ануса отмечается гиперпигментация кожи и при провидение по коже иглой отмечается сокращение мышцы ануса. На передней брюшной стенке имеется дефект мышц размером 18x12см, через который выходят под кожу петли кишечника. В области таза справа отмечается деформация тазобедренного сустава. Движение в этом суставе ограничено, а правая нижняя конечность укорочена на 8см. На левой боковой брюшной стенке имеется сигмостома одноствольная. Отмечается искривление позвоночника. В области поясницы имеется образование размером 10x12см, мягко эластичной консистенции, безболезненное, кожа над ней не изменена. Чувствительность и двигательные реакции на конечностях сохранены. Произведена компьютерная томография с контрастом и без контраста. Заключение КТ: лобковые кости, то есть расхождение лонного сочленения на 6 см, расхождение мышц передней брюшной стенки, истечение передней брюшной стенки и пролапс мочевого пузыря и петли тонкой кишки подкожно, удвоение уретры и наружные половые органы, аномалии развития позвоночника, левосторонний сколиоз spina bifida L3-S5, липома конского хвоста на уровни L5-S2. Рентген грудной клетки без патологии, цистография: пузырно-мочеточниковый рефлекс слева 2ст, нейрогенный мочевой пузырь, хронический цистит. TORCH-инфекции ЦМВ 1:400, герпес 1:200. Со стороны других анализов особых патоло-

гических изменений не отмечалось. Больному поставлен диагноз: Эмбриофетопатия. Сложные врождённые пороки развития. Дифаллия полная с ассоциированными пороками развития. Атрезия анального отверстия и прямой кишки, свищевая форма. Ректовезикальный свищ. Аплазия мышц передней брюшной стенки. Гипоспадия головчатая форма. Монорхизм слева. Spina bifida L4-5-S1-5, Сколиоз слева. Дислокация супраацетабулярный головки бедренной кости. Нейрогенный мочевой пузырь. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева II ст. Уретерогидронефроз II степени слева. Хронический пиелонефрит. Хронический цистит.

30.09.21 года ребенок оперирован, выполнено устранение грыжи поясничной области. Не выписывая ребенка из стационара 20.10.21 г. выполнена операция удаление полового члена справа с уретрой у стенки мочевого пузыря. Затем произведена лапаротомия, выделение конец прямой кишки и ее отсечение у стенки мочевого пузыря. Рана на мочевом пузыре ушита двухрядными викриловыми швами. Выделен конец прямой кишки и низведена и выведена через разрез на месте предполагаемого ануса, межмышечно и сформирован ректоанальный анастомоз. Дефект передней брюшной стенки закрыт местными тканями. Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией, лечение у врача ортопеда.

Ребенок осмотрен через один год, жалоб нет, состояние хорошее, мочу и кал держит.

Г.Л. Бурханова, З.Ф. Мавлянова, Д.А. Алиева

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА СРЕДИ СПОРТСМЕНОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд

Актуальность. Проблемы повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА), возникающие у спортсменов различных видов спорта, их реабилитация и проявления представляют один из актуальных вопросов спортивной медицины.

Цель исследования. Изучение возможных патологических состояний и заболеваний опорно-двигательного аппарата у спортивного контингента.

Материалы и методы исследования. Проведены ретроспективные исследования

анкетных данных из первичного звена – поликлиник по месту жительства спортсменов занимающихся различными видами спорта в г. Самарканде. Изучено более 216 анкет спортсменов, у которых диагностирована патология ОДА, средний возраст которых составил $18,6 \pm 2,1$. Диагноз подтвержден инструментальными и клиничко-лабораторными методами исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Травматические поражения ОДА выявлены с большей частотой, в основном – это травмы. При этом больше всего определялись травмы коленного (КС) и голеностопного суставов (ГСС) – 25,6%, пяточной кости – 13,6%, ахиллова сухожилия – 12,5%, кифо-сколиозные искривления позвоночного столба – 29%, дегенеративные повреждения – 16,2%.

Поражения ОДА зависели от возраста, вида спорта, а также спортивного мастерства (достижений) контингента. Большинство травматических повреждений было характерным для таких видов спорта как футбол, волейбол, хоккей - повреждения КС и ГСС; сухожилий – бег, прыжки в высоту; повреждения ГСС – фигурное катание, каратэ, дзюдо, борьба, хоккей; КС – хоккей, гимнастика; поражения позвоночника в виде сколиоза, лордоза – теннис, шахматы, компьютерные геймеры и тяжелая атлетика.

Заключение. Большая часть повреждений связана с травмами крупных и мелких суставов верхних и нижних конечностей. В связи с этим первой необходимостью является выявление патологии ОДА, их своевременная диагностика, лечение и реабилитация.

Д.С. Мирзоев, Х. Ибодов, Ш.Дж. Яхшибекова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

НОУ «Медико – социальный институт Таджикистана»

Актуальность. Частота болезни Гиршпрунга по данным литературы составляет от 1: 4400 до 1: 7000 живорожденных. Проведение генетического, вирусологического исследования, течение болезни наталкивает на мысль о наследственной причины болезни Гиршпрунга, а также воздействие вирусного агента. На современном этапе развитие медицины произошли значительные изменения в лечении болезни Гиршпрунга. Однако до сих пор диагностика болезни Гиршпрунга все еще остается одним из нерешенных проблем детской хирургии.

Цель исследования. Оптимизировать диагностику и лечение болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты диагностики и лечения 71 детей в возрасте от 3 дней до 3 лет. Ректальная форма у 12, ректосигмоидная форма у 59. Больные со стадией субкомпенсации 22, а стадия декомпенсации 49. Основным

в диагностике болезни Гиршпрунга явилось проведение контрастной ирригографии ультразвуковое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем детям проведена радикальная операция: радикальная операция методом трансанальной эндоректальной проктопластики по DeLaTorre – Mondragony 23, по Swensonlike у 17 и по Соаве - Ленюшкина у 31. После операции проведены гистологические исследования операционного материала у всех детей. Всем детям послеоперационная аналгезия проводилась раствором лидокаина через катетер, вставленный забрюшино во время операции. В послеоперационном периоде у 10 больных отмечалось гиршпрунг-ассоциированный энтероколит. В отдаленном периоде у 3 детей после операции по DeLaTorre – Mondragony у 2 по Swensonlike отмечалось сужение зоны анастомоза. Дисфункция ануса в виде слабости и каломазание наблюдалось у 7 больных после

операции Соаве-Ленюшкина. Длительность каломазания составляло от 3 до 8 месяцев.

Выводы. Выполнение радикальной операции методом трансанальной эндоректальной проктопластики по DeLaTorre – Mondragoni Swensonlike при болезни Гиршпрунга в раннем детском возрасте способствует скорому восстановлению моторики кишечника в послеоперационном периоде. Эти методы проктопластики являются эффективными и щадящими, а также косметичным без разрезов на кожный покров. Проведение операции по Соаве – Ленюшкина без предварительной колостомии в сочетании с

клиновидным иссечением серозно-мышечного футляра является достаточно эффективным. Результаты оперативного лечения детей раннего возраста показали, что ранняя диагностика и своевременное выполнение хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга способствует достижению хороших результатов в ближайшем и в отдаленном периоде после операции. Трансанальная эндоректальная проктопластика по DeLaTorre – Mondragon и Swensonlike являются операцией выбора, как эффективный и щадящий методы хирургической коррекции болезни Гиршпрунга.

А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Н.Ш. Шарипов, К.Дж. Пулотов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

*ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе
ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахи»
НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»*

Шарипов Аслам Махмудович – д.м.н., зав. кафедрой детской хирургии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», тел: (+992) 907-70-82-50

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения детей с рубцовыми сужениями пищевода путем применения различных методов дилатации.

Материал и методы исследования. С января 2014 по 2020 гг. в клинике детской хирургии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» были пролечены 121 больных с рубцовыми стенозами пищевода (РСП). Мальчиков было 67 (55,4%), а девочек – 54 (44,6%). В зависимости от методов бужирования при РСП больные были распределены на две группы. В контрольную группу вошли 68 (56,2%) пациентов, которым дилатация пищевода проведена методом «вслепую» – 47 (38,8%), за «нить» – у 21 (17,4%) детей. У 53 (43,8%) больных основной группы бужирование пищевода было выполнено с использованием проводникового бужа.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 78 больных с формирующимися рубцовыми стенозами после ожога уксусной эссенцией 52 пациента были из контрольной и 26 основной группы. У 4 детей во время дилатации органа имело место осложнение в виде перфорации пищевода. В контрольной группе перфорация пищевода отмечена в 3-х случаях. А у больных основной группы перфорация органа была в одном случае. Среди детей основной группы, только в одном случае была перфорация органа в верхней трети пищевода, где произведено дренирование плевральной полости, и ребенок был переведен на зондовое кормление. В целом результаты лечения больных при бужировании по струне-проводнику у детей основной группы при РСП после ожога уксусной эссенцией, без осложнений составило 98%.

После приема щелочи РСП был сформи-

рован у 38 детей. Из них 14 пациентов были в контрольной группе, а 24 – в основной. Осложнение в виде перфорации пищевода произошло у 4 пациентов контрольной группы и у 2 – основной. У детей контрольной группы во всех случаях была дренирована плевральная полость справа и наложена гастростома по Кадеру с проведением назогастральной нити. У детей основной группы только одному больному была дренирована плевральная полость справа и наложена гастростома по Кадеру с проведением назогастральной нити с благоприятным исходом. Во втором случае ребенок находился на зондовом кормлении, на фоне комплексной терапии были достигнуты хорошие результаты. В 3-х других наблюдениях РСП образовались после случайного проглатывания батареек, где одному провели бужирование «за нить» после наложения гастростомы, а двум другим по струне-проводнику. Двое детей получили ожог от неизвестного реагента с формированием в последующем рубцового стеноза органа, где им было проведено бужирование за нить и по струне проводнику.

Критерием достигнутого лечебного эффекта при дилатации пищевода в обеих группах являлось стойкое расширение его просвета до диаметра 10-12 мм и более, позволяющее свободно провести эндоскоп через зону стриктуры, и свободное прохождение контрастного вещества через пищевод, а также отсутствие супрастенотического расширения во время рентгенографии органа.

Анализ исследуемых параметров позволяет констатировать, что у детей основной группы случаев осложнений меньше, чем у детей контрольной группы. Необходимо отметить, что лишь одному больному с протяженным рубцовым стенозом из основной группы была наложена гастростома, в остальных случаях результаты были благоприятными.

Выводы. Таким образом, результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность метода бужирования по струне – проводнику при рубцовых стенозах пищевода у детей.

Н.А. Абдурахмонов, А.А. Нодиров, М.М. Тошев

СИРОЯТИ БЕМОРИҶОИ ГЕЛМИНТӢ ДАР БАЙНИ ҶАВОНОНИ ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН

МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон»

Абдурахмонов Нуриддин Атакузиевич – д.и.б., мудири кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон», E-mail: N Abdurahmonov 5@ mail/ ru. Тел: 918 98 56 46.

Мақсади таҳқиқот ва асосноккунии илмӣ. Омӯзиши ҳолати паҳншавии бемориҳои кичча дар байни донишҷӯёни МТҒ “Донишкадаи тиббӣ иҷтимоии Тоҷикистон” ва таҳияи тавсияҳои илман асоснокӣ тақмили пешгирии сироят ва расонидани кӯмакҳои тиббӣ-беҳдоштӣ иборат мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба сифати маводи таҳқиқот 500 нафар ҷавон-писарон ва 500 нафар ҷавон-духтарон аз гурӯҳҳои мухталифи этникӣ, дар синнӣ 18-22 солаи донишҷӯёни курси 1-уми ҳама факултетҳои

МТҒ “Донишкадаи тиббӣ иҷтимоии Тоҷикистон” дар соли хониши 2020-2022, интиҳоб карда шуданд.

Асосҳои методологияи таҳқиқотҳои мазкурро усулҳои маҷмӯии тиббӣ- иҷтимоӣ дар бар гирифт. Дар давраҳои гуногуни таҳқиқот, усулҳои зерин: ташҳиси лаборатории кирми кичча, копрологӣ, аналитикӣ ва ғайра гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҷуноне, ки натиҷаҳои таҳқиқотҳои пешакӣ нишон доданд, аз байни 1000 нафар донишҷӯён, ки

дар зери тадқиқот буданд, 676 нафарашон ё ин ки 67.6% бо кирми кичча сироят ёфта мебошанд. Дар байни онҳо 382 (56,3%) ё аз ним зиёдашон бо лямбияи серологӣ, аз чор як қисмашон – 141 (20,8%) бо гимеполиоз 87 (12, 9%); ва бо энтеробиоз 66 (9,8%) сироят ёфта ҳастанд. Систаҳои муфтхӯрҳои одди ва тухми гелментҳо ба организми одам асосан ба воситаи тоза нашустани меваю сабзавот, дастони ифлос ва ҳангоми истеъмоли гӯштҳои хом ворид мешаванд. Боз яке аз сабабҳои асосии паҳншавии киччаҳо ин дараҷаи пасти шароитҳои санитарӣ ва иҷтимоӣ, пурра таъмин набудан бо оби тозаи ошомиданӣ, мавҷуд набудани кубурҳои марказии партовҳо (каналізатсионӣ) ва урфу одатҳои мардумӣ

мебошанд. Мубориза бар зидди кирмҳои гелментӣ ва чорабиниҳои профилактикӣ, яке аз мақсадҳои асосӣ барои нигоҳдории саломатии мардум ва хусусан ҷавонон мансуб меёбад.

Хулоса:

1. Паҳншавии муфтхӯрҳо аз омилҳои иҷтимоӣ ва табиӣ вобаста мебошанд. Омилҳои иҷтимоӣ ин дараҷаи маданияти беҳдошти мардум, тарз ва урфу одатҳои мардумӣ, соҳаи фаъолият, намудҳои кор ва хӯрокаи мардум мебошад.

2. Шароити табиӣ ва омилҳои иқлим ва табиати ҳузур доштан ё надоштани шароит барои давраҳои ҳаёти муфтхӯрҳо, хӯчаин ё интиқолдиҳанда ва ғайра иборат мебошад.

А.И. Тиллоев, К.Дж. Пулотов

РАННЯЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННЫХ ТРАВМАХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе
НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»*

Тиллоев Асадулло Ибодуллоевич – к.м.н., зав. отделом эндоскопии ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе, тел: (+992) 919 04 08 04

Цель исследования. Оценить эффективность фибробронхоскопии в ранней диагностике термоингаляционных травм верхних дыхательных путей.

Материал и методы исследования. Проанализированы протоколы заключения 26 пострадавших при пожаре и обратившихся за медицинской помощью в отделение эндоскопии ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол». Из них мужчин было 18 женщин 8, возраст пострадавших варьировал от 18 до 57 лет. Все пациенты были условно разделены на 4 группы: 1-я группа: пациенты, которые находились в помещении при пожаре от 4 до 6 часов; 2-я группа: пациенты, которые находились в помещении при пожаре более 6 часов; 3-я группа: пациенты, которые находились при пожаре на открытой местности от 4 до 6 часов и 4-я

группа: пациенты, которые находились при пожаре на открытой местности более 6 часов. Критериями выраженности воспалительного процесса верхних дыхательных путей при ожогах оценивали в 3-х степенях.

Результаты исследования и их обсуждение. Воспалительные изменения в ДП после ожога развиваются в течение 2-3 суток по типу катарального, фибринозного и гнойного (фибринозно-гнойного) трахеобронхита. Редкой формой при ожогах ДП, является некротический трахеобронхит при глубоком термохимическом повреждении и отслоении всех слоев слизистой оболочки до фибринозно-хрящевой основы. Как показало исследование токсические продукты, проникая в верхние дыхательные пути уже в первые 4-6 часов, после термоингаляционных повреждениях вызывают

ранние признаки ожога у первой группы в виде: единичные или множественные налеты копоти, гиперемия и отек слизистой оболочки были обнаружены у 9 пострадавших, а гиперсекреция слизи, петехиальные геморрагии, повышенная спонтанная и контактная кровоточивость слизистой оболочки и фибринозные налеты обнаружены у 3 пострадавших. Во второй группе мы наблюдали множественное накопление копоти, значительные гиперемии и отек слизистой оболочки, у 4 пострадавших, единичные эрозии с фибринозным налетом, значительное количество слизистого секрета у 3 пострадавших и резкую гиперемию и отек слизистой, множественные эрозии с фибринозным налетом обнаружены были у 2 пострадавших. В третьей группе были обнаружены фибринозный налет с резко выраженной гиперемией слизистой оболочки дыхательных путей у 2 пострадавших и множественные

эрозии с фибринозным налетом, спонтанную кровоточивость с большим количеством слизистого секрета с примесью копоти у 3 пострадавших.

Следует отметить, четкая зависимость развившегося вида трахеобронхита от степени тяжести ожога ДП наблюдалась в группе обожженных с легкой и тяжелой степенью ожога ДП. Обнаружение всех видов развившегося трахеобронхита при средней степени тяжести ожога свидетельствует о том, что визуальная оценка степени термохимического повреждения при ожогах ДП не лишена субъективизма.

Вывод. Таким образом, фибробронхоскопия является обязательным диагностическим методом исследования при термоингаляционных травмах дыхательных путей, которая дает возможность своевременно принимать адекватные методы лечебных мероприятий.

Х.Т. Файзуллоев

ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА И ФРАКТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПОСЛЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Файзуллоев Хикматулло – к.м.н., доцент, зам. директора ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии». E-mail: Fhikmat83@mail.ru; тел: (+992) 918 69 82 52.

Цель исследования. Оценить показатели спектрального анализа и фрактальной оценки после интенсивной терапии у больных сочетании инфаркта миокарда с ишемическим инсультом.

Материал и методы исследования. Нами исследованы 100 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), пациенты с ишемическим инсультом (ИИ) 60 больных и третья группа 35 больных сочетании ИМ+ИИ. Нами проводилась 10-минутная запись ЭКГ по схеме первого стандартного отведения и регистрировались 256 кардиоциклов и запись R-R-интервалов.

Перед процедурой обязательным условием являлся 10-минутный покой и отдых. Программное обеспечение встроенной в «Cortège 660 cm Toshiba» определяло параметры: s_{RR} , b , $\Delta f_{унч}$, $\Delta f_{нч}$, $\Delta f_{вч}$, ИВБ. Для выполнения целей и задач нашего исследования нами проведен спектральный анализ вариации кардиоинтервала у больных ИМ, ИИ и при их сочетании после проведения интенсивной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ показателей $\Delta f_{унч}$ у больных ИМ при поступлении и после интенсивной терапии показал досто-

верные повышения этого спектра в 1.1, 1.2 и 1.3 подгруппах на 50,0% ($p < 0,001$), на 82,6% ($p < 0,001$) и на 33,3% ($p < 0,080$), но при этом также отмечается еще снижение этого показателя к значениям контрольной группы соответственно на 4,3% ($p = 1,000$), на 10,6% ($p = 0,544$) и на 48,9% ($p < 0,001$).

Сравнительный анализ показателей $\Delta f_{нч}$ у больных ИМ при поступлении и после интенсивной терапии показал достоверное снижение этого спектра в 1.1, 1.2 и 1.3 подгруппах на 25,5% ($p < 0,001$), на 27,4% ($p = 0,001$) и на 16,4% ($p = 0,059$) соответственно. При том, что все еще отмечается повышение значение $\Delta f_{нч}$ спектра к показателям контрольной группы на 12,9% ($p = 1,000$), на 45,2% ($p = 0,447$) и на 96,8% ($p < 0,001$).

Анализ показателей $\Delta f_{вч}$ у больных ИМ при поступлении и после интенсивной терапии выявил достоверное повышение этого спектра в 1.1, 1.2 и 1.3 подгруппах соответственно на 0,0% ($p = 0,831$), на 14,3% ($p = 0,086$) и на 37,5% ($p = 0,032$). При этом также выявлялось снижение спектра $\Delta f_{вч}$ к контрольным показателям на 17,4% ($p = 0,161$), на 30,4% ($p = 0,001$) и на 52,2% ($p < 0,001$) соответственно в 1.1, 1.2 и 1.3 подгруппах.

Сравнительный анализ показателей ИВБ у больных ИМ при поступлении и после интенсивной терапии также подтвердил данные о динамических изменениях спектральных частот $\Delta f_{нч}$ и $\Delta f_{вч}$, так как выявлено статисти-

чески достоверное снижение индекса вегетативного баланса в 1.1, 1.2 и 1.3 подгруппах на 15,9% ($p < 0,001$), на 26,2% ($p = 0,032$) и на 28,0% ($p = 0,002$). Также выявляется повышенные значения ИВБ к показателям контрольной группы соответственно на 54,3% ($p = 1,000$), на 142,6% ($p = 0,782$) и на 387,5% ($p < 0,001$).

Сравнительный анализ показателей $\Delta f_{нч}$ у больных 2 группы ИИ при поступлении и после лечения выявил статистически достоверное повышение этого спектра в 2.1, 2.2 и 2.3 подгруппах на 51,9% ($p < 0,001$), на 60,0% ($p = 0,030$) и на 31,3% ($p = 0,322$), также отмечается снижение спектра $\Delta f_{нч}$ к нормативным значениям контрольной группы соответственно на 12,8% ($p = 0,942$), на 31,9% ($p = 0,141$) и на 55,3% ($p = 0,003$).

Выводы. Таким образом у больных ИМ, ИИ, ИМ+ИИ результаты спектрального и фрактального анализа, оценки степени интеграции системных связей, формирующих ЭКР со стороны ЦНС, вариабельности сердечного ритма до и после лечения показали, что комплексная интенсивная терапия положительно повлияла на механизмы регулирующие интра- и экстракардиальную вариабельность сердечного ритма, уровень эндотелиальной дисфункции и метаболизм, но у больных перенесших тяжелое и крайне тяжелое состояние эти нарушения оставались еще значимыми и требовали дальнейшего мониторинга и целенаправленного лечения.

Х.М. Камиров, Л.М. Максудова, Д.М. Бабаханова, К.Б. Рустамова

НОВЫЙ ПОДХОД НА РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ ЭНДОФТАЛЬМИТА

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан, Ташкент

Республиканская клиническая офтальмологическая больница, Узбекистан, Ташкент

Введение. Эндофтальмит - это тяжелое воспаление не только внутренних оболочек глазного яблока, но и его содержимого, с образованием экссудата в стекловидном теле и передней камере, способное в кратчайшие сроки приводить к необратимой утрате зритель-

ных функций, а часто к потере глаза как орган. Кроме того, на сегодняшний день эндофтальмит остаётся одним из наиболее опасных послеоперационных и посттравматических осложнений. На первом месте эндофтальмита остаются травмы глазного яблока, примерно

в 20% случаев становятся причиной бактериальная инфекция. Развитие эндофтальмита после проникающих ранений с наличием внутриглазного инородного тела повышает риск гнойной инфекции в 2 раза. Огнестрельные ранения глаза военного времени осложняются развитием эндофтальмита в 5% наблюдений. По данным Европейской ассоциации катарактальной и рефракционной хирургии частота возникновения эндофтальмита после хирургии катаракты составляет от 0,039% до 0,59%. (Копеева В.Г. Глазные болезни).

Эндофтальмит является медицинским неотложным состоянием, потому что вопрос возобновления зрения напрямую зависит от времени, прошедшего до начала терапии. В редких случаях нелеченая внутриглазная инфекция выходит за границы структур глаза, и воспаление поражает глазницу и центральную нервную систему. (Kara C. LaMattina, MD, Boston University School of Medicine-2020).

Цель исследования. Определить раннюю диагностику и тактику лечения эндофтальмита.

Материал и методы исследования. По этиологическим факторам эндофтальмиты могут быть бактериальными, грибковыми, вирусными, паразитарными (крайне редко) или смешанной этиологии.

Большинство случаев эндофтальмита вызывается грамположительными бактериями, такими как *Staphylococcus epidermidis* или *Staphylococcus aureus*. Эндофтальмит, вызванный грамотрицательными микроорганизмами, характеризуется более высокой вирулентностью и менее благоприятным прогнозом. Случаи эндофтальмита, вызванные грибами или простейшими, достаточно редки. Большинство случаев развиваются после офтальмологических операций или проникающей травмы глаза. Реже встречаются случаи гематогенного распространения инфекции после общехирургических и стоматологических процедур или, как осложнение, эндогенного введения (капельница или внутривенные инъекции) лекарственных препаратов. Также эндофтальмит следует заподозрить у пациентов из группы риска, особенно у тех, кто недавно перенес

операцию на глазах или травму. Необходимо также провести бактериологическое исследование с окраской аспирата из передней камеры и стекловидного тела по Грамму. Пациентам, у которых подозревается эндофтальмит эндогенной природы, необходимо выполнить посев крови и мочи (Kara C. LaMattina, MD, Boston University School of Medicine-2020).

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее полную классификацию эндофтальмитов предложил А.М. Южаков в 1983 г. Она разработана для посттравматических эндофтальмитов, но используется в клинической практике и для послеоперационных, и для эндогенных.

Согласно классификации выделяют:

1. Очаговый эндофтальмит (абсцесс СТ), стадии 1–2.
2. Диффузный эндофтальмит, стадии 1–4.
3. Смешанная форма, стадии 1–4.
4. Панофтальмит.

По данным исследования ESCRS, частота послеоперационного эндофтальмита после экстракции катаракты без применения интракамерального введения цефуроксима составляет 0,35%, с применением – 0,05%. В США данные показатели составляют без применения интракамерального введения цефуроксима – 0,31%, с применением – 0,014%, в Китае без применения интракамерального введения цефуроксима – 0,06%. Частота эндофтальмитов после микроинвазивной витрэктомии 23 и 25G в Швеции – 0,14%, в Индии – 0,052%, после антиглаукомных операций он встречается в королевстве Саудовская Аравия в 0,00074–0,00197% случаев, в США – в 1,1%, во Франции – в 0,06–0,2% случаев.

Пациенты, у которых чаще развивается послеоперационный эндофтальмит, являются больными сахарным диабетом. Хотя сахарный диабет не является самостоятельным фактором риска развития эндофтальмита после фактоэмульсификации, в случае его развития у больного сахарным диабетом функциональный прогноз менее благоприятен, особенно при наличии диабетической ретинопатии. Также пациенты, получающие местное или системное лечение иммунодепрессантами (корти-

костероиды, антиметаболиты) до операции, имеют значительно более высокий риск развития эндофтальмита.

Анализ этиологических причин послеоперационного эндофтальмита имеет большое значение для профилактической антибактериальной подготовки и послеоперационного лечения пациентов. Зная причину эндофтальмита, в процессе лечения можно вносить коррективы в антибактериальную терапию и прогнозировать предполагаемый исход. Так, при эндофтальмите, вызванный синегнойной палочкой, стрептококком или грибами, прогноз, как правило, неблагоприятный. Вероятность восстановить зрительные функции очень низкая, что связано с токсическим повреждением внутренних оболочек глаза этими возбудителями. Поэтому ключевыми моментами в лечении являются, правильный забор материала до начала лечения для качественного выявления возбудителя и оперативное бактериологическое исследование. Как правило, воспаление начинается в передней и задней камерах глаза, далее на 3 - 4-е сутки после операции в воспалительный процесс вовлекается стекловидное тело. Накопление экссудата в полости стекловидного тела происходит достаточно быстро вследствие низкой естественной дренажной способности стекловидного тела. Зачастую экссудат с бактериями заполняет всю витреальную полость, формируется гнойный выпот, протекающий, как любой абсцесс в организме человека. В результате в полости стекловидного тела формируется фиброзный сгусток, способствующий развитию, как передней, так и задней пролиферативной витреоретинопатии. Также немаловажным звеном патогенеза является вовлечение в воспаление сетчатки, приводящее к деструкции нейрорецепторного аппарата. Повреждение внутренних оболочек происходит из-за медиаторов воспаления, а также из-за накопления продуктов жизнедеятельности бактерий. Чем более глубокие слои сетчатки вовлекаются в процесс воспаления, тем меньше вероятность восстановления зрительных функций. (Османова А.Н.)

Как было отмечено выше, эндофтальмит

может протекать в острой и хронической формах. Обычно первые признаки инфекции обнаруживаются на 2-5 день после операции. Симптомами начинающегося эндофтальмита являются: выраженный болевой синдром, резкое падение зрения, светобоязнь. Особую опасность представляет вовлечение в процесс стекловидного тела, что чаще происходит после операции. Ранняя постановка диагноза и начало адекватной антибиотикотерапии имеют важнейшее значение для успешного лечения эндофтальмита. В отличие от острого, хронический эндофтальмит развивается через недели, а иногда и месяцы после операции. Он характеризуется вялым течением и в виде хронического увеита, незначительным болевым синдромом и снижением зрительных функций. Лечение больных с хроническими эндофтальмитом можно начинать как с проведения ранней витрэктомии в сочетании с капсулотамией и интраокулярным введением антибиотиков и кортикостероидов. Прогноз лечения хронического эндофтальмита лучше, чем острого.

Применение антибактериальных глазных капель перед операцией признано рациональным методом для сокращения количества бактерий в конъюнктивальной полости. Основные правила антибиотикопрофилактики эндофтальмита заключаются в следующем: 1) следует выбирать антибиотики, эффективные в отношении широкого спектра потенциальных возбудителей; 2) антибиотик должен быть назначен до момента проникновения микроорганизмов внутрь глаза; 3) следует применять наименее токсичные и наиболее эффективные антибиотики; 4) необходимо подбирать подходящую дозировку и длительность курса профилактики. (Егоров В.В. Силиконовая тампонада витреальной полости в хирургическом лечении эндофтальмита)

Заключение. Таким образом, проблема лечения данной патологии требует тщательного анализа. Необходимо проведение экспериментальных работ с целью расширения показаний для интраокулярного введения антибиотиков, используемого во всем мире.

Х.М. Камиров, Л.М. Максудова, Д.М. Бабаханова, Ш.Б. Инагамджанова, К.Б. Рустамова

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЭРОЗИИ РОГОВИЦЫ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан, Ташкент

Республиканская клиническая офтальмологическая больница, Узбекистан, Ташкент

Введение. Рецидивирующая эпителиальная эрозия роговицы – заболевание, протекающее с периодами ремиссии и обострения, характеризующееся образованием эпителиального дефекта роговицы на одном и том же месте.

Цель исследования. Поиск эффективных и безопасных средств, ускоряющих процессы регенерации роговичного эпителия.

Материал и методы исследования. Ассоциативную связь между травмой и рецидивирующей эрозией заметили ещё в первых описаниях заболевания в XIX веке. В настоящее время приверженцы травматической теории в большинстве своём считают, что при врождённой патологии, не проявляющейся много лет, провоцирующим фактором является травма не из-за механического повреждения целостности эпителия, а по причине сопутствующего проникновения воспалительного агента в толщу эпителия. Он разрушает экстрацеллюлярные соединения роговичного эпителия, а металлопротеиназы матрикса способствуют разрушению строительных белков, в результате чего образуются эрозии с последующим каскадом изменений и рецидивов.

Химические и термические ожоги, а также бактериальная и вирусная инфекции также провоцируют возникновение рецидивирующей эрозии. У пациентов с буллёзной кератопатией, узловой дистрофией Зальцмана, лентовидной кератопатией, сухим кератоконъюнктивитом, нейропаралитическим кератитом рецидивирующая эрозия может возникнуть и без предшествующей травмы.

Результаты исследования и их обсуждение. В настоящее время среди основных этиологических факторов исследователи выделяют предшествующую микротравму, дис-

трофию базальной эпителиальной мембраны, предшествующие рефракционные операции и невыясненной этиологии.

Ещё в 1972 г. Trobe J. и Laibson P. доказали, что важным аспектом правильной и своевременной диагностики рецидивирующей эрозии роговицы является настороженность врача к заболеванию. Наличие сопутствующих заболеваний, описанных выше, характерных симптомов и биомикроскопических признаков должно сразу вызвать у специалиста подозрение на рецидивирующую эрозию.

Клиническая картина рецидивирующей эрозии представлена ярким роговичным синдромом: у пациента возникает резкая боль в глазу (характерна утренняя боль сразу после того, как пациент откроет глаза), чувство инородного тела, покраснение, слезотечение и светобоязнь. Биомикроскопически эпителий вздут, разрыхлен, отслоен или уже локально отсутствует. Разрыхление окружающего эпителия – постоянный и характерный признак рецидивирующей эрозии. Эпителий, подобно пленке на воде, легко сдвигается и отторгается из-за склеивания с ним век. Через определенные интервалы (недели, месяцы, годы) могут возникать рецидивы эрозии, но постепенно с возрастом интенсивность их спадает. Излюбленная локализация эрозий – нижняя парацентральная зона (68,4%), в верхней зоне роговицы эрозия располагается в 21,3% случаев, в 27,3% - локализация обширная. Зачастую рецидивирующая эрозия сопровождается дисфункцией мейбомиевых желёз (59-100% случаев по данным различных авторов). В 53% случаев у пациентов с рецидивирующими эрозиями выявляется повышенный уровень антигенов к вирусу простого герпеса. Также сообщали о генетическом маркёре, наличие

которого говорит о высокой степени риска развития рецидивирующих эрозий при наследственной дистрофии – ИЛ-6-ген – 174 аллели. Напротив, при наличии генотипа ИЛ-8 – 781ТТ склонность к развитию рецидивирующей эрозии крайне невелика.

Выводы. Таким образом, следует начать лечение с консервативной терапии лубрикан-

тами. Рекомендуется назначать увлажняющие капли без консерванта в сочетании с мазью на ночь (или чаще при необходимости). Кроме того, следует также закапывать увлажняющие капли и мазь. В случае неэффективности подобных стандартных схем терапии следует рассматривать показания к хирургическим методам.

Х.Ш. Рофиева

НАРУШЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГИПОКООГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана»

Рофиева Халима Шарифовна – к.м.н., зав. кафедрой терапии НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана». E-mail: halima_rofieva@mail.ru., тел: (+992) 901 00 51 55

Цель исследования. Изучение нарушений некоторых показателей гемостаза и состояния гипokoогулирующей функции легких у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде.

Материал и методы исследования. Проведен анализ у 195 женщин, условно разделенных на 4 группы: 1 группа - 35 (17,9%) практически здоровые женщины (ПЗЖ); 2 группа - 45 (23,1%) женщин в климактерического периода (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. Находящихся на стационарном лечении в кардиореанимационном отделении Государственного учреждения «Медицинский Комплекс «Истиклол» возраст от 55 лет до 60 лет в 2019 году. Для изучения показателей гемостаза исследованию подвергалось смешанная венозная кровь из правого желудочка сердца и артериальная кровь, взятые одновременно.

Результаты исследования. Проведенная сравнительная оценка состояния гемостаза в бассейнах ВКК, СВК, ОАК у 195 женщин в зависимости от распределения групп и тяжести основной патологии выявлены выраженные процессы нарушения гемостаза и реологии крови, а также признаки ДВС синдрома, у 3-ей 4-ой групп женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде, отражающие все три фазы свертывания, внутренний и внешний пути, что указывало на активацию процессов прогрессирующей гиперкоагуляции.

Выводы. Таким образом по проведенным исследованиям, выявленные нарушения происходят у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде в зависимости тяжести заболевания, на фоне того, что легкие являются одним из важных органом в регуляции системы гемостаза и реологии, что обусловлено функционированием ГФЛ и РФЛ, которые непосредственно синтезируют факторы гемостаза (тромбопластин, факторы VII, VIII), антикоагулянты (гепарин, АТIII и др.)

Б.У. Янгибаева, Ф.Г. Хокимова

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*ГУ «Республиканский научно - клинический центр педиатрии и детской хирургии»
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан*

Цель исследования. Изучить особенности питания детей в первом полугодии.

Материалы и методы исследования. Анализ вскармливания проведен для 187 детей исследования. Все дети разделены в соответствии с динамикой показателей красной крови и обмена железа на группу А (здоровые и с улучшением), группу Б (без динамики) и группу В (больные и с ухудшением).

Группу А составили дети, которые были здоровы и в 6 и в 12 месяцев (45), а также дети с улучшением: дети, у которых в 6 месяцев обнаружен дефицит железа (ДЖ), но здоровые в 12 месяцев (16), всего 61 человек. Группа Б – дети, имевшие ДЖ без анемии в 6 месяцев и сохранившие её в 12 месяцев (28 человек), то есть те дети, у которых не отмечается какой-либо динамики. В группу В включены дети с персистирующей железодефицитной анемией (ЖДА) в 6 и 12 месяцев (13), дети с ДЖ в 6 месяцев, у которых произошел переход в манифестную форму – ЖДА (15), здоровые дети в 6 месяцев, у которых в 12 месяцев обнаружен ДЖ без анемии (57) или с анемией (13), всего 98 детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Группу А составили дети, которые были здоровы и в 6 и в 12 месяцев (45), а также дети с улучшением: дети, у которых в 6 месяцев обнаружен ДЖ, но здоровые в 12 месяцев (16), всего 61 человек. Группа Б – дети, имевшие ДЖ без анемии в 6 месяцев и сохранившие её в 12 месяцев (28 человек), то есть те дети, у которых не отмечается какой-либо динамики. В группу В включены дети с персистирующей ЖДА в 6 и 12 месяцев (13), дети с ДЖ в 6 месяцев, у которых произошел переход в манифестную форму – ЖДА (15), здоровые дети в 6 месяцев, у которых в 12 месяцев обнаружен ДЖ без анемии (57) или с анемией (13), всего 98 детей.

Оказалось, что на естественном вскармливании до 12 месяцев находилось только 26,2% (16) детей группы А. В группе Б таких детей было 64,3% (18), а в группе В – 59,2% (58) ($p < 0,05$).

Изучение произвольных таблиц сопряженности обнаружило достоверные различия в продолжительности грудного вскармливания в группах: $\chi^2 (2, n=187) = 19,3$ $p < 0,001$. Естественное вскармливание до 12 месяцев является фактором риска прогрессивного снижения запасов железа по сравнению с улучшением (ОШ 4,078 95% ДИ 2,028-8,199). Грудное вскармливание является наиболее физиологичными предпочтительным для вскармливания детей. Не отрицая его значительных преимуществ, существуют исследования, показывающие повышение риска дефицита железа при пролонгации грудного вскармливания после 12 месяцев жизни ребенка. На наш взгляд, причиной такой связи, может быть, объем грудного молока и соответственно, прикорма в рационе ребенка. Вероятно, дети на искусственном вскармливании получают продукты прикорма несколько раньше и в большем объеме по сравнению с детьми, находящимися на естественном вскармливании.

Выводы.

1. Дети, находящиеся на естественном вскармливании до 12 месяцев жизни, являются группой риска по развитию дефицита железа.

2. Рацион питания для детей на естественном вскармливании необходимо в первую очередь контролировать начало введения прикорма с продуктов, обогащенных железом.

3. Помимо вида вскармливания, позднее введение каш и раннее введение фруктов является одним из основных алиментарных факторов, ассоциированных с дефицитом железа у детей в 12 месяцев жизни. Дальнейшего изучения требует обнаруженная тенденция к бы-

струму введению новых продуктов прикорма и высокому разнообразию рациона у детей с

отрицательной динамикой запасов железа во втором полугодии.

E. Sanikidze

A NEW STRATEGY OF MEDICAL REHABILITATION IN GEORGIA - CHALLENGES AND ACHIEVEMENTS

Tbilisi Balneological Resort - National Scientific-Practical Center of Physical Medicine and Rehabilitation. 9 Gorgasali street, Tbilisi, Georgia

Introduction. In recent years, quality of life-QoL has become an increasingly important factor in health policy. Its provision is impossible without timely and high-quality diagnosis, treatment and rehabilitation. Modern rehabilitation treatment requires appropriate standards, infrastructure, human resources and financing. Therefore, today this component is less or not available at all in many countries. Georgia has unique natural resources, knowledge, experience and tradition in the field of resort treatment and rehabilitation/habilitation.

In order to use this potential, it is necessary to have a state rehabilitation strategy in accordance with modern standards, the working version of which already exists and is under consideration.

Goal. Review of population access to rehabilitation treatment in Georgia and the perspectives of the new state strategy.

Materials and methods: Official statistical data on rehabilitation facilities, relevant staff resources, basic and continuous education in this field and persons in need of medical rehabilitation, results of research conducted within the framework of the R4D/USAID initiative “The Health Systems Strengthening Accelerator”, and the working version of the strategy were processed using the descriptive and analogy methods.

Results of the study.

1. There is a National Health Insurance-NHI model in the country, which provides financing of certain medical services in full or in part, but rehabilitation treatment is not financed either by universal or private insurance.

2. There are separate state rehabilitation-ha-

bilitation sub-programs that finance only certain groups of the population and only concrete diseases.

3. There are about 15 rehabilitation institutions in the country that have the resources to carry out full or partial medical rehabilitation. In the recent period, many non-medical facilities (fitness, spa-wellness, sports) have been opened, which offer medical procedures to customers, and their quality control is not carried out.

4. In traditional and academic rehabilitation institutions, which are opened on the basis of natural healing resources, there are experienced, knowledgeable specialists who prescribe and implement treatment regimens tailored to the medical needs of a specific patient and based on protocols. The results of such treatment are the best and visible, which is why Georgia has a significant potential for rehabilitation treatment of not only local but also foreign patients.

5. At this stage, the field of rehabilitation is not fully regulated – state license requirements, sectoral sub-specialties/qualifications, competencies need to be written.

6. The recently developed state rehabilitation strategy framework in the country became the basis for planning changes in legislative, permit, personnel, infrastructural, financial and quality standards.

7. At the first stage, it was planned to introduce post-stroke rehabilitation. Based on its implementation and evaluation of the results, rehabilitation standards for other diseases/conditions will be introduced, but according to the determined priorities. That is, in the case of a

certain nosology, funding of rehabilitation treatment will not be available yet.

8. Finally, the new rehabilitation strategy will significantly strengthen the health care system, contribute to the establishment of patient-oriented, complete and affordable medical services

aimed at improving the financial and territorial access to rehab services, better quality of life, create the potential for relevant scientific and research activities, and enable the development of evidence-based rehabilitation treatment and medical tourism in the country.

Х.М. Мираков, Х. Ибодов, Р. Рофиев, А. Давлатов, Н.С. Ибодов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОБСТРУКЦИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе

НОУ «Медико – социальный институт Таджикистана»

Актуальность проблемы. Уретерогидронефроз на фоне обструкции уретерovesикального сегмента у детей по частоте среди других врожденных пороков мочевой системы занимает одно из ведущих мест. С учетом сложности лечения врожденного уретерогидронефроза прибегают к применению новых методов лечения, одним из которых является этапный метод коррекции. Послеоперационные осложнения с уретерогидронефрозом после неоимплантации мочеточника колеблются от 8 до 40%. В этой связи проблема лечения нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников остаётся актуальной.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургической коррекции обструкции дистального отдела мочеточников у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано нами 110 детей с уретерогидронефрозом на фоне обструкции терминального отдела мочеточников. Из них уретерогидронефроз антинатально диагностирован у 28 (25,4%) детей; I степени - у 5, II степени - у 9, III степени - у 10, IV степени - у 4. Основными критериями диагностики уретерогидронефроза в перинатальном периоде являются: расширение передне-заднего размера лоханки, визуализация расширенного мочеточника и при ЦДК – выявление ослаблений почечного

кровотока в пораженной стороне.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенной консервативной и миниинвазивной терапии, то есть стентирования мочеточников в течение до 2 лет уродинамика восстановилась и устранились явления уретерогидронефроза у 30 (27,2%) пациентов. У 32 (29%) больных выполнены черезкожная пункционная нефростомия, направленная на сокращение собирательной системы почки, мочеточника, а также подготовка к оперативному лечению. Оперированные больные (84) разделены на 3 группы: I группа - по методу Политано – Ледбеттера (29); II группа - по Коэну (20); III группа по методу экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой, разработанной в клинике детской хирургии (35).

После операции Политано-Ледбеттера осложнения отмечены у 8 (27,5%) больных, по методу Коэно - у 4 (20%) и по методу экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой – у 5 (14,2%).

Выводы. Метод реимплантации мочеточника, разработанный в клинике детской хирургии является достаточно эффективным способом лечения мегауретера у детей. Эффективность составляет 85,8%.

М.М. Косимов, С.Ш. Талбаков, А.Г. Ёров

АЛГОРИТМ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Разработать основные механизмы организации реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Материал и методы исследования. В процессе работы были использованы нормативно-правовые документы по организации стоматологической службы.

Результаты исследования и их обсуждение. За основу для построения алгоритма реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба, руководствовались к условиям региона, с учетом менталитета населения, а также особенности соматического статуса детей. Процесс реабилитации организован по принципу долгосрочности и охватывал весь детский возраст. Иногда возникала необходимость вовлечения в процесс лиц более старшего возраста.

Для достижения необходимой системы алгоритма по диагностике лечению и реабилитации детей с ВРГиН, нами за основу алгоритма был взят принцип определение целевой группы для каждого возрастного этапа в онтогенетическом аспекте.

Выводы. С учётом особенностей реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба в различных регионах страны разработан алгоритм реабилитации основан на 7 периодов, используемых в педиатрии: перинатальный период; период новорожденности – от 0 до 1 мес; период грудного возраста – 1 мес. - 1 год; период ясельного возраста – 1 год - 3 года; дошкольный период – 3 - 6 лет; период младшего школьного возраста – 7 - 11 лет и период старшего школьного возраста – 11 - 18 лет.

Л.Н. Пачаджанова, С.И. Исламова, Э.З. Хакимзода

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

ГУ «Научно клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Организация оказания экстренной хирургической стоматологической помощи больным в условиях пандемии COVID-19 с учетом снижения иммунитета у больных, и усиления антисептической обработки гнойных ран.

Материалы и методы исследования. В период с мая до сентября месяцы 2020 г. под наблюдением в условиях стационара одного дня в Научно клиническом институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии находилось 92 больных с острым гнойным периоститом челюстей.

Результаты исследования. На сегодняшний день не существует универсального протокола или рекомендаций по оказанию стоматологической помощи активным или подозреваемым пациентам с COVID-19. Руководящие принципы, разработанные в этой области носят общий рекомендательный характер. За этот период оказание неотложной стоматологической помощи полностью прекратилось или значительно сократилось у активных или подозреваемых пациентов с COVID-19. Отсутствие руководящих указаний также может увеличить распространение нозокомиальной

COVID-19 через стоматологическую помощь.

Выводы.

1. Ограничить внутриротовую визуализацию и использовать внеротовые рентгенограммы, что уменьшить чрезмерное слюноотделение и рвотный рефлекс, связанный с внутриротовыми рентгенограммами.

2. Снизить вирусную нагрузку в слюне пациента с использованием жидкости для полоскания рта с повидон-йодом 0,23% в течение не менее 15 секунд перед процедурой.

3. Снизить риск перекрестного заражения

с использованием одноразовых инструментов и одноразовых устройств.

4. Снизить распространение микроорганизмов с использованием каучуковой ткани.

5. Стоматологическое лечение должно быть минимально инвазивным.

6. Следует избегать процедур, вызывающих образование аэрозолей и применения ибупрофена при подозрении и подтверждении случаев COVID-19 во время фармакологического лечения боли.

Қ.С. Аширбай, Э.Б. Айтбаева, М.М. Қалабаева, Н.А. Курбанбеков, Г.Т. Каукенбаева

ВРОЖДЁННАЯ КИСТОЗНО – АДЕНАМАТОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ЛЕГКОГО У НОВОРОЖДЕННЫХ

АО Научный центр педиатрии и детской хирургии,

АО «Казахский национальный университет имени Аль-Фараби», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Врожденные пороки развития легких по младенческой смертности и заболеваемости составляют 20,1%. Среди всех дефектов легких, по мнению авторов, кистозно-аденоматозная мальформация легких (КАМЛ) составляет 50-75%.

Эта редкая патология, в свою очередь, возникает в результате чрезмерного пролиферации терминальных бронхиол с образованием кист различных размеров в легких. Частота встречаемости этого дефекта составляет соотношение между 1:25 000-1:35 000 у новорожденных. Выделяют три типа дефекта: I одна или несколько кист с крупными тканевыми элементами диаметром 2см, похожими на нормальные альвеолы; II множественные кисты диаметром менее 1см и размером с бронхиолу и альвеолу; III крупномасштабное некистозное поражение легких со смещением средостения и со смещением грудной клетки. Выявление дефекта антенатального развития легких вызывает трудности в диагностике кистозных дефектов в постнатальном периоде, так как они возникают вместе с различными патологическими состояниями, сопровождающимися

синдромом острой респираторной недостаточности. Клинически заболевание проявляется симптомами, характерными для респираторного дистресс-синдрома: дыхательной недостаточностью, одышкой, цианозом и гипоксемией. Большинство исследователей в лечении КАМЛ указывают на необходимость резекции доли поврежденного легкого, но нет единого мнения о показаниях и сроках операции.

Цель исследования: провести анализ хирургического лечения новорожденных с диагнозом кистозно аденоматозной мальформации легкого.

Материалы и методы исследования: в отделении неонатологии и неонатальной хирургии для новорожденных в период с 2017 по 2021 год было пролечено 38 младенцев, у которых была выявлена КАМЛ. Из них: мальчиков - 18 (48%), девочек - 20 (52%). В антенатальном периоде все беременные женщины прошли скрининговые ультразвуковые исследования УЗИ. Однако у 38 (100%) беременных женщин диагностировали кистозно-аденоматозную мальформацию легких плода. Время обнаружения этих дефектов соответствовало

интервалу между 21-й и 34-й неделями беременности. При УЗИ беременных выявлен врожденный порок сердца у 3 (7,9%) плода.

Недоношенных детей в процессе родов не было. Все дети были рождены в соответствии со сроком 38-40 недель беременности. В роддоме оценивали состояние новорожденных, делали общую рентгенографию грудной клетки и брюшной полости. Младенцы с дыхательной недостаточностью и с одышкой в объективных показателях получали оксигенотерапию с увлажненным кислородом. Младенцы в течение 24 часов и 1 недели из роддома переводились в отделение неонатологии и неонатальной хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии (НЦПДХ). Были проведены инструментальные исследования (рентгенография грудной клетки и УЗИ брюшной полости, эхокардиография, компьютерная томография золотого стандарта, лечебная бронхоскопия – по показаниям) и клиничко - лабораторные исследования и обследования. В общей сложности из 38 (100%) новорожденных, у 25 новорожденных (65,8%) диагностирована кистозно-аденоматозная мальформация легких I типа. У 10 младенцев (26,3%) диагностирована кистозно-аденоматозная мальформация легких II типа. А у остальных 3 (7,9%) детей диагностирована кистозно-аденоматозная мальформация легких III типа. Также стоит отметить, что среди этих 38 новорожденных количество и процент поражений правого легкого: 18 новорожденных (47,3%) из них: высокая часть - 5 младенцев (13,15%). Средняя часть-7 детей (18,4%). Нижняя часть - 6 младенцев (15,75%). Количество и процент поражения левого легкого: 20 детей (52,7%) из них. Высокая часть-8 младенцев (21,05%). Нижняя часть-12 младенцев (31,57%). При этом из 38 новорожденных 13 (34,21%) были проведены торакотомические операции, дренирование

грудной клетки. Материал, полученный в ходе операции, был отправлен на гистологическое исследование, диагноз дал положительный результат. Левосторонняя торакотомия 5 детей (13,15%). Правосторонняя торакотомия 8 детей (21,05%). Одними из основных показателей проведения операции является: одышка, респираторный ацидоз, дыхательная недостаточность 1-2 степени, изменения в компьютерной томографии: кистозно-аденоматозная мальформация легких 2 типа, со смещением грудной клетки. В послеоперационный период в течении 2 – 5 часов всех новорожденных снимали с аппарата искусственного вентилирования легких и переводили на спонтанное дыхание. Трубку в грудной полости удаляли в течение 1 недели. По этой 5-летней статистике в нашем научном центре среди выявленных 38 случаев КАМЛ не было выявлено случаев осложнений и смерти среди новорожденных.

Выводы. КАМЛ является относительно редким врожденным дефектом легких. Если он не диагностирован пренатальным путем, его трудно диагностировать с первых дней жизни. Респираторный дистресс-синдром у новорожденных является основным клиническим проявлением. Динамическая рентгенография грудной клетки и компьютерная томография легких позволяют своевременно поставить правильный диагноз. Операция по устранению врожденной патологии легких в неонатальном периоде является патогенетически обоснованным методом лечения, способствующим не только устранению причины внутригрудного напряжения, но и полному развитию здоровых участков легких и предотвращению развития осложнений. В послеоперационном периоде больные дети с кистозным дефектом легких нуждаются в длительном диспансерном наблюдении.

М.М. Калабаева, А.Ж. Оразалинов, К.М. Ахтаров, Н.Б. Афлатонов, Н.Р. Шиланбаев, А.Б. Шекенова

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Ахалазия пищевода - хотя и редкое заболевание (с частотой 1 100 000 человек в год), является одной из частых причин моторной дисфагии и характеризуется нарушением перистальтики в теле пищевода и отсутствием расслабления нижнего пищеводного сфинктера (Laparoscopic treatment in achalasia of the cardia, В Ursut, L Alecu, A Tulin, O Enciu, Sep-Oct 2014;109(5):604-7). Идиопатическая ахалазия пищевода была описана в 1682 г. как двигательное расстройство гладкой мускулатуры. В 1913 г. была введена трансабдоминальная кардиомиотомия, а в 1958 г. эта техника стала популярной через торакотомию слева, в 1991 г. была введена лапароскопическая кардиомиотомия, с тех пор многие хирурги приняли эту технику в качестве основного лечения ахалазии пищевода.

Цель исследования. Устранение функциональной непроходимости на уровне желудочно-пищеводного перехода.

Материалы и методы исследования. За период с 1994 по 2021 гг. на лечение в Научном центре педиатрии и детской хирургии находилось 26 детей, в возрасте от 1 до 15 лет. Средний возраст клинических проявлений составил $6,1 \pm 2,5$. Соотношение мальчиков и девочек составил 2:1.

Ведущими клиническими проявлениями являлись рвота и дисфагия, независимо от возраста пациента у 26 детей (100%). Жалобы на боли за грудиной предъявляло 16 детей (61,5%). Больные плохо переносили задержку пищи, так для облегчения прохождения пищи более старшего возраста дети прибегали к вспомогательным движениям (делали усиленные плотательные движения, запивали еду водой), количество таких детей составило 16 (61,5%). Отставание в физическом развитии дефицит массы тела, являющиеся результатом

нарушений алиментарного характера имелись у всех детей, но в разной степени выраженности, так гипотрофия 1 степени диагностирована у 16 детей, 2 степени – 10 детей (40%). Ночная регургитация отмечалась у 3 детей (симптом «мокрой подушки»). По результату анализов крови, анемия 1-2 степени диагностирована у 11 детей. У 18 было выявлено проявления затяжных воспалительных изменений со стороны бронхо-легочной системы (продуктивный кашель, бронхиты, затяжные пневмонии, бронхоэктазы). Всем больным проведено комплексное обследование, включающее общеклиническое обследование, обзор органов грудной клетки и брюшной полости, компьютерную томографию органов грудной клетки, рентгеноскопию органов брюшной полости с контрастированием ЖКТ, эзофагогастрофиброскопию, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ пищеводно-желудочного перехода на моторно-эвакуаторную функцию, цитологическое исследование рефлюктата.

Всем проведена обзорная рентгенография грудной клетки: у 11 детей - картина расширенного средостения, бронхиты; у 9 - пневмонии, аспирационного генеза; у 7 детей диагностированы бронхоэктазы (веретенообразные, цилиндрические). Характерным признаком ахалазии пищевода на обзорной рентгенографии органов брюшной полости является отсутствие газового пузыря в желудке и наличие скопления воздуха в пищеводе (отмечалось у 16 детей).

При проведении контрастной эзофагографии у 17 детей определялось умеренное расширение пищевода, у 9-ти - значительная дилатация, в 4-х случаях отмечена не координированная перистальтика. При скопии отмечается длительная задержка контрастной взвеси над кардией и постепенно суживаю-

щегося контура книзу с последующим внезапным «проваливанием» большой порции контраста в полость желудка, характерный симптом «опрокинутой пламени свечи» диагностирована у всех детей (100%). При проведении эндоскопического исследования у всех детей так же выявлено расширение пищевода в различной степени, обращает внимание, что при значительном дилатации пищевода обнаружено выраженная складчатость слизистой, обилие слизи, остатки пищи съеденной накануне. Фиброскоп легко проходим через кардиальный отдел пищевода. Анализируя результаты исследуемых пациентов: воспалительные изменения со стороны пищевода в виде катаральных изменений выявлены у 17 пациентов; фибринозно-эрозивный эзофагит – у 5 детей; эрозивно-язвенный эзофагит у 4 пациентов. Ультразвуковая диагностика пищевода определяет утолщенность циркулярного мышечного слоя пищевода в нижней трети. Толщина мышечного слоя коррелировала со стадией ахалазии, и при II стадии достигала 3-4 мм, при III стадии в большинстве наблюдений отмечалась диффузная гиперэхогенность мышечного слоя в месте сужения, признак развития соединительной ткани и рубцового изменения мышечного слоя.

Данные компьютерной томографии органов грудной клетки позволили определить степень дилатации пищевода, исключить объемные образования грудной полости, сдавливающие просвет пищевода, характер и тяжесть воспалительных изменений бронхо-легочной системы.

После установления диагноза, хирургическому лечению подлежали все 26 пациентов, из которых: кардиомиотомия по Heller в сочетании с эзофагофундопликацией по Touret

произведено у 17 детей (65%), из них 7 детям операция произведена с использованием лапароскопического метода; кардиомиотомия по Heller в сочетании с эзофагофундопликацией по Nissen - 9 детей (34%).

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Энтеральную нагрузку в виде питья начинали в день операции при отсутствии повреждения слизистой пищевода, а активизировать больных – с первых послеоперационных суток. Интраоперационное осложнение - повреждение слизистой пищевода во время кардиомиотомии произошло в 2 – наблюдениях. Дефект слизистой ушивали отдельными швами. Однако у одного ребенка дефект слизистой пищевода не закрылся, в связи, с чем у ребенка развился медиастенит, перитонит, была произведена операция по ушиванию дистальной части пищевода с выведением шейной эзофагостомы. У одного больного через 2 месяца после операции вновь появилась дисфагия и рвота при приеме пищи, по видимому это было связано с недостаточной мобилизацией мышечного слоя при кардиомиотомии. Выписан в удовлетворительном состоянии после проведения однократного бужирования пищевода.

Выводы. На данном этапе развития хирургии, широкое распространение получает использование мало инвазивных методов хирургической коррекции. Лапароскопическая кардиомиотомия пищевода по Heller и фундопликация по Touret эффективно облегчают дисфагию, регургитацию и боль в груди, сопровождающую ахалазию, и отмечается высокая удовлетворенность пациентов за счет минимизации болевого синдрома, косметического эффекта, сокращения койко-дней.

К.М. Ахтаров, Н.Б. Афлатонов, М.М. Калабаева, А.Б. Шекенова

КОЛОСТОМИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ У ДЕТЕЙ

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Аноректальные пороки развития у детей - один из пороков развития, наиболее часто встречающийся в практике детского хирурга. Частота аноректальных мальформаций колеблется в соотношении от 1:2500 новорожденных детей в странах Латинской Америки (Чили) до 1:8700 в Люксембурге (по А.И.Ленюшкину - от 1:500 до 1:5000 новорожденных детей). Мальчики страдают чаще, чем девочки. На сегодняшний день предложено множество методов и модификаций наложения колостом от различных авторов, проанализированы осложнения каждого из способов хирургического лечения, но на сегодняшний день остается большой процент послеоперационных осложнений, что в значительной мере осложняет дальнейшие этапы хирургического лечения данного порока. Частота развития различных осложнений по данным различных авторов колеблется в довольно широких пределах от 7.6% до 45%. Они встречаются как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Цель исследования. Изучить результаты различных методов наложения колостом у детей.

Материалы и методы исследования. В Научном центре педиатрии и детской хирургии за период с 2010 по 2021 гг. оперировано 506 (100%) детей в возрасте от 0 до 8 лет с аноректальными мальформациями. Мальчиков было 289 (57,1%), девочек – 217 (42,9%). У 346 (68,4%) детей диагностированы аноректальные пороки в антенатальном периоде с помощью УЗИ. Из общего числа аноректальных мальформаций- ректоуретральная форма свища выявлена 216 (42,7%), ректovesибулярный свищ – 154 (30,4%), ректопромежностный свищ – 92 (18,2%), ректovesикальный свищ 24 (4,7%), персистирующая клоака – 16 (3,2%), безсвищивая форма атрезии ануса – 4 (0,8%).

106 (100%) детям произведено наложение пре-вентивной колостомы. Наложение отдельной колостомы по Пенья проведено - 56 (52,8%) детям, наложение отдельной колостомы по методике НЦПДХ- 23 (21,7%), терминальная колостомия - 11 (10,4%), наложение подвесной колостомы по Майдлю – 16 (15,1%).

Ближайшие и отдаленные результаты изучены у всех 98 (100%). После наложения отдельной колостомы по Пенья из 56 (100%) осложнение отмечалось в 11 (19,6%) случаях из них- гнойно воспалительные осложнения – 6 (10,7%), эвентрация -у 3 (5,3%) детей, в 2 (3,6%) случаев отмечалась параколостомическая грыжа. При наложении отдельной колостомы по методике НЦПДХ 23 (100%) осложнения отмечались в 3 (13%) случаях в виде раневого гнойно-воспалительного осложнения у 2 (8,7%) ребенка, стриктура колостомы у 1 (4,4) ребенка. 11(100%) детям была проведена терминальная колостомия где осложнения отмечалось в 1 (9,1%) случае в виде некроза колостомы. При наложение подвесной колостомы по Майдлю 16 детям осложнений не отмечалось.

Выводы. Таким образом, наши результаты свидетельствуют о том, что при аноректальных пороках надо I этапом проводить наложение временной колостомы. При вариантах аноректальных пороков требующих обследования дистального отдела необходимо накладывать отдельную колостому. При четко установленном диагнозе атрезия ануса с ректovesибулярным свищем считаем достаточным наложение терминальной колостомы. Методом выбора является наложение подвесной колостомы по Майдлю. Правильное наложение колостомы по Майдлю исключает заброс каловых масс в дистальную часть толстой кишки и максимально сокращает процент послеоперационных раневых осложнений.

М.М. Калабаева, К.Э. Хаиров, Н.Б. Афлатонов, К.М. Ахтаров, Ш.Е. Касенов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Киста общего желчного протока представляет собой кистозное и веретенообразное расширение наружных желчных протоков, которое может приводить к нарушению функции печени и биллиарному циррозу в детском возрасте и злокачественной дегенерации печени и желчных протоков во взрослой жизни.

Заболеваемость кистами общего желчного протока у детей составляет в среднем 1 случай на 10-15 тысяч новорожденных. В странах Азии это заболевание регистрируется значительно чаще. Удаление кисты и формирование анастомоза общего желчного протока с тощей кишкой на отводящей петле по Ру или гепатикоюноанастомозия, выполненные через подреберный доступ, являются стандартными процедурами для лечения пациентов с кистой общего желчного протока.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения кистозной трансформации холедоха у детей.

В Научном центре педиатрии и детской хирургии с 1998 по 2021гг. в отделении хирургии находилось на лечении 112 детей с диагнозом «Врожденная кистозная трансформация общего желчного протока», в возрасте 1 месяца до 15 лет. Из них девочек – 77(69%), мальчиков – 35 (31%). Среди клинических проявлений заболевания основными жалобами были – легкая преходящая желтуха у 61 (54,5%) детей; боли в животе особенно в правом подреберье отмечались у 68 (61%) детей; пальпаторно определялось опухолевидное образование в животе у 26 (23,2%) детей (преимущественно у детей старшего возраста); 36 (32%) детей лечились у гастроэнтеролога и педиатра с проявлениями панкреатита и холангита; 27 (24%) детей лечились в инфекционной больнице с диагнозом «Вирусный гепатит». Упорной желтухой проявлялось особенно у 12 (11%) детей

грудного возраста. Наиболее информативными и достоверными методами диагностики считаем ультрасонографию, компьютерную томографию и реже контрастное обследование желудочно-кишечного тракта. Все 112 детей оперированы. Наружное дренирование кисты с целью декомпрессии было проведено у 1-го (0,9%) ребенка в возрасте 2 месяца с выраженной клиникой холангита. Через 5 месяцев произведено экстирпация кисты холедоха и наложение гепатикоюноанастомоза по Ру в сочетании подвешной еюностомии. Цистоэнтеростомия без экстирпации кисты проведены двум (1,8%) больным. В послеоперационном периоде у одного ребенка отмечалось расхождение швов анастомоза с развитием желчного перитонита. Ребенок повторно оперирован – произведена экстирпация кисты холедоха с наложением гепатикоюноанастомоза по Ру. Второй ребенок повторно оперирован через 3 года с явлением калькулезного холангита с наложением гепатикоюноанастомоза по Ру. 106 (94,6%) детям проведено полное иссечение кисты холедоха с удалением желчного пузыря и наложением обходного гепатикоюноанастомоза по Ру, у 12(11,3%) больных в сочетании с подвешной энтеростомией. 31 (27,7%) больным из 106 детей при больших кистах холедоха чтобы уменьшить опасность повреждения сосудов печени, мы использовали методику демукозации слизистой кисты холедоха путем слепой препарковки и наложением У-образной гепатикоюноанастомии. Шесть больных (5,4%) с наличием кистозной аномалии первичных ветвей внутрипеченочного билиарного дерева, общий печеночный проток пересечен в воротах печени и наложением портоэнтеростомии по Ру. Отдаленные результаты изучены у 89 (79,5%) оперированных детей через 6-12 месяцев после операции. Производили инструментальные и функциональные исследования. У

всех больных получены хорошие результаты. Оперированные дети развиваются хорошо. Из изученных в катамнезе 89 больных у одного встретили стеноз гепатикоеюноанастомоза через 10 лет отмечался желчнокаменный холангит внутрипеченочных ходов, произведена реконструкция гепатикоеюностомии с промыванием внутрипеченочных ходов.

Выводы. Опыт и публикации ряда других

авторов свидетельствует о том, что единственным радикальным лечением можно считать иссечение кисты холедоха с наложением гепатикоеюностомии по Ру. При больших кистах холедоха для уменьшения опасности повреждения сосудов печени методом выбора является демукозация слизистой кисты и наложением гепатикоеюностомии по Ру.

А.И. Тиллоев, К.Дж. Пулотов

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ЛОР ОРГАНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

*Государственное учреждение «Медицинский комплекс «Истиклол»
НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»*

Тиллоев Асадулло Ибодуллоевич – к.м.н., зав. отделением эндоскопии ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе, тел: (+992) 919 04 08 04

Цель исследования. Улучшение ранней диагностики сочетано протекающих заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Материал и методы исследования. Изучено 64 амбулаторных карт пациентов эндоскопического отделения ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» в период 2020-2021гг. Применено видеоларингоскопия и видеофибробронхоскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты разделены на 4 группы. Среди них мужчин было 38 (59,4%), женщин 26 (40,6%) в возрасте от 18 до 67 лет. В первую группу вошли 21 (32,8%) пациентов из них: мужчин - 12 (57,1%) и женщин 9 (42,9%), у которых было обнаружено наличие ринита у 6 (28,6%) пациентов, синусита у 7 (33,3%), гайморита у 8 (38,1%), также было обнаружено в анамнезе аналогичные заболевания у близких родственников, у 14 больных (66,7%). Во вторую группу вошли 19 (29,7%) пациентов с различными формами искривления носовой перегородки у 12 (63,1%) мужчин и 7 (36,9%) женщин, в 6 случаях (31,6%) обнаружено двухстороннее искривление у 4 (66,6%) мужчин и 2 (33,4%) женщин. В третьей группе среди 18 (11,52%) больных обнаружены по-

липы у - 6 (1,08%) мужчин и 2 (0,36%) женщин, аденоидные разрастания обнаружены у 6 (1,08%) мужчин и 3 (0,54%) женщин, у 1 (0,18%) мужчины обнаружено образование в носовой полости. В четвертой группе среди 6 (3,84%) пациентов обнаружены инородные тела: у 4 (0,24%) мужчин и 2 (0,12%) женщин. Инородные тела в верхних дыхательных путях обнаружены в виде турунды в носовой полости 2 (0,12%) мужчин и 1 (0,06%) женщины, пластмассовые шарики обнаружены у 1 (0,06%) мужчины и 1 (0,06%) женщины, застарелые косточки от вишни обнаружены у 3 (0,18%) мужчин.

Выводы. Основной причиной острого и хронического заболеваний нижних дыхательных путей в 50% случаев являются заболевания ЛОР органов. По частоте встречаемости первое место (63%) занимают искривление носовой перегородки, том числе более 50% двухстороннее ее поражение. Второе место занимают воспалительные заболевания такие как: ринит, синуситы и др. около 30% случаев. На третьем месте идут инородные тела верхних дыхательных путей до 2% и около 1% наличие на этом участке образований.

В.И. Решетняк, И.В. Маев, Т.М. Решетняк

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ *HELICOBACTER PYLORI*

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Цель исследования. Проанализировать накопленные собственные и литературные данные о морфологических формах *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), их жизнеспособности и потенциальной роли в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Собственные данные и данные научных публикаций основных электронных медицинских баз данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным местом обитания *H.pylori* у человека является желудок, где имеются все условия для его жизни, роста и размножения: температура +37°С; наличие воды и питательных веществ (аминокислоты); рН среды: 4.0-6.0; микроаэрофильные условия. В биопсийном материале слизистой оболочки желудка человека *H.pylori* в основном присутствует в спиралевидной форме в надэпителиальном слое слизи.

Воздействие неблагоприятных факторов (изменение температуры, рН, аэрация, отсутствие воды, недостаток питательных веществ, накопление токсичных продуктов обмена веществ, активные формы кислорода, вырабатываемые фагоцитами, либо самим *H.pylori*, ускоренная перистальтика, воздействие антисекреторных препаратов и антибиотиков) приводит к тому, что *H.pylori* переживает дегенеративные изменения и трансформируется в дормантные и кокковые формы, позволяющие ей переживать экстремальные ситуации в организме человека, например, при культивировании, а так же выживать во внешней среде. Трансформация из спиралевидных форм в кокковые первоначально сопровождается образованием С-образных и U-образных форм *H.pylori*. Происходит конденсация протоплаз-

матического матрикса и увеличение объема периплазматического пространства, что приводит к растяжению клеточной стенки и оттеснению протоплазматического матрикса на периферию с образованием промежуточных С-, U-образных форм *H.pylori*. Последние являются промежуточным (переходным) состоянием между спиралевидными и кокковыми формами бактерий. Промежуточные и кокковые формы теряют ферментативную активность и репродуктивную способность, у них редуцируется обмен веществ, происходит переход *H.pylori* в дормантное состояние. Дормантность (DORMANCY – покой, состояние покоя) – **обратимое состояние клеток** с низким уровнем метаболической активности, в котором они могут находиться длительное время без деления. Промежуточные и кокковые формы в слизистой оболочке желудка или в культуре могут сосуществовать в различных соотношениях. Часть трансформируемых форм в популяции *H.pylori* являются дегенеративными, умершими клетками (вероятнее всего, это кокковые формы), а часть – дормантными, обратимыми формами (вероятнее всего, это С-образные, U-образные формы). Однако, нет достаточно веских данных для того, чтобы связать определенный морфологический тип – С-, U-образные и кокковые формы *H.pylori* – с функциональными характеристиками жизнеспособности и культивируемости. Как правило, в литературе представляют данные по жизнеспособности либо спиралевидных, либо кокковых форм. При описании последних никто не учитывает присутствия переходных (промежуточных, или С-, U-образных) форм, так как вычленив отдельно данные по жизнеспособности промежуточных (С- и U-образных) и кокковых форм, находящихся в

одном биоптате или культуре, не представляется возможным.

Дормантные формы микроорганизма, попав в благоприятные условия, имеют возможность реверсии в вегетативную спиралевидную форму. Инициировать реверсию дормантных форм *H.pylori* в вегетативные спиралевидные формы способны феромоны (бактериальные цитокины), в частности, *resuscitation-promoting factor (Rpf)* и некоторые белки теплового шока. В.Г. Жуховицкий и соавт. при исследовании кокковых форм *H.pylori*, обнаружили различные дефекты клеточной стенки, которые перед выходом из дормантного состояния («оживлением», реверсией) требуют репарации.

Заключение. Существует три морфо-

функциональные формы *H.pylori*: 1) спиралевидные формы (жизнеспособные; культивируемые); 2) С-образные и U-образные формы (дормантные – покоящиеся; культивируемые); 3) кокковые формы (нежизнеспособные; некультивируемые). Дормантные формы *H.pylori*, попав в благоприятные условия, способны к реверсии в вегетативную спиралевидную форму. Инициировать реверсию дормантных форм *H.pylori* способны бактериальные цитокины и некоторые белки теплового шока. 4) Наличие повреждений в клетках, находящихся в дормантном состоянии, при «оживлении» требует определенных условий для предварительной репарации поврежденных участков.

Л.С. Кузиева, З. Тиллоева, М. Олимова

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЁН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «НИИ медико - социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» г. Душанбе

Цель исследования. Изучение состояния психического здоровья жён трудовых мигрантов и разработка обоснованных медико-социальных мер профилактики нарушений психического здоровья женщин в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования: объектом исследования служили таджикские мигранты находящиеся в браке женщины, в возрасте от 18 до 45 лет, проживающие в Душанбе, согласные на участие в соответствующем опросе и посещающие городские медицинские центры.

Результаты исследования и их обсуждение: предметом исследования было изучение распространённости психического расстройства у женщин репродуктивного возраста; степень подверженности жён мигрантов психическим травмам; установление значимости ряда демографических, социальных факторов, физической и эмоциональной самооценки, физических и психических травм в возникновении психических расстройств у женщин (жён

мигрантов и не мигрантов). Было установлено, что факторами, препятствующими оптимизации психиатрической помощи жёнам мигрантов, следует считать: низкую приверженность к лечению и обращаемость в медицинские учреждения; материальную необеспеченность и отсутствие свободного времени (из-за совместного проживания с большим количеством людей, в том числе детей) у жён мигрантов. Эти, отчасти вынужденные поведенческие особенности жён мигрантов, наряду с отсутствием нормативных и информационно-методических документов по медико-социальной профилактике нарушений психического здоровья у жён трудовых мигрантов, и соответственно, отсутствие планированного патронажа сотрудников ПМСП, - можно считать важной предпосылкой развития выраженных нарушений психического здоровья у женщин. Также была установлена большая распространённость общих психических расстройств, низкая самооценка состояния здоровья жён мигрантов, сопровождающаяся крайне низкой

их обращаемостью в лечебные учреждения, и взаимосвязь этих факторов с социальным функционированием и психическим составяющим здоровья, свидетельствующие, что женщины Таджикистана нуждаются в организованных услугах в сфере психического здоровья и социальных услуг. При этом выявлена высокая степень подверженности травмам и сильное психотравмирующее влияние прямых травм, с учащением общих психических расстройств у женщин, особенно у оставленных на родине жён трудовых мигрантов, показывают, что предотвращение насилия в отношении женщин и его последствий для психического здоровья должно быть приоритетной задачей в Республике Таджикистан.

Выводы. 1. Учитывая, что на современ-

ном этапе трудовая миграция в Таджикистане формирует дополнительные факторы риска психических расстройств у их жён, одним из важных, центральных проблем здравоохранения является разработка стратегии развития лечебно-профилактических услугах по сохранению психического здоровья женщин, основанные на фактических данных.

2. Необходимой предпосылкой к своевременному выявлению психических расстройств и предупреждению их прогрессирования является установление дифференцированных и обоснованных данных об их распространённости сравнительно у жён мигрантов, доступности психологической помощи с выделением факторов тесно взаимосвязанных с прогрессированием ПР.

А.К. Мاستибекова, М.А. Сагторова, А.М. Асслидинова, М.Т. Зардодхонова

АСПЕКТЫ ТОПОМЕТРИИ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОБОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Эрадикация опухолевого процесса с большой вероятностью излечения или длительной ремиссии. При проведении лучевой терапии условно выделяются три этапа: предлучевой, лучевой и послучевой. Каждый из этих этапов имеет свою особенность, правила вашего проведения, что определяет цель проводимого исследования.

Материалы и методы исследования. Используются данные проведенных анализов ведения топометрии при лучевой терапии у онкобольных в условиях отделения радиологии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Результаты исследования и их обсуждение. Предлучевой этап проводится в дополнительных исследованиях с целью уточнения локализации и оценки состояния окружающих патологических очагов здоровых тканей.

Топометрическая подготовка выполняется на рентген – симуляторе и компьютерном томографе для визуализации зоны предполагаемого облучения. Определение локализации опухоли КТ является основным методом для определения лечебного объема, однако для максимальной точности при определении локализации опухоли возможно выполнение совмещение разметочного КТ с МРТ. На основании полученных данных при КТ симуляции на системе 3D PLANW создаем объемов мишени и формирования 3-х мерной модели. После оконтуривание объемов мишени и органов риска со стороны радиотерапевтов, медицинские физики рассчитывают дозное распределение с помощью специальных математических программ на компьютерных станциях. Верификация планов ЛТ проводится медицинскими физиками.

Выводы. Поэтапная топометрия (оконтуривание и принципы планирования) при

лучевой терапии у онкобольных, увеличивает вероятность эрадикации и длительной

ремиссии, а также параллельно уменьшаются лучевые осложнения.

О.А. Мирзоев, Ф.Н. Каримова, Х.Х. Махмудова

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Провести комплексный анализ осложнений, возникающих после расширенных хирургических вмешательств у больных со злокачественными новообразованиями женской половой сферы.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные о 47-больных со злокачественными новообразованиями женской половой сферы, получивших лечение за период с 2020 по 2022 г. в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Из них 39 пациентка была с диагнозом рак шейки матки I – II а стадии, 8 больных с диагнозом рак тела матки II стадии. Всем больным выполнено оперативное вмешательство - расширенная гистерэктомия II типа. Средний возраст больных составил $46,4 \pm 5,1$ лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 47 оперированных больных различные виды послеоперационных осложнений выявлены в 23 (49,0%) случаях. Нами отмечены следующие: В группу осложнений мочевыделительной системы вошли 8 больных, что составило 17% от общего количества выявленных осложнений. У данной категории пациенток имело место наличие явлений гидронефроза и восходящего пиелонефрита. Достаточно часто после гинекологических вмешательств возникает атония мочевого пузыря (10%) с развитием восходящей инфекции мочевых

путей (30-50%). Одним из характерными осложнениями явились развитие мочеполовых свищей, их частота составила 6,3% (3 пациентки) от общего количества оперированных больных, и 11,5% в структуре осложнений. Для операций, во время которых удаляются лимфатические узлы, специфично образование забрюшинных серозоцеле. В нашем наблюдении данное осложнение выявлено у 17 (36,1% в структуре осложнений) пациенток. Все образования были эвакуированы, осложнений процедуры не выявлено. Повторного возникновения кисты не выявлено. Послеоперационный парез кишечника характерен для всех операций в брюшной полости, в связи с этим нами данная патология фиксировалась как осложнение лишь в том случае, если имело место объективное проявление пареза кишечника в виде ослабления кишечных шумов, задержки отхождения газов, более или менее выраженного вздутия живота в период более чем 72 часа после выполнения оперативного вмешательства. Данная патология в нашем наблюдении отмечалась лишь в 6 (12,7% в структуре осложнений) случаях. [6] Послеоперационная летальность не наблюдалась

Выводы. Высокий риск возникновения осложнений при расширенных хирургических вмешательствах в онкогинекологии, необходима тщательная их профилактика и коррекция как в пред-, так и в раннем послеоперационном периоде.

Н.Ш. Абдуллаева

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ДУШАНБЕ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность. Здоровье детского населения является ключевым показателем, который характеризует благополучие общества и эффективность оказания медицинской помощи. Именно поэтому, немаловажной представляется проблема сохранения и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста, т.к. две трети заболеваемости приходится на детей в возрасте от 0 до 7 лет, причем большая часть заболеваемости встречается у детей дошкольного возраста. В виду того, что состояние здоровья данного контингента детей определяется влиянием множества социально-гигиенических и медико-биологических факторов, изучение воздействия данных факторов на качество их жизни является особенно актуальным.

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни (КЖ) детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет).

Материал и методы исследования. Оценка качества жизни детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) была проведена у 354 детей с использованием адаптированной русской версии международного опросника по изучению качества жизни в педиатрии Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™ 4.0 (Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S., 2001). Обследованные дети дошкольного возраста были разделены на две подгруппы – младший дошкольный возраст (3-4 лет, 97 детей) и старший дошкольный возраст (5-7 лет, 257 детей). У детей первой подгруппы (3-4 лет) был использован вариант опросника PedsQL™ 4.0 по изучению качества жизни детей 2-4 лет, который предназначается для заполнения исключительно родителями, а в подгруппе детей 5-7 лет при оценке качества жизни учитывалось совокупное мнение родителей и самих врачей.

Критериями исключения являлись – не-

доношенность, отсутствие соматических и нервно-психических заболеваний в момент исследования, отказ родителей от участия в исследовании.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты оценки качества жизни обследованных детей показало, что у детей младшей возрастной группы родители наиболее высоко оценили физическое (81,0 [62,0; 89,0] баллов) и социальное (80,0 [65,0; 90,0] баллов) функционирование, наиболее ниже оценены такие аспекты, как эмоциональное (65,0 [50,0; 80,0] баллов) и ролевое функционирование (66,0 [50,0; 83,0] баллов), в связи с чем психосоциальное здоровье имело более низкую оценку (69,2 [59,0; 80,8] баллов), чем физическое функционирование (81,0 [62,0; 89,0] баллов).

В старшей возрастной группе отмечалась почти аналогичная картина. Так, родители детей старшей возрастной группы наиболее высоко оценили социальное (80,0 [60,0; 100,0] баллов) и менее высоко – физическое (78,0 [66,5; 91,5] баллов) функционирование. Наиболее низкие оценки имели эмоциональное (70,0 [57,0; 90,0] баллов) и ролевое (58,2 [35,0; 75,0] баллов) и соответственно психосоциальное здоровье (70,0 [56,7; 80,0] баллов) имело более низкую оценку в сравнении с физическим функционированием (78,0). Общий балл у обследуемых детей по оценкам родителей значимых различий не имел.

По ответам самих детей (5-7 лет) из всех аспектов КЖ наиболее высокую оценку получило физическое функционирование (81,0 [68,0; 87,0] баллов), немного меньше эмоциональное (80,0 [60,0; 90,0] баллов) и социальное (80,0 [65,0; 100,0] баллов) функционирование в одинаковой степени, более низкую - психосоциальное здоровье (73,3 [63,3; 86,7] баллов)

и самую низкую – ролевое функционирование (60,0 [50,0; 80,0] баллов).

При сравнении ответов родителей и самих детей дошкольного возраста было установлено, что несмотря на отсутствие статистических различий по общему баллу, выявлены различия по таким аспектам КЖ, как эмоциональное (70,0 и 80,0 соответственно, $p < 0,001$) и ролевое функционирование (58,2 и 60,0 соответственно, $p < 0,05$). При этом, родители данные параметры КЖ, отражающие их психосоциальное здоровье, оценили достоверно ниже, чем сами дети.

По результатам опроса родителей было выявлено, что КЖ детей 5-7 лет и детей 3-4 лет по многим аспектам достоверных различий не имели, за исключением таких аспектов КЖ, как эмоциональное (65,0 и 70,0 соответственно, $p < 0,05$) и ролевое функционирование (66,0 и 58,2 соответственно, $p < 0,005$). Хотелось бы отметить, что оценка эмоционального функционирования была выше у детей 5-7 лет, а ролевое функционирование – у детей 3-4 лет. Очевидно, это связано с их возрастными особенностями.

Выводы.

1. В результате опроса родителей детей дошкольного возраста установлено, что с возрастом параметры качества жизни повышаются по шкале «эмоциональное функционирование», а по шкале «функционирование в детском саду» уровень показателя снижается; сами дети 5-7 лет достоверно выше оценили такие аспекты качества жизни, как эмоциональное и ролевое функционирование;

2. По мнению родителей, в результате анкетирования установлено, что в возрасте 3-4 лет достоверно выше оценивалось ролевое функционирование, а в 5-7 лет – эмоциональное.

Н.Ш. Абдуллаева

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Г. ДУШАНБЕ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность. Исследование качества жизни является одним из актуальных научных направлений в отечественной медицине, особенно в педиатрии, поскольку здоровье ребенка относится к основополагающим факторам здоровья населения в целом и является надежным индикатором, реагирующим на процессы, происходящие в общественной, социально-экономической и политической жизни страны.

Цель исследования: изучить показатели качества жизни (КЖ) детей первого года жизни и его гендерные особенности.

Материал и методы исследования. Проведено исследование КЖ детей первого года жизни с помощью международного опросника QUALIN у 141 ребенка, проживающих в г. Душанбе, из которых 66,2% составили мальчики

и 33,8% - девочки. Критериями исключения являлись – недоношенность, отсутствие соматических и нервно-психических заболеваний в момент исследования, отказ родителей от участия в исследовании.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования были получены достоверно значимые различия в ответах родителей и педиатров. По мнению врачей, средние показатели КЖ у обследованных детей по всем его аспектам было значительно ниже: шкала «Поведение и общение» - по ответам педиатров было 3,4 [3,1; 4,0], родителей – 4,1 [3,8; 4,7], ($p < 0,001$); по шкале «Способность оставаться одному» - педиатры 2,6 [2,4; 2,8] и родители 3,2 [2,6; 3,8] ($p < 0,001$); по шкале «Семейное окружение» - 3,5 [3,0; 3,8] и 4,0 [3,5; 4,5] соответственно, ($p < 0,001$); по

шкале «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» - 3,1 [2,7;3,7] и 3,7 [3,2; 4,2] соответственно, ($p<0,001$) и соответственно по общему баллу - 3,1 [2,8; 3,6] и 3,7 [3,5; 4,3], ($p<0,001$).

Сравнительный анализ результатов опроса респондентов в зависимости от половой принадлежности ребенка статистических различий не выявил. По мнению родителей, КЖ мальчиков и девочек по общему баллу было одинаковым (по 3,7 балла). Родители считают КЖ девочек несколько выше, чем мальчиков, по таким аспектам как «поведение и общение» (4,3 и 4,1 баллов соответственно), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,9 и 3,4 баллов) и «способность оставаться одному» (3,3 и 3,2 баллов). В то же время, по мнению врачей, КЖ мальчиков по

уровню общего балла было выше в сравнении с девочками (3,5 и 3,2 соответственно), хотя данная разница не имела статистически значимых различий ($p>0,05$). Эти преимущества касались также таких аспектов КЖ мальчиков, как «поведение и общение» (3,8 и 3,7 баллов), «семейное окружение» (3,7 и 3,4 баллов), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,2 и 3,1 баллов).

Выводы.

1. Качество жизни обследованных детей по всем его аспектам было значительно ниже, в сравнении с ответами родителей.

2. Половые различия качество жизни детей грудного возраста показало, что как по родительскому, так и по врачебному варианту опросников статистически значимых различий не было выявлено.

Г.К. Асламова, Т.Ш. Икромов, С.Х. Мамадаминова

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ПНЕВМОНИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить показатели иммунного статуса детей раннего возраста с избыточной массой тела при пневмонии.

Материал и методы исследования. Нами проведены исследования 34 детей раннего возраста с избыточной массой тела при пневмонии, находившихся на стационарном лечении в отделение раннего возраста (от 6 мес. до 3-х лет). По возрасту разделены на 3 возрастных групп. I группа от 6 мес до 1 года – 8 детей (4 мальчика и 4 девочки), II группа от 1 года до 2 лет -9 детей (5 мальчиков и 4 девочек), III группа от 2 до 3 лет – 22 больных детей (11 мальчиков и 11 девочек). Нами изучены показатели гуморального (IgM, IgG, IgA) и клеточного (Т-лимфоциты CD 3, Т-хелперы CD 4, Т-супрессоры CD 8, В-лимфоциты CD 20, апоптоз CD 95, рецептор к IL - 2 CD 25, рецептор пролиферации CD 71, фагоцитоз CD 32) иммунитета. Исследования были прове-

дены в лаборатории Диамед по показателям венозной крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Проанализированные результаты исследования детей раннего возраста с избыточной массой тела при пневмонии показали, что у 14 детей отмечается снижение функциональной активности фагоцитов. У 17 детей с данной патологией было выявлено угнетение активности т-лимфоцитов и их субпопуляция и снижение фагоцитарной функции. А также у 8 больных показатели клеточного иммунитета не отклонялись от нормального показателя. При пневмонии детей раннего возраста с избыточной массой тела обнаружена сопутствующая патология: анемии разной степени, повышение тромбоцитов, лейкоцитов и скорость оседания эритроцитов.

После проведенной иммунокорректирующей терапии показатели клеточного и гумо-

рального иммунитета нормализовались через 3 недели.

Заключение. Таким образом, было выявлено, что с поступлением грудного молока иммуноглобулины и лимфоциты матери стимулируют иммунную систему ребенка, обе-

спечивая долговременный антибактериальный и противовирусный иммунитет. Лактофирин участвует в стимуляции иммунологических функций, будучи способен проникать в иммуно-компетентные клетки и связываться с ДНК, индуцируя транскрипцию генов цитокинов.

М.Ш. Ахмеджанова

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ СОСТОЯНИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить состояние почечного кровотока у детей с обструктивными уропатиями. Определить диагностическую тактику и последовательность применения доплеровского сканирования у детей с обструктивными уропатиями.

Материалы и методы исследования. Допплерографический метод включает режим импульсного доплера, режим цветового и энергетического картирования. В режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) уточняется положение сосуда, его ход и характер ветвления. Исследование начинается с определения устьев почечных артерий из срединного доступа в эпигастрии. Для оценки сосудов паренхимы почек делают продольные и поперечные срезы почек. Критериями неизмененного кровотока является хорошо выраженное сосудистое дерево (как артериальные, так и венозные) и наличие кровотока мелких сосудов почки. В режиме импульсного доплера оцениваются количественные характеристики и скоростные показатели кровотока. Рассчитываются угол, независимые индексы: пульсационный (PI), резистентности (RI), систолодиастолические соотношения. Наиболее распространенным показателем является индекс сопротивления RI, отражающий состояние микроциркуляторного русла.

Результаты и методы исследования. Установлено, что RI изменяется с возрастом:

самый высокий при рождении и постепенно уменьшается, достигая уровня взрослых после 6-7 лет. Энергетическое доплеровское картирование (ЭДК), как разновидность ЦДК особенно удобно использовать у детей раннего возраста. ЭДК превосходит ЦДК в визуализации нормальной внутривисцеральной сосудистой сети и используется для выявления зон ишемии в почках.

К патологическим изменениям сосудистого рисунка выявляемым при дуплексном доплеровском сканировании, относятся 3 основных варианта обеднения ренального кровотока: локальное обеднение кровотока; диффузное обеднение кровотока и парциальное обеднение кровотока.

В Республиканском научно-клиническом центре педиатрии и детской хирургии нами проведено комплексное ультразвуковое исследование 32 детям: в возрасте от 1 до 14 лет, из них 18 девочкам и 14 мальчикам.

Комплексное ультразвуковое исследование с использованием цветного доплеровского картирования и импульсной доплерографией проводили на современном ультразвуковом аппарате Toshiba Xario, с использованием конвексного и линейного датчиков.

У 10 (16,7%) детей было выявлено односторонний гидронефроз, у 14 детей - двусторонний гидронефроз, суретерогидронефрозом – 8 детей.

У детей с пиелозктазией выраженных изменений не отмечалось. Надо отметить, что пиелозктазия у детей раннего возраста без клинических и лабораторных признаков воспалительного процесса почек является функциональным состоянием и возможно обусловлено незрелостью конечных отделов мочеточника.

Анализ данных комплексного ультразвукового исследования позволил сформировать 5 групп пациентов.

Группу детей с пиелозктазией без изменений доплерографических показателей в сравнении со здоровыми детьми составили 4 пациентов. Эта группа обозначена нами как I группа.

У 10 пациентов II группы при ультразвуковом исследовании визуализировалось расширение лоханки до 18 мм и чашечек до 12 мм. Структурных изменений в паренхиме почек в данной группе не выявлено: толщина паренхимы составила более 10 мм, эхогенность не изменена, кортико-медулярная дифференцировка выражена. Скоростные показатели кровотока в сегментарных и паренхиматозных почечных артериях определялись с повышенными значениями. На различных участках паренхимы показатели кровотока имеют одинаковые значения.

Во III группе у пациентов определялись расширение лоханки до 30 мм и расширении чашечек от 12 до 18 мм. Толщина паренхимы почки составляла не более 5 мм. Выявлено умеренное повышение эхогенности паренхимы при сохранении кортико-медулярной дифференцировки. Почки в данной группе пациентов регулируют кровоток и клубочковую фильтрацию увеличением перфузионного давления, что на доплерограммах фиксировалось в виде повышения скоростных показателей и повышением индекса резистентности – эквивалентом возрастания сосудистого сопротивления.

В IV группе у 12 детей дилатация лоханки составила до 38 мм, при этом визуализировалась истончение паренхимы до 3-5 мм, повышение ее эхогенности и сглаженность кортико-медулярной дифференцировки. Гемодинамические изменения определялись выраженным ухудшением почечного кровотока в виде повышения индекса резистентности более 0,75 и снижением скоростных показателей гемодинамики.

У пациентов V группы с гидронефротической трансформацией чашечно-лоханочной системы почки (3 пациентов) выявлен размер лоханки более 40 мм, определялось выраженное истончение паренхимы вплоть до ее исчезновения, кортико-медулярная дифференцировка отсутствовала. При ЦДК определяются единичные цветовые сигналы, обычный рисунок почечного дерева отсутствует. На доплерограмме почечных сосудов отмечается прогрессирующее повышение индексов периферического сопротивления.

Формирование обструктивной уропатии как результата порока развития почек в виде органической обструкции – гидронефроза, приводит к расширению собирательного комплекса почки, повышению уретерального давления, нарушению внутривисцерального кровотока, атрофии почечной паренхимы и прогрессирующему развитию хронической почечной недостаточности.

Выводы.

1. Мониторинг эхографических и доплерографических показателей позволяет определить тенденцию развития патологического процесса и вовремя скорректировать терапию.

2. Ультразвуковое исследование с использованием импульсно-волновой доплерографии и цветового доплеровского картирования является оптимальным методом неинвазивной оценки почечной гемодинамики.

Р.Д. Ашуров

ПЕРИНАТАЛЬНО-ГИПОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Выявить причины, перинатально гипоксических поражений головного мозга у детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных 150 историй родов и карт развития новорожденных, на материале родильного отделения г. Бохтар Хатлонской области.

Результаты исследования. Факторы риск, искажающие нейроонтогенез и влияющие на нервно психическое развитие, принято разделять на анте-, интра- и постнатальные. Сравнительный анализ антенатальных факторы риск доношенных и недоношенных детей с перинатально гипоксических поражений головного мозга (ППГМ) показал, что матери прежде временно рожденных относились к более старшей возрастной группе (средний возраст $27,9 \pm 0,8$ лет), в группе матерей доношенных детей эти показатели имели достоверные ($p < 0,05$) отличия ($24,5 \pm 1,5$ лет). Отягощенный гинекологический анамнез чаще выявлялся у матерей, родивших преждевременно (у 85,6%), по сравнению с матерями доношенных детей

(у 62,4%) ($p < 0,01$). Характерной особенностью женщин, родивших преждевременно, по сравнению с матерями доношенных детей, была очень высокая ($p < 0,01$) отягощенность инфекциями урогенитальной сферы - 40,8% и 9,1%, соответственно. Среди «возрастных» первородящих матерей недоношенных детей уровень здоровья, был значительно ниже ($p < 0,05$), родивших доношенных детей (соответственно, 16,9% и 21,3%). По мере увеличения степени незрелости увеличивалось число детей, родившихся в тяжелом состоянии, 16,7% родились в тяжелом состоянии. Степень дезадаптационных нарушений зависела от четырех основных групп синдромов - желтушного, дыхательных расстройств (СДР) и инфекционного токсикоза и их сочетаемости между собой.

Выводы. Таким образом, представленные данные доказывают, что антенатальные факторы риска, влияющие на здоровье матери, течение беременности и развитие плода, встречались в разных комбинациях чаще у женщин, родивших недоношенных детей.

Х.Ф. Баходуров

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ И ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПНЕВМОНИИ

ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Оптимизировать интенсивность терапии на основе имеющихся нарушений гемодинамики у детей раннего возраста при тяжелой пневмонии.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование у 47 больных детей,

поступивших с токсикосептической формой острых респираторных инфекций, которые получили терапию в отделении реанимации и интенсивной терапии ОКБ им Б. Вохидова г. Бохтар Хатлонской области.

Результаты исследования и их обсужде-

ние. Результаты исследования показали, что из наблюдаемых больных у 31 (66%) детей выраженная клиника дыхательной недостаточности 2 и 3 степени связи, с чем у 16 (34,1%) детей было интубирование и переведены на респираторные поддержки. При этом у больных детей раннего возраста с тяжелой пневмонией причинами нарушения дыхания являлось накопление слизи в трахеобронхиальном дереве, поэтому проводилась прямая ларингоскопия и санация трахеи.

Для улучшения обменных процессов в сердечных клетках назначали глюкозу с инсулином, препараты калия, АТФ, а также назначали унитиол 5% - 5мг/кг веса и антиоксиданты актовегин, токоферола ацетат. Проводили коррекцию метаболического ацидоза. С целью снижения потребности в кислороде и обеспечения седативного эффекта применяли также ГОМК (60-100 мг/кг), дроперидол (0,3-0,5мг/кг).

При лечении сосудистой недостаточности в первую очередь необходимо восстановить объём циркулирующей крови (дефицит около 5-30%). Для этой цели назначались 10% рас-

твор глюкозы, раствор Рингера, реополиглюкин, желатиноль. При имеющихся нарушениях свёртывающей системы явление ДВС, назначали свежезамороженную плазму. Величина ЦВД – наилучший показатель контроля проводимой инфузионной терапии.

Повышение выше 120-130 мм вод ст является показателем для введения сердечных гликозидов и прекращения введения жидкости. Если после восстановления ОЦК и улучшения сердечной деятельности артериальное давление остаётся сниженным, то в/в капельное дофамин вводится из расчёта 10 мкг на кг в минуту. Растворяют в 50 мл 5% раствора глюкозы. Для предупреждения внутри капиллярного тромбоза при сосудистой недостаточности показано применение гепарина из расчёта 50-70 Ед. /кг.

Выводы. Таким образом, при проведении комплекса лечебных мероприятий тяжелой формы пневмонии у детей раннего возраста был доказан клинически эффективный результат коррекции нарушения дыхания, гемодинамики и снижения летального исхода у данных больных.

Ш.З. Набиева, Б.А. Шамсов, Н.З. Набиева

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЭГ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ БОДРСТВОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Особенности специфических паттернов ЭЭГ детей с синдромом раннего детского аутизма

Материалы и методы исследования. На базе отделения детской неврологии ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш» были проанализированы данные длительно-го ЭЭГ-видеомониторинга 25 мальчиков с синдромом раннего детского аутизма (РДА). Контрольную группу составили 20 здоровых детей. ЭЭГ мониторинг проводился с помощью многоканального ЭЭГ Neurofax EEG-1200 «Nihon Kohden», (Токио, Япония)

с возможностью расширенной регистрации полисомнографических данных в состоянии спокойного расслабленного бодрствования и сна. Определение стадий ЭЭГ сна осуществлялось в соответствии с руководством для проведения полисомнографических исследований и определения стадий сна Американской Академии Медицины Сна.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализировались безартефактные участки ЭЭГ в 4-х состояниях: W (wakefulness – спокойное расслабленное бодрствование с закрытыми глазами); N1 (NREM1 – стадия дремо-

ты); N2 (NREM2 – стадия «сонных веретен»); N3 (NREM2 – стадия глубокого медленноволнового сна). Наличие достоверных различий паттернов ЭЭГ между группами контрольных детей разного возраста и детей с синдромом РДА свидетельствует о применимости ЭЭГ-видеомониторинга в качестве метода диагностики отклонений развития ЦНС. К наиболее значимым достоверным отличиям можно отнести снижение мощности α - и θ - ритмов в

группе с аутизмом, повышенную частоту «сонных веретен» во II стадию сна, и сниженную частоту Δ -1-активности в глубоком сне.

Выводы. Полученные результаты могут быть интерпретированы в рамках общей гипотезы отклонения в развитии нейронных сетей при аутизме, что приводит к иллюзии опережающего развития, при этом баланс возбуждения и торможения смещается в пользу первого.

Б.С. Насриддинова

ОСОБЕННОСТИ УЗИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕВОЧЕК

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министрства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенность и диагностическую значимость УЗИ у девочек с абдоминальным болевым синдромом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 80 историй болезни девочек, находящихся в хирургическом блоке НМЦ «Шифобахш» по поводу аппендицита за 2021 г. В указанный период выполнено УЗИ у 80 девочек с абдоминальным болевым синдромом с доплеровским сканированием. Возрастная структура девочек составила: 0-3 года — 3 (3,7%) девочек, 4-12 лет — 35 (43,8%) детей, 13-18 лет — 42 (52,5%) девушек.

Результаты исследования и их обсуждение. Одновременное сопоставление динамики местных изменений в клинической картине, гемограмме, величине эндогенной интоксикации и визуальных находок при УЗИ органов

брюшной полости позволяет избежать неоправданного оперативного вмешательства у пациентов с абдоминальной болью и направить врача на верный тактический ход в сомнительных случаях.

Выводы. Только правильно собранный анамнез, оценка физикальных и клинико-лабораторных показателей и данных лабораторных методов обследования, привлечение необходимых узких специалистов позволяют избежать ошибок при диагностике острого аппендицита у детей. Целесообразно и оправдано в диагностической оценке клинической картины при подозрении на острый аппендицит является сопоставление показателей суммарного индекса эндогенной интоксикации с ультразвуковым методом обнаружения аппендикса в динамике течения патологического процесса.

З.Х. Холиков, М.З. Хукумзода, И.Н. Каноатов

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучение особенностей течения острого ларинготрахеита и анализ основных принципов купирования у детей.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно анализированы 165 историй болезни детей, находящиеся на стационарном лечении в отделении детской оториноларингологии ГУ НМЦ «Шифобахш» за период 2020-2022гг. Установлено, что наиболее уязвимым возрастом для заболевания острым ларинготрахеитом является 1 - 3 годы жизни - это 49,1% детей от общего числа, затем идут дети от 3 до 5 лет – 23,6%.

Наименее подвержены острому ларинготрахеиту дети до года – 17% и дети старше 5 лет - 10,3%. Повторные эпизоды острого ларинготрахеита зарегистрированы у 23% детей, рецидивирующее течение ларинготрахеита выявлено у 3% детей. У 23,6% детей установлен отягощенный аллергический анамнез: при этом у 50% детей, с отягощенным аллергическим анамнезом наблюдалась пищевая аллергия, у 40% - лекарственная аллергия, и у 10% другие виды аллергий (поллиноз, аллергия на солнечный свет и т.д.).

Отмечено, что у 5,5% детей имеется склонность к частым ОРВИ, ОРЗ, бронхитам.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате данного исследования установлено, что давность заболевания до госпитализации составляет в основном 1 - 2 суток – 59,4%, дети, госпитализированные на 3 сутки, составили - 21,8%, а дети, госпитализированные более, чем на 3 сутки после начальных

проявлений составили 18,8%. Причем установлено, что до госпитализации 24,2% детей в качестве лечения получали противовирусные препараты, 6,1% детей получали антибиотики, 10,3% детей - глюкокортикостероиды, 59,4% детей не получали медикаментозного лечения. Острый ларинготрахеит без стеноза гортани зарегистрирован у 26% детей, со стенозом 1 степени у 68,5% детей, 5,5% - со стенозом 2 степени. По степени тяжести заболевания: у 98,2% детей заболевание протекало со средней степенью тяжести, у 1,8% детей наблюдалось тяжелое течение.

Длительность пребывания в стационаре: 49,1% детей находились в стационаре больше 3 дней, 26,1% детей находились в стационаре от 0 до 1 дня, 24,8% детей - до 3 дней. За время нахождения в стационаре 70% детей получали гормоны: в виде ингаляций – 41,2% детей, внутримышечно – 29,7%, per os 29,1%.

Антибиотики получали 86,1% детей. С полностью купированным ОЛТ выписано – 89,1% детей, 10,9% детей выписаны с положительной динамикой. У 1,2% детей также наблюдалась пневмония, у 33,3% - другие сопутствующие заболевания.

Выводы. Данное статистическое исследование отражает особенности течения острого ларинготрахеита у детей, его клинические особенности, выявляет наиболее уязвимый возраст детей по данному заболеванию, а также отражает современные, наиболее предпочитаемые подходы и принципы лечения данного заболевания, и наиболее частые его исходы.

А.М. Сафарзода, Х.А. Шамсзода, З.Н. Набиев

ТЯЖЕЛАЯ ЧЕРЕПНО–МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Пути повышения эффективности лечения путем рационального использования антиоксидантов в комплексной интенсивной терапии больных детей с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 78 детей с изолированной тяжелой черепно-мозговой травмой, получивших интенсивную терапию в отделении реанимации и интенсивной терапии ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш» в период 2009-2012 гг.

Ушибы головного мозга имели место у 41 ребенка, сдавление головного мозга на фоне ушиба у 23, перелом костей свода и основания черепа у 14. Глубина угнетения сознания составила 5-10 баллов по шкале Глазго.

При поступлении в отделение реанимации в обследование включены оценка состояния клиничко-биохимических показателей, а также произведено изучение перекисного окисления липидов (ПОЛ) с определением малонового диальдегида (МДА), состояния антиоксидантной системы путём определения супероксиддисмутазы (СОД) и содержания аскорбиновой кислоты (АК).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные исследования активности процессов свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы в плазме крови у детей с ТЧМТ на фоне стандартной комплексной терапии, показали статистически достоверные изменения практически всех показателей в сравнении с контрольными больными в динамике развития заболевания. Появление начальных клиничко-лабораторных признаков сопровождалось повышением скорости окисления липидов плазмы на – 10%,

возрастанием периода индукции, снижением уровня общих липидов и антиоксидантов в сыворотке крови. Падала активность ферментов супероксиддисмутазы.

Отмечена динамика изменений газообмена на этапах интенсивной терапии. Выявлена умеренная степень снижения респираторного коэффициента, которая увеличивалась на фоне стандартной интенсивной терапии с ИВЛ. Коэффициент оксигенации достоверно увеличивался в 1,5 раза у пациентов с 1-х суток и достигал максимальных значений к 5-м суткам, увеличиваясь в 1,9 раз. Аналогичные тенденции наблюдались у больных с ОРДС в увеличении коэффициента оксигенации в 1,2 раза.

Выводы. Таким образом, у больных с ТЧМТ изменения процессов свободнорадикального окисления характеризовались преимущественно угнетением спонтанной антиокислительной активности липидов и ферментативной антиоксидантной защиты. Наибольшая активация липопероксидации и выраженное угнетение ферментативной антиоксидантной системы регистрируются у больных с тяжелыми ЧМТ с осложнениями - аспирационной пневмонией. Данные изменения, обнаруженные в ходе исследования, подтверждают существование тесной взаимосвязи и взаимообусловленности между параметрами свободнорадикального окисления и формированием синдрома системной воспалительной реакции, а также прогрессированием органной дисфункции у больных с травмой. Полученные результаты дополнительно обосновывают необходимость включения антиоксидантов в комплексную терапию травмы с начальных этапов лечения.

А.М. Сафарзода, Х.А. Шамсов, Д.М. Рабиева

ПРИНЦИПЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация схемы инфузионной поддержки в комплекс догоспитальной интенсивной терапии травматического шока различной степени тяжести.

Материал и методы исследования. 75 пострадавшим с шокогенной травмой на ДГЭ проводился комплекс интенсивной терапии, предусмотренный Стандартами оказания скорой и неотложной медицинской помощи в г. Душанбе. В качестве инфузионной терапии применялись растворы 0,9% NaCl, 6% ГЭК 130/0,4 (Волювен), 10% ГЭК 200/0,5 (Хесстерил). Анализ эффективности инфузионной терапии осуществлялся на основе измерения у пострадавших в динамике артериального давления (АД), частоты пульса (ЧП), сатурации крови (SO₂), частоты дыхания (ЧД). Также фиксировался объем и средняя скорость догоспитальной инфузии.

Результаты исследования и их обсуждение. Стабилизация центральной и периферической гемодинамики при шоке I степени достигалась общей инфузией 820 ± 50 мл (0,9% NaCl – 590 ± 40 мл и 6% ГЭК 130/0,4 – 250 ± 20 мл), проводимой со средней скоростью 35 ± 8 мл-мин. Терапия начиналась с введения кристаллоидных препаратов, что патогенически обосновано компенсаторным интравазальным поступлением внесосудистой жидкости в эту фазу шока. Положительная динамика

гемодинамических параметров при шоке II степени достигалось общей инфузией 1330 ± 120 мл (0,9% NaCl – 910 ± 40 мл и 6% ГЭК 130/0,4 – 490 ± 10 мл) со средней скоростью 75 ± 14 мл/мин и также начиналась с введения кристаллоидных препаратов. При шоке III когда срыв компенсаторных механизмов провоцировал дополнительную потерю внутрисосудистого объема в интерстициальное пространство, инфузия начиналась с введения коллоидных препаратов с исходным гиперволемическим эффектом (10% ГЭК 200/0,5) с последующим введением 6% ГЭК 130/0,4 кристаллоидных растворов.

Общий объем инфузии в этой группе составил 2400 ± 300 мл, средняя скорость – 136 ± 22 мл/мин, что позволило достичь положительного гемодинамического эффекта на ДГЭ.

Выводы. 1. При травматическом шоке I-II степени синтетический коллоидный препарат 6% ГЭК 130/0,4 (Волювен) эффективен на ДГЭ в качестве базового инфузионного раствора в комплексе с кристаллоидными растворами.

2. При травматическом шоке III степени на ДГЭ Волювен применим в качестве поддерживающего препарата вместе с кристаллоидными растворами после первичного введения инфузионных сред с исходным гиперволемическим эффектом.

Л.М. Солиева, И.Н. Каноатов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЙСЕРА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОМ АСТМОЙ В ПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности спейсера у детей,

страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования.

В исследовании, участвовало 53 детей в возрасте от 4 до 15 лет: 28 (52,8%) мальчиков и 25 (47,2%) девочки. У 19 (35,8%) детей диагностирована персистирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести, у 31 (58,5%) — бронхиальная астма средней степени тяжести и у 3 (5,7%) детей — тяжелая бронхиальная астма. Исследуемые дети были разделены на 2 группы. Основную группу на момент исследования составили 33 (62,3%) ребенка в качестве базисной терапии получали сальбутамол методом самодельной ингаляции (100 мкг), контрольную группу составили 8 (16%) детей получающие препарат кромоглициевой кислоты (12 мкг). Таким образом, у всех детей проводилась базисная терапия, соответствующая тяжести бронхиальной астме.

Результаты исследования.

Сравнительное исследование применения препарата кромоглициевой кислоты и сальбутамола через дозированный аэрозольный ингалятор у детей в приступном периоде бронхиальной астмы выявило одинаково быстрый клинический эффект в купировании клинических симптомов бронхообструкции. Достоверных различий в бронхолитическом действии

препаратов в основной и контрольной группы через 15 мин после ингаляции не установлено. Однако при наблюдении в динамике выяснилось, что бронхолитический эффект после ингаляции сальбутамолом сохраняется не менее 10 ч, что выражалось в отсутствии симптомов бронхообструкции у большинства детей. Бронхолитический эффект кромоглициевой кислоты у детей контрольной группы был максимальным в течение 1-го часа, сохранялся на протяжении 4 ч и прекращался через 6 ч, что требовало его повторной ингаляции. Динамика суммарного индекса симптомов бронхообструкции свидетельствовала о высокой эффективности обоих препаратов через 15 мин после ингаляции, однако спустя 4 ч отмечен более выраженный бронхолитический эффект сальбутамола.

Выводы. Бронхолитический эффект сальбутамола сравним с действием кромоглициевой кислоты. В связи с этим сальбутамол может быть использован в качестве препарата для купирования приступа бронхообструкции у детей с бронхиальной астмой в возрасте старше 5 лет, получающих адекватную базисную терапию.

Ф.А. Файзуллоев, А.Н. Мачнунов

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан г. Душанбе.

Цель исследования. Изучить особенности течения нарушения сердечного ритма и проводимости после хирургической лечения врожденных пороков сердца у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 1,5 до 14 лет. Все дети обследованы в позднем послеоперационном периоде в сроке от 3-х месяцев до 5 лет после оперативного вмешательства. Большинство детей 47 (78,3%)

обследованы амбулаторно и лишь 13 (21,7%) больных в условиях детского кардиоревматологического отделения Национального медицинского центра. Детей, перенёсших операцию на сердце по поводу дефекта межжелудочковой перегородки, было 30 (50%), дефекта межпредсердной перегородки – 18 (30%), тетрада Фалло – 12 (20%). В условиях искусственного кровообращения были оперированы 47 (78,34%) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Ни один из выявленных нарушений ритма и проводимости не сопровождался какими-либо клиническими проявлениями и диагностировались электрокардиографически. При исследовании электрокардиограммы нарушение сердечного ритма и проводимости отмечено у 21 (35%) больных. Так желудочковые экстрасистолы отмечены у 11 (36,7%) детей, перенёвших операции по поводу дефекта межжелудочковой перегородки, радикальную коррекцию тетрады Фалло 7 (58,3%) детей. Следует, отметить что наряду с желудочковой экстрасистолией, почти у всех детей с тетрадой Фалло отмечалась полная внутри желудочковая блокада – 6 (28,5%), неполная у 3 (14,28%)-х больных. Атрио-вентрикулярная блокада 1 степени отмечена у 2 (9,5%)-х больных, перенёвших операцию по поводу дефекта межпредсердной перегородки, миграция водителя ритма отмечена у 1 (4,7%)-го больного

с дефектом межжелудочковой перегородки.

При катamnестическом наблюдении 20 больных, перенёвших операцию с септальными дефектами и тетрадой Фалло почти у 33,3% отмечалась желудочковая экстрасистолия, несмотря на прием антиаритмических, метаболических и препаратов калия и у 6 (10%) - нарушение внутри желудочковой проводимости. Причиной длительной желудочковой экстрасистолии, нарушения внутрижелудочковой проводимости возможно, было поражение проводящей системы сердца во время операции.

Выводы. У детей, перенёвших оперативное вмешательство по поводу врождённых пороков сердца, часто наблюдались нарушения ритма и проводимости без явных признаков нарушения гемодинамики, которые сохранялись длительно при отсутствии эффекта от антиаритмических препаратов, что диктует необходимость обязательного диспансерного наблюдения таких пациентов.

Ш.А. Бадалов, А.А. Азизов, Ф.М. Гуломов

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ, ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧКИ И МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
Кафедра детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»*

Цель исследований. Оптимизация методов хирургической коррекции и дренирование мочи при удвоенных почки и мочеточников у детей.

Материалы и методы исследований. За последний 5 лет (2017-2022) на клинической базе ГУ «РНҚЦП и ДХ» в отделении детской урологии при ГУ «НМЦ РТ «Шифобахш» было проанализировано 72 больных с пороками развития почки и мочеточников. Из них с полным удвоением почек и мочеточников (односторонним – справа или слева) было – 25 (34,7%) детей, с неполным – 18 (25,0%), полное удвоение с сочетанными аномалиями

– 5(6,9%), неполное удвоение с сочетанными аномалиями – 3 (4,2%), двухстороннее полное удвоение – 15 (20,8%) и полное удвоение с уретероцелле в одном из мочеточников – 6 (8,3%). Девочек составляло – 30 (41,7%), мальчиков – 42(58,3%). Возраст детей колебался от рождения до 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Дренажные трубки выполняют роль проведения местного лечения оперированного органа – антибиотиками, уросептиками, спазмолитиками, литолизисными препаратами, а также промывание ЧЛС и мочевых путей антисептиками (капельно или струйно). Также объективно позволяет

вести контроль за динамикой местного лечения и патологическим примесям из дренажей. Эффективность деривации мочи зависит от целенаправленного систематического ухода за дренажами.

Сущность дренирования мочеточников при неполном удвоении заключается в том, что при формировании латеро-латеральных или термилолатеральных анастомозов, через вновь созданный анастомоз вставляется полиэтиленовый катетер, рассеченный на две половины, при которых образуются желобоватые половины, напоминающие «рогатку», выполняющую функцию дренажа – оттока мочи от удвоенных лоханок через анастомоз.

Это предотвращает опасность сужения вновь образованного соустья.

Анализ результатов послеоперационного периода у 72 больных выявил допустимые ошибки при установлении дренажей вовремя операции у 10 детей. Из них 2-х детей недостаточно надежно фиксирован дренаж; у 1-го отмечается перегиб дренажа; у 4-х преждевременное выпадение дренажа; у 3-х закупорка дренажа сгустками и фибрином.

Вывод. Таким образом, дифференцированный подход к выбору способов деривации мочи с помощью оптимизированных методов, даёт возможность дальнейшего прогнозирования и реабилитацию больных детей.

Ш.А. Бадалов, А.А. Азизов, Ф.М. Гуломов

ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ЭМП) У ДЕТЕЙ

*ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»
Кафедра детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»*

Цель исследования. Улучшить результаты лечения эктрофии мочевого пузыря у детей.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением находилось 40 (100%) детей с эктрофией мочевого пузыря (ЭМП), из которых мальчиков было 28 (70%), а девочек (30%), которым было проведено формирование мочевого пузыря (МП) местными тканями. Все больные были распределены на две группы – контрольную и основную.

Возраст больных колебался от нескольких часов от рождения до 15 лет.

В I группу (контрольную) больных вошло 10 (25%) детей, которым производилось формирование мочевого пузыря по Г.А. Баирову местными тканями, не получившие физиотерапию и специальное реабилитационное лечение.

Во II группу (основную) вошло 30 (75%) наблюдаемых детей, которым производилось формирование МП по Г.А. Баирову, которые в процессе предоперационной подготовки и в

послеоперационном периоде получали физиотерапию и специальные реабилитационные мероприятия.

Наряду с клинико-лабораторными, рентгенологическими и ультразвуковыми методами исследования 19 больным (47,5%) было произведено иммунологическое исследование крови, при котором отмечалось снижение, как гуморальных, так и клеточных звеньев иммунитета. Всем этим больным проведена поэтапная иммунокорректирующая терапия (общепринятый метод лечения с добавлением тимололина, иммунала, циклоферона, метилурацила и лазеротерапии), после которой при повторном иммунологическом исследовании показатели иммунитета нормализовались.

В процессе лечения местно производили обработку слизистой эктрофированной площадки (ЭП) индифферентными мазями (паста Темурова, Лассара и левомиколь), а также физиотерапевтические процедуры (УВЧ, лазеротерапия и квантовая терапия).

Результаты и их обсуждение. В резуль-

тате проведения коррегирующей и лазеротерапии нам удалось повысить иммунный статус у основной группы больных, при котором сократились сроки предоперационной подготовки и пребывания больных в стационаре.

Изменения на слизистой оболочке у большинства больных визуально определялись на следующий день после первого сеанса. Цвет слизистой оболочки ЭП становился более ярко-розовым, чистым, в целом приобретая признаки характерные для нормального сформированного органа.

Результаты ближайшего послеоперационного периода расценивались по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хорошими результатами считались те, при которых заживление происходило при первичном натяжении, расхождение небольших кожных швов без образования мочевого свища.

Удовлетворительными результатами считались такие, как частичное расхождение швов на уровне кожи, мочевые затеки, мочевые свищи, которые закрывались самостоятельно

Неудовлетворительными считались ре-

зультаты, если после операции имелась несостоятельность швов, рецидив экстротфии и мочевой свищ.

В основной группе у 24 (60%) детей результаты были оценены как хорошие, в 3 (7,5%) случаях как удовлетворительные (образовались мочевой затек и мочевой свищ), которые были ликвидированы консервативным путем. Неудовлетворительных результатов было 3 (7,5%) рецидив заболевания и мочевой свищ, которые подлежали повторному хирургическому лечению.

В группе клинического сравнения хорошие у 3 (7,5%) больных, удовлетворительные у 2 (5%) и неудовлетворительные результаты были у 5 (12,5%) больных.

Выводы. Применение физических факторов в комплексном лечении детей с экстротфией мочевого пузыря позволяет значительно улучшить результаты оперативных вмешательств, сократить сроки заживления послеоперационных ран в среднем на 4-8 дня, а также раннему восстановлению эвакуаторно-накопительной функции мочевого пузыря у детей.

Б.А. Шамсов

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Сравнительная оценка терапевтического питания в лечении детей с белково-энергетической недостаточностью.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 58 детей с тяжелым нарушением питания. Критерием для включения были дети от 6 до 59 месяцев с тяжелым нарушением питания, стандартизованная оценка (Z-SCORE) $Z \leq 3$ и находящиеся на стадии реабилитации стандартного лечения детей с белково-энергетической недостаточностью. Методом случайной выборки все дети были разделены на 2 группа:

В 1 группе (29 детей) все дети находились на ТП F-100. Дети 2 группы (29 детей) находились на смешанном вскармливании ТП F-100 и RUTF BP-100.

Результаты исследования и их обсуждение. Каждый ребенок в обеих группах был выбран на 6-й день фазы реабилитации для измерения потребления энергии.

Среднее значение Z-балла (ср.) отношения массы тела к росту у детей в день измерения потребления энергии (6-й день фазы реабилитации) составляло - 2,86 у детей первой группы и - 2,5 у детей второй группы. Средний вес

в тот день для первой группы составлял 6,81 кг, а для группы смешанного питания - 5,79 кг.

Продолжительность фазы реабилитации до выписки была одинаковой для пациентов, завершивших лечение в группах смешанного питания и группы только F100. В первой группе только заняла в среднем 14,6 дня, а в группе смешанного питания – 11,8 дня.

Выводы. Высокое потребление энергии,

полученное у детей, находящихся на смешанном кормлении, приводит к среднему увеличению веса по сравнению с полученным с одним F100 в первой группе. Диапазон энергозатрат у ВР-100 намного шире, чем у F100. Преимуществом F100 может быть относительная стабильность количества, которое дети потребляют при каждом приеме пищи.

М.Ш. Юнусбаева

ОПТИМИЗАЦИЯ УЗИ ДИАГНОСТИКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Выявление признаков внутричерепной гипертензии у детей раннего возраста (до 1 года) с помощью ультразвукового исследования (УЗИ).

Материалы и методы исследования. Проведено диагностическое ультразвуковое исследование головного мозга у 35 детей в возрасте до 1 года в условиях поликлиники. Из них 18 (51,4%) мальчиков и 17 (48,6%) девочек. УЗИ диагностика проводилась на диагностическом приборе фирмы *SonoSite M-Turbo* с конвексным датчиком частотой 5-7,5МГц.

Для оценки кровотока использовали доплеровский режим ЦДК со стандартными настройками, которые позволяют оценить скорость кровотока в наиболее крупных артериях и венах головного мозга (базиллярную артерию, среднюю мозговую артерию и Вену Галену).

Результаты исследования и их обсуждения. УЗИ исследования головного мозга у детей с внутричерепной гипертензией были выявлены: в перивентрикулярной области псевдокисты с размером от 6 до 8 мм у 14 детей (40%). В субарахноидальном пространстве выявлена наружная и внутренняя

гидроцефалия у 15 детей (42,8%). В ликворосодержащей системе расширение боковых желудочков и III желудочки обнаружена у 26 детей (74,3%). Кисты и псевдокисты сосудистых сплетений и увеличение межполушарной щели обнаружено у 11 детей (31,4%). Косвенными признаками внутричерепной гипертензии является повышение скорости кровотока в вене Галена выше 12 см/с, а также снижение резистентности сосудов.

Основным клиническим проявлением у всех пациентов были неоправданное беспокойство, рвота, частые срыгивания, не связанные с проблемами пищеварения, увеличенный объем черепа, явно выраженные кровеносные сосуды под кожей головы ребенка, отсутствие аппетита, отставание в развитии.

Выводы. Таким образом, УЗИ головного мозга - это эффективный метод диагностики состояния вещества головного мозга, желудочковой системы, мозгового кровотока, а также выявлять кисты и опухоли у детей пока не закрылся большой родничок и другие «ультразвуковые окна» - участки черепа, на которых кости очень тонкие (височная кость) и пропускают ультразвук.

Б.У. Янгибаева, Ф.Г. Хокимова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НЕБУТАМОЛА И НЕБУФЛЮЗОНА В ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛЫХ И НЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО РИНОСИСУСИТА И ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Оценить состояние детей до и после метода лечения ингаляционной терапией.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 51 детей в возрасте от 1 года до 12 лет с диагнозом аденоидами, подтвержденным на основании данных анамнеза, клинического осмотра, включающего рентгенологическое исследование, которые были распределены на 2 группы. Группа 1 (основная) – 24 (47,1%) пациентов, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно ингаляционно (с помощью небулайзера) применяли комбинированный препарат небутамола и небуфлюзона (ингаляция в течение 5-7 минут) в течение 7 дней. Группа 2 (контрольная) - 27 (52,9%) пациентов, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно применяли назальный спрей фузафунгина по 2 дозы в каждый носовой ход 4 раза в день в течение 7 дней.

Результаты исследования и их обсуждения. Ретроспективный анализ необходимости

проведения симптоматической терапии показал, что ни у одного пациента, закончившего исследование, не потребовалось применение жаропонижающих препаратов. При этом использование назальных сосудосуживающих препаратов по потребности (чаще на ночь для облегчения сна) для уменьшения сильной заложенности носа в первые дни от начала лечения подтвердили 11 пациентов из основной группы и 14 из контрольной.

Удобство ингаляционного применения комбинированного препарата небутамола и небуфлюзона, как метода лечения острого риносинусита и ларинготрахеита отметили 16 (76,1%) пациента основной группы, окончивших исследование. Ни у одного пациента основной группы не отмечали каких-либо нежелательных побочных эффектов, связанных с применением комбинированного препарата небутамола и небуфлюзона.

Выводы. Ингаляционное применение препаратов небутамола и небуфлюзона в лечении нетяжелых и не осложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей эффективный, удобный и безопасный метод.

Б.У. Янгибаева, Ф.Г. Хокимова

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить функциональное состояние вегетативной нервной си-

стемы у детей с железодефицитной анемией в зависимости от тяжести железодефицитной

анемии.

Материалы и методы исследования.

Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы обследовано 94 ребенка с различной степенью тяжести железодефицитной анемией в возрасте от 6 месяцев до 12 лет и 32 практически здоровых ребенка контрольной группы такого же возраста. Все обследованные дети были разделены на две группы в зависимости от возраста. I группу составили 54 ребенка с железодефицитной анемией различной степени тяжести в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, средний возраст которой составил $1,01 \pm 0,1$ года. Во II группу вошли 40 детей с различной степенью тяжести железодефицитной анемией в возрасте от 3 до 12 лет, средний возраст которой составил $7,64 \pm 1,1$ лет. Группу контроля составили 16 детей от 6 месяцев до 3 лет и 16 пациентов от 3 до 12 лет со средним возрастом $1,0 \pm 0,2$ года и $6,8 \pm 0,4$ лет соответственно.

Дети I и II групп с железодефицитной анемией были разделены в зависимости от степени тяжести ЖДА в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2001). В I группу вошли 25 детей с легкой степенью тяжести заболевания (с уровнем гемоглобина 110-90 г/л), 14 детей со средней степенью железодефицитной анемией (с уровнем гемоглобина 90-70 г/л), 15 пациентов с тяжелой формой заболевания (уровнем гемоглобина <70 г/л). II группу составили: легкая степень железодефицитной анемией - 22 ребенка, средняя степень железодефицитной анемией - 10 детей и тяжелую степень 8 пациентов.

Обследование включало: изучение исходного вегетативного тонуса (ИВТ) по анкете-опроснику А.М. Вейна в модификации Н.А.Белоконь с соавт. (1987) и кардиоинтервалографии (КИТ) в положении лежа; вегетативной реактивности (ВР) по результатам КИТ с проведением клиноортостатической пробы (КОП); вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) по данным КОП.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке исходного функционального состояния вегетативной нервной системы в

структуре ИВТ во II группе детей (3-12 лет) с железодефицитной анемией в 1,7 раза чаще по сравнению с контрольной группой регистрировалась симпатикотония. При легком течении анемии симпатикотония встречалась у 22,7% детей, при среднетяжелой - у 30%, а при тяжелой - у большинства детей (62,5%). Эйтония преимущественно отмечалась у детей с легким течением анемии (59,1%), При анализе состояния ИВТ у детей I группы (6мес-3года) было установлено преобладание исходной симпатикотонии как у большинства детей с железодефицитной анемией (легкой, средней и тяжелой степени), так и у здоровых детей, что было обусловлено возрастными особенностями функционирования ВНС у детей раннего возраста. Наиболее информативным в оценке состояния вегетативной нервной системы у детей обеих групп был показатель вегетативной реактивности. Таким образом, у пациентов II группы (3-12 лет) с железодефицитной анемией установлена зависимость характера распределения вегетативной регуляции от тяжести заболевания. При этом с увеличением степени тяжести анемии от легкой до средней и тяжелой уменьшалось число детей с нормальной ВР при сравнении с контрольной группой детей (52,9%; 22,7%; 20,0% и 12,5%, соответственно). В то же время увеличивалось количество детей с гиперсимпатикотонической вегетативной регуляцией. Число больных с гиперсимпатикотонической ВР у пациентов с легкой и средне-тяжелой формами заболеваний составило 68,2% и 70,0% соответственно.

Частота выявления асимпатикотонической вегетативной регуляции, свидетельствующей о возможном срыве функционирования сердечно-сосудистой системы, нарастала с увеличением степени тяжести анемии и составила с легкой железодефицитной анемией - 9,1%, со средне-тяжелой - 10,0%. В случаях тяжелого заболевания асимпатикотоническая ВР выявлялась в 2 раза чаще (25%) по сравнению с пациентами легкой железодефицитной анемией.

При оценке вегетативной реактивности у детей I группы с увеличением степени тяжести анемии достоверно увеличивалась доля детей

с асимпатикотонической вегетативной реактивностью и уменьшалось количество пациентов с гиперсимпатикотонической ВР ($p < 0,05$), что свидетельствует об уменьшении истощения адаптивных механизмов у детей раннего возраста с железодефицитной анемией легкой и средней степени и их истощении в случаях тяжелого течения заболевания.

В целом гиперсимпатико-тоническая вегетативная реактивность у всех детей I группы с железодефицитной анемией регистрировалась в 46,3%, что в 1,5 раза чаще по сравнению с контрольной группой (31,3%). Частота нормальной реактивности вегетативной системы у детей с железодефицитной анемией отмечалась в 2 раза реже по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$). Так при тяжелой форме заболевания частота регистрации её составила 26,7%, при среднетяжелой форме (35,7%), а при легком течении (52,0%). При анализе параметров КИТ у детей I группы с железодефицитной анемией отмечалось увеличение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы

(АМoi) и индекса напряжения компенсаторных механизмов организма, уровня функционирования центрального контура регуляции ритма сердца (ИН,) при одновременном снижении дельта X_1 , что также свидетельствовало о повышении активности симпатического отдела ВНС.

Выводы:

1. Адаптивные реакции сердечно-сосудистой системы у детей с ЖДА характеризуются стадийностью и зависят от степени тяжести заболевания.

2. У пациентов с ЖДА установлены признаки активации компенсаторных механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы: активация симпатической нервной системы, мобилизация центрального контура регуляции ритма сердца, ослабление парасимпатических влияний и гуморального канала регуляции ритма сердца, что подтверждается увеличением АМо, ИН, ВНР и увеличением доли детей с асимпатикотонической ВР.

Б.У. Янгибаева, Ф.Г. Хокимова

ИНГАЛЯЦИЯ ПРИ АДЕНОИДАХ НЕБУЛАЙЗЕРОМ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Оценить состояние детей до и после лечения методами ингаляционной терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 51 детей в возрасте от 1 года до 12 лет с диагнозом аденоидами, подтвержденным на основании данных анамнеза, клинического осмотра, включающего рентгенологическое исследование, которые были распределены на 2 группы.

Группа 1 (основная) – 24 (47%) пациентов, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно ингаляционно (с помощью небулайзера) применяли комбинированный препарат небутомола и не-

буфлюзона (ингаляция в течение 5-7 минут) в течение 7 дней.

Группа 2 (контрольная) - 27 (53%) пациент, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно применяли назальный спрей фузафунгина по 2 дозы в каждый носовой ход 4 раза в день в течение 7 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Ретроспективный анализ проведенной симптоматической терапии показал, что ни у одного пациента, закончившего исследование, не потребовалось применения жаропонижающих препаратов. При этом использование назальных сосудосуживающих препаратов по

потребности (чаще на ночь для облегчения сна) для уменьшения сильной заложенности носа в первые дни от начала лечения подтвердили 11 пациентов из основной группы и 14 из контрольной.

Удобство ингаляционного применения комбинированного препарата небутамола и небуфлюзона, как метода лечения острого риносинусита и ларинготрахеита отметили 16 (66,7%) пациента основной группы, окончивших исследование. Ни у одного пациента

основной группы не отмечали каких-либо нежелательных побочных эффектов, связанных с применением комбинированного препарата небутамола и небуфлюзона.

Выводы. Метод ингаляционного применения препаратов небутамола и небуфлюзона в лечении нетяжелых и не осложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей показал свою эффективность, удобность и безопасность.

Б.Дж. Назаров, Р. Боймуродов

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных заболеваний» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Разработать и внедрить эффективный метод диагностики для пациентов с патологией коленных суставов в условиях учреждений ПМСП в практике семейного врача.

Материалы и методы исследования. Обследованы больные с патологией коленных суставов в ГЦЗ № 10 города Душанбе в период с 2016 по 2018 годы, 4000 человек, в возрасте от 20 до 70 лет. Пациенты с патологией коленного сустава были разделены на четыре группы: пациенты первой группы – с гонартозами - им проводилось стандартное рентгенологическое обследование коленных суставов в двух проекциях с физиологической нагрузкой (обязательное сравнение обоих коленных суставов), УЗИ, по показаниям исследование синовиальной жидкости и крови. Вторая группа - больные с реактивными артритом и синовитами коленных суставов. Третья группа - больные с острой травмой коленного сустава обследовались вполне стандартно: рентгенография суставов, по необходимости МРТ. Четвертая группа – больные с последствиями травм коленных суставов проходили аналогичные третьей группе обследования. Все пациенты прошли следующие методы

обследования: биохимия крови, С-реактивный белок, показатели мочевой кислоты крови. Иммунология, анализ на инфекции и бактериологию, цитологическое исследование синовиальной жидкости. Все пациенты прошли клинические методы обследования (опрос, ортопедическое обследование, динамическое наблюдение); инструментальные методы обследования: магнитно-резонансная терапия (МРТ), УЗИ коленного сустава, рентгенологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 4000 пациентов амбулаторного приёма 2016 - 2018 годов, 435 (10,9%) - составили пациенты с патологией коленных суставов, а это каждый десятый обратившийся. Исходя из этого, для нахождения оптимальных методов исследования пациенты с различными патологиями коленного сустава были разделены на следующие группы: первая группа - 105 человек (24,1%) – с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава; вторая группа - 82 (18,9%) – больные с недифференцированными реактивными артритом коленных суставов; третья группа - 94 пациентов (21,6%) – с острой травмой коленного сустава; четвертая группа - 154 (35,4%) – больные с последствиями травм (поражение менисков,

артрозы, хондромалиции, синовиты и др.).

Выводы. На основе проведенного исследования разработаны: наиболее информативные методы обследования пациентов с патологией коленных суставов (рентгено-

графия коленного сустава в двух проекциях, УЗИ, МРТ), а при реактивных синовитах: цитологическое исследование синовиальной жидкости, анализ крови на СРБ, ревмофактор и анализ крови на бруцеллёз.

Э. Миров, Ш.Дж. Муминов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩЕГО ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У СТУДЕНТОВ

ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных заболеваний» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Определение доминирующего полушария головного мозга у студентов.

Методы исследования. Исследовалось 107 студентов 1 – го курса Хатлонского государственного медицинского университета, юношей 76 (71%) и девушек 31 (29%) в возрасте 17-18 лет, с применением теста М.Аннета, и функциональных проб, предложенных В.П. Лаутиным и Е.И. Николаевым. Использование множества проб наглядно демонстрировало превалирование левой или правой стороны тела в каждом конкретном движении, что позволило получить объективные, устойчивые характеристики доминирующего полушария обследуемых. Степень выраженности преобладания устанавливали с помощью коэффициента ассиметрии:

$$Ka = \frac{E_{\text{пр}} - E_{\text{лев}}}{\text{общее число тест}}$$

где $E_{\text{пр}}$ - число проб, выполненных правой рукой, $E_{\text{лев}}$ - число проб, выполненных левой рукой. Виды ассиметрии: от -1 до -0.1 левая; от -0.1 до +0.1 амбидекстральная; от +0.1 до 1.0 – правая.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлено преобладание студентов с доминированием левого полушария – 84 (78,5%) от общего количества, студентов с правополушарным доминированием – 7 (6,5%) и межполушариевым равновесием – 16 (15%) человек.

Выводы. По итогам проведенного исследования можно сделать вывод, что существующая статистика в примерном процентном соотношении верна и совпадает с мировыми литературными данными. Тип доминирующего полушария может рассматриваться как фактор, обуславливающий специфику протекания высших психофизиологических процессов.

Ш.Дж. Муминов, Э. Миров

НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных заболеваний» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

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

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие 21 больной с хронической болезнью почек, находящихся на стационарном лечении в нефрологическом от-

делении ГКБ №2 имени акад. К.Т. Таджиева г. Душанбе. Средний возраст больных составлял от 20 до 55 лет, мужчин 14 (66,7%) человек, женщин 7 (33,3%) человек. Диагноз верифицировался на основании общеклинических и специальных методов исследования, которые включали доплерографию сосудов головного мозга, исследования концентрационной и фильтрационной функции почек.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными жалобами со стороны динамических расстройств мозгового кровообращения были: расстройства сна, головные боли, головокружения, шум в ушах, которые регистрировались у 11 (52,4%) больных. Со стороны неврологического статуса наблюдаются когнитивные расстройства, диффузная микроочаговая симптоматика: сухожильная анизорефлексия, лёгкое изменение походки и неуверенность при выполнении действий требующих точной координации. Со стороны

лабораторных показателей часто наблюдалось повышение уровня креатинина, составляя в среднем 120 ммол/л, мочевины - 9,2 ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации (СКФ)-50 мл/мин 15 (71,4%). Со стороны доплерографии сосудов головного мозга регистрировались изменения показателей церебральной гемодинамики, характеризующиеся снижением величины и скорости пульсового кровенаполнения, затруднением венозного оттока на фоне гипертонической гемоциркуляции в сосудах каротидного и вертебробазиллярного бассейнов у 7 (33,3%) больных.

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

Р. Боймуродов, Н. Хайдаров

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

ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных заболеваний» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

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

Материал и методы исследования. Для выполнения целей нашего исследования обследовано 20 больных с начальной стадией ХПН. Верификация диагноза произведена на основании стандартных методов исследования по нефрологическому плану с определением скорости клубочковой фильтрации (СКФ<50 мл.мин.), уровня мочевины ($14,2\pm 1,4$ ммоль/л), креатинина ($230\pm 12,0$ ммоль/л), гемоглобина ($111,4\pm 12,4$ г/л). При отсутствии противопока-

заний эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) проводили по методике Г.Б. Гиршмана, аппаратом фирмы Olympus, которое позволяет в течение одной процедуры последовательно осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и 12 перстную кишку. Состояние слизистой оболочки оценивалось согласно критериям эндоскопического раздела «Сиднейской классификации».

Результаты исследования и их обсуждение. При клиническом обследовании больные со стороны желудочно-кишечного тракта жаловались главным образом на тяжесть в эпигастральной области, отрыжку, неприятный вкус во рту, на умеренные болевые ощущения

подложечной области. Жалобы на резкие и ритмичные болевые ощущения в области живота, как правило, отсутствовали. При ЭФГДС исследование у большинства больных наблюдали картину визуального воспалительного процесса, характерной очаговой и диффузной гиперемией слизистой по типу хронического гастродуоденита. Чаще определялась эндоскопическая картина поражения антрального отдела, реже тела желудка. Картина атрофического гастрита определялась у 6 (30,0%) больных, гипертрофического у 4 (20,0%) больных. На фоне воспалительных изменений слизистой

оболочки по типу хронического гастродуоденита у 7 (35,0%) больных выявлялись эрозивные изменения, у 2 (10%) больных картина язвы 12 перстной кишки.

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

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

Э.Х. Миров

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных заболеваний» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Определить влияние гормона шишковидной железы (эпифиза) - мелатонина на дисфункцию эндотелия у пожилых больных артериальной гипертонией.

Методы исследования. В исследование включено 32 больных артериальной гипертонией в возрасте от 60 до 76 лет. Из них женщин было 21, мужчин 11. У 8 пациентов имело место мягкая и у 24 - умеренная степень артериальной гипертонии (классификация ВОЗ/МОАГ 1999 г.). Критериями исключения из исследования были: вторичные формы артериальной гипертензии, пациенты с сердечной недостаточностью II-IV ФК (NYHA). Все больные, включенные в исследование, получали идентичную гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция). Мелатонин назначался на фоне получаемых антигипертензивных препаратов в дозе 3 мг в темное время суток (за 1 часа до сна). Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали с помощью ультразвукового аппарата SONOS-4500 (фирма «Hewlett Packard», USA) линейным датчиком 5,5-7,5 МГц по методике Celermajer D.S и соавтор. Стимулом, вызывающим зависимую от эндотелия дилатацию

периферических артерий, явилась реактивная гиперемия, создаваемая манжеткой, наложенной на плечевую артерию (ПА) созданием давления на 20 мм. рт. ст. выше систолического. Эндотелий независимую реакцию оценивали после приёма 0,5 мг нитроглицерина сублингвально. Нормальной реакцией ПА считалось её расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Дисфункцией эндотелия верифицировалась при расширении сосуда на реактивную гиперемию, меньше чем приём нитратов.

Результаты исследования. До назначения мелатонина исходный диаметр ПА составил в среднем $0,42 \pm 0,0065$ см. После ишемии он увеличился на $0,033 \pm 0,0049$ см. т.е показатель процента прироста диаметра артерии на эндотелий зависимый стимул был снижен и составил 7,86%. В ответ на приём нитроглицерина, диаметр ПА достоверно был больше на 12,1% ($p=0.0240$), чем при реактивной гиперемии.

Выводы. Добавление мелатонина в комплексное лечение пожилых больных артериальной гипертонией благоприятно влияет на функциональное состояние эндотелия сосудов.

П.Ю. Назаров, Б.Дж. Назаров

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО НАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАТОНИНОМ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных заболеваний» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние мелатонина на диастолическую функцию левого желудочка у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Обследована группа больных ИСАГ в возрасте от 60 до 75 лет. Среди них женщин - 16, мужчин - 12. 9 пациентов имели I тип, 19 - II тип ИСАГ. По клиническому течению у 12 больных наблюдались лабильная и у 16 - стабильная формы заболевания (классификация А.З. Цфасман, Х.Н. Хамидов 1983). Критериями включения больных в исследование были: систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление < 90 мм рт.ст., Мелатонин назначался в дозе 3 мг, в тёмное время суток, за 30 мин до сна. Ультразвуковое исследование сердца осуществлялось до и через 16 недельного курса лечения мелатонином. Для изучения диастолической функции левого желудочка проводилась оценка трансмитрального диастолического потока в импульсном доплеровском режиме по общепринятой методике. С целью оценки диастолического наполнения

левого желудочка определяли максимальную скорость раннего диастолического наполнения (Е), скорость потока во время предсердного наполнения (А), а также их отношение (Е/А), время замедления потока Е (DT).

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенного 16-недельного курса лечения мелатонином отмечалось достоверное снижение систолического артериального давления со $158,3 \pm 3,34$ мм.рт.ст до $135,5 \pm 4,1$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$); диастолического с $85,3 \pm 2,1$ до $81,2 \pm 2,4$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$). Показатели, характеризующие диастолическую функцию – отношение Е/А имело тенденцию к увеличению (до лечения 0,9, после лечения 1,0). При этом показатель DT (время замедления потока) достоверно уменьшился с 158 ± 11 мс до 136 ± 12 мс ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что мелатонин в среднетерапевтической дозе улучшает диастолическое наполнение левого желудочка у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией.

А.Ю. Одилов, З.А. Кадыров, Дж.Дж. Бозоров

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННОЙ НЕФРЭКТОМИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Кафедра эндоскопической урологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института Российского университета дружбы народов, Россия.

Цель исследования. Определение отдаленных результатов традиционной нефрэктомии.

Материал и методы. Основу настоящей работы составили результаты анализа дан-

ных обследования и лечения 368 пациентов, которым были выполнены традиционная нефрэктомия или нефроуретерэктомия. Отдаленные результаты проследили у 302 (82,07%) пациентов после традиционной нефрэктомии

в течение до 5 лет после операции.

Пациентам определяли общий анализ крови и мочи, свёртывающую систему крови, биохимический анализ крови, УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорную и экскреторную урографию, КТ и мультиспиральную компьютерную томографию, доплерографию сосудов почки по необходимости.

Результаты исследования. Многие пациенты после традиционной нефрэктомии (ТН) были доступны для последующего наблюдения.

У одного (0,33%) пациента после традиционной нефрэктомии через 6 месяцев диагностировали эмпиему культи н/з мочеточника, которая потребовала оперативного лечения.

У 71 (23,51%) больного, перенесшего традиционную нефрэктомию, кроме отчетливого в поясничной области рубца, отмечали ноющие боли в послеоперационной области, особенно при физической нагрузке. У 105 (34,77%) пациентов отмечалось нарушение чувствительности кожи в месте, где находился послеоперационный рубец. При этом больные жаловались на чувство дискомфорта. Это можно объяснить тем, что во время доступа пересекаются мелкие чувствительные нервные ветви.

У 23 (7,62%) больных после традиционной нефрэктомии была диагностирована послеоперационная вентральная грыжа, потребовавшая постоянного ношения бандажа, потому что пациенты воздерживались от последующей операции. Помимо этого, была выявлена деформация живота на стороне оперативного вмешательства у 31 (10,26%) пациента после традиционной нефрэктомии.

У одной (0,33%) больной после ТН в те-

чение 6 месяцев не закрылся толстокишечный губовидный свищ. От предложенного оперативного вмешательства больная отказалась, и из раны выделялась скудное кишечное содержимое.

У 3 (0,99%) больных после традиционной нефрэктомии образовался гнойный послеоперационный свищ. У одного из них через год после операции образовался гнойный свищ. Больного прооперировали, удалили камень из оставшейся нижней трети мочеточника и произвели уретерэктомию, после чего рана зажила. У другого больного через две недели после традиционной нефрэктомии по поводу калькулезного пионефроза появились боли в подвздошной области и повышение температуры тела. По данным ультразвукового исследования, установили абсцесс подвздошной области на стороне удаленной почки и вскрыли гнойник. Однако у больного из раны гнойное выделение не прекратилось. Через 3 месяца из раны спонтанно отошел нагноившийся тампон, и рана зажила. У третьего больного через 6 месяцев после операции образовался гнойный послеоперационный свищ. Свищевой ход расширили, удалили нерассосавшиеся нити из раны, после чего рана зажила.

Выводы. При традиционной нефрэктомии наносится не только непосредственная травма мышцам тела, но и пересекаются мышечные нервы, что приводит к слабости и атрофии мышц. Это является причиной появления ноющих болей и нарушением чувствительности кожи в послеоперационной области, деформации живота в послеоперационном периоде и, как крайняя степень, образования послеоперационных вентральных грыж.

Х.С. Одинаев, Ф.С. Саъдуллоев, Б.Дж. Рашидов

ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных, подвергнутых чрескож-

ной перкутанной нефролитотрипсии.

Материал и методы исследования. Про-

веден ретроспективный анализ 53 историй болезни больных, которым была выполнена чрескожная перкутанная нефролитотрипсия по поводу мочекаменной болезни в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урология» за период с 2018 – 2022 годы.

Пациентам определяли общий анализ крови и мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, свёртывающую систему крови, биохимический анализ крови, проводили УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорную и экскреторную урографию и компьютерную томографию по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. 49 (92,5%) больным проводили чрескожную перкутанную нефролитотрипсию по поводу одиночных или множественных камней почек и 4 (7,5%) по поводу коралловидных камней почек. ПСНЛ осуществлялась по традиционной методике: после предварительной катетеризации почки мочеточниковым катетером под ультразвуковым или рентген контролем произвели пункцию средней чашечки почки, создавали рабочий канал для манипуляции с нефроскопом. Чрескожные операции на этапе формирования транспаренхиматозного рабочего канала иногда сопровождаются кровотечением различной интенсивности. В большинстве случаев интраоперационные осложнения в виде кровотечения возникали на этапах освоения метода. Основными причинами выраженного интраоперационного кровотечения были повреждения интрапаренхиматозных сосудов в 2 (3,8%) случаях, сквозная перфорация чашечек в – 2 (3,8%), повреждения внутривисцеральной структуры в – 1 (1,9%). Неотложные гемостатические мероприятия заключались в установке баллонного нефростомического дренажа. В баллон вводили от 3 до 5 мл раствора и осуществляли легкое натяжение дренажа. После экспозиции 10-15

мин баллон медленно сдували и проводили Amplatz-трубку для тампонирования свищевого канала. В случаях остановки кровотечения продолжали литотрипсию. При продолжающемся кровотечении повторно устанавливали и оставляли нефростомический баллонный дренаж в свищевой ход. Отдельный вид осложнений, заслуживающих особого внимания является потеря чрескожного доступа к почке. Потеря доступа чаще возникает на этапах пункции чашечной системы и проведения проводника во время дыхательной экскурсии почки или при деформации проводника. В наших наблюдениях потеря доступа отмечена в 3 (5,7%) случаях. Проблема была устранена повторной пункцией чашечной системы и проведение проводника с более длинным гибким концом. Конверсия была в 1 (1,9%) случае. Повреждения соседних органов и плевры при наших наблюдениях не было. Ранние послеоперационные осложнения в виде кровотечения отмечались в 3 (5,7%) случаях, которые удалось остановить консервативно. Обострение воспалительных заболеваний почек с повышением температуры тела наблюдалось у 7 (13,2%) пациентов, которые были связаны с недостаточным функционированием нефростомы и были устранены назначением антибиотиков широкого спектра действия. У остальных больных послеоперационный период протекал гладко.

Выводы. Наиболее частыми осложнениями чрескожной перкутанной нефролитотрипсии являются кровотечения и обострения воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Эти осложнения можно минимизировать с появлением достаточного опыта хирургов и профилактическим назначением антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Д.А. Рахимов, Н.С. Ибодов, М.А. Рахимов

КОНТАКТНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ КРУПНЫХ КАМНЕЙ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКОВ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Урологическое отделение Б. Гафуровская центральная районная больница, Согдийская область.

Цель исследования. Оценить эффективность контактной пневматической уретеролитотрипсии (КУЛТ) крупных камней нижних отделов мочеточников (ККНОМ).

Материал и методы исследования. Анализировали 38 пациентов с ККНОМ находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении ЦРБ Б. Гафуровского района. Размер камней варьировал от 1,5 до 2,5 см. Средний возраст пациентов равнялся 45,7 лет.

Пациентам определяли общий анализ крови и мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, свёртывающую систему крови, биохимический анализ крови, проводили УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорную и экскреторную урографию и компьютерную томографию по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациентов был зафиксирован уретерогидронефроз различной степени. Всем больным операции проводились под спинальной анестезией. Средняя продолжительность операции равнялась $55,3 \pm 10,8$ минут. В 3-х случаях при наличии конкремента размером 1,5 см удалось провести литоэкстракцию и извлечь конкремент целиком с помощью петли

Дормиа. В остальных случаях проводилась КУЛТ, с применением пневматического литотриптера. Фрагменты извлекались при помощи петли, либо щипцами. Интраоперационные осложнения зафиксировали в 5 (13,1%) случаях, в виде перфорации стенки мочеточника. В послеоперационном периоде у 4 (10,5%) пациентов наблюдалась обострение хронического калькулезного пиелонефрита, что обусловлено наличием вторичной инфекции, длительностью и сложностью оперативного вмешательства. Всем пациентам сроком на 20-30 дней устанавливали внутренний стент. Несмотря на развитие у некоторых пациентов интра- и послеоперационных осложнений эффективность терапии составила 94,7%. У 2 (5,3%) больных из-за плотности и объёма конкремента не удалось провести КУЛТ, удалили конкременты открытым способом. Средний послеоперационный койко-дней составил 4,5 дня.

Выводы. КУЛТ является малотравматичным и высокоэффективным методом лечения крупных камней нижних отделов мочеточников.

Р.Х. Олимов, З.А. Аминов, Б.З. Абдуллоев

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Цель исследования. Клиническая оценка и лечение синдрома преждевременной эякуляции.

Материал и методы исследования. На базе ГУ «Республиканский научно - клини-

ческий центр урологии» проводилось комплексное обследование и лечение 60 больных, страдающих синдромом преждевременной эякуляции. Пациентам был проведен сбор сексуального анамнеза, они обследованы на

предмет местной патологии, повышающий чувствительность головки (баланопостит, короткая уздечка, эндокринопатия, болезнь Пейрони, уретрит или простатит), проведена оценка вегетативной функции по специальной шкале, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, Спилберга–Ханина, выполнено УЗИ - органов мочеполовой системы, сделаны анализы на инфекции, передающиеся половым путем.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно преобладающему фактору синдрома преждевременной эякуляции было проведено соответствующее лечение в группах со следующей эффективностью (% пациентов, удовлетворенных половой жизнью после лечения). 1. При наличии инфекционно-воспалительных процессов головки и простат везикулярного комплекса – лечение данных инфекций (83,2%). 2. При легкой степени синдрома преждевременной эякуляции без

инфекций и неврологических проблем – местно-анестезирующая и поведенческая терапия (87,6%). 3. При наличии вегетативной и/или психоневрологической дисфункции – использование ингибиторов обратного захвата серотонина на срок 4–8 месяцев (81,3%).

Выводы: Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов лечения (81,3–96,2%) синдрома преждевременной эякуляции. При средней и тяжелой степени синдрома преждевременной эякуляции без неврологических факторов мы рекомендуем раннее хирургическое лечение (селективная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку). Основным методом лечения первичной преждевременной эякуляции является фармакотерапия, в том числе дапоксетина «по требованию», единственного зарегистрированного препарата для лечения преждевременной эякуляции.

Д.В. Воробьев

ЭКОПРОФИЛАКТИКА – НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ

Региональное Волжское отделение МАНЭБ г. Самара, Россия

Научно-технический прогресс и развитие промышленности, направленные на увеличение материального благосостояния человека, часто приводят к утрате главного богатства – здоровья. Это обусловлено постоянным контактом населения с различными экотоксикантами - вредными химическими веществами, загрязняющими почву, воздух, воду и губительно действующими на живые организмы. Ухудшение качества окружающей среды связано с промышленным производством, проблемой утилизации отходов и увеличением количества транспортных средств. Весомый вклад в этот процесс вносит рост аварийности на промышленных предприятиях, особенно на предприятиях нефтегазовой отрасли, который в 2021 г в России составил 60%. При этом в

50-60% случаев аварии происходят из-за неисправности оборудования. Особенно опасны для здоровья людей аварии, происходящие вблизи населенных пунктов. Постоянный контакт с токсическими веществами, загрязняющими атмосферу и отсутствие периода элиминации (исключения такого контакта) приводит к экотоксикозу – патологическому состоянию, вызванному накоплением в околоклеточном пространстве чужеродных токсических веществ. Это закономерно приводит к возникновению многочисленных заболеваний, в том числе онкологических. В 2021 г. в России зафиксировано 406 случаев высокого загрязнения воздуха, что на 23% больше чем в исследованиях, проведенных в 2020 г. Больше всего в данной ситуации страдают дети. По

сведениям экспертов численность потенциально здоровых выпускников школ РФ колеблется от 10 до 15%. Специалисты отмечают, что более 50% школьников, окончивших школу, уже имеют по 2–3 хронических заболевания. В настоящее время более 18000000 школьников нуждается комплексном оздоровлении. Однако проблема промышленного загрязнения окружающей среды в настоящее время не обошла стороной и детские здравницы. В связи с превращением Черноморского побережья в южные морские ворота России, возрос грузопоток судов, а, следовательно, и загрязнений, вызванных аварийными выбросами нефти, мазута, моторного топлива и прочих веществ. Методом космической локации обнаружены площади загрязнения - до 420 кв. км. Нефтяные пятна обнаружены недалеко от городов-курортов - Анапы, Туапсе и Сочи. К тому же в 2021 году в России зафиксировано 1849 случаев высокого загрязнения пресных водоемов. Реки, впадающие в Черное море, являются источниками его загрязнения промышленными и бытовыми отходами. Эти проблемы ежегодно обсуждаются на крупных экологических форумах, но их решение невозможно без создания новых очистных сооружений и глубоководных выпускных коллекторов в прибрежных городах Черноморского побережья.

Для обеспечения нормальной жизнедеятельности в современных условиях необходимо поддерживать качество окружающей среды на таком уровне, чтобы не создавалась угроза здоровью и безопасности людей, но при этом можно было бы беспрепятственно продолжать процесс дальнейшего развития экономики. Основываясь на этом принципе, была разработана научно-практическая концепция экопрофилактика — комплекс оздоровительных мероприятий, осуществляемый в природных условиях окружающей среды, максимально соответствующих физиологическим возможностям человека, и направленный на предупреждение экотоксикоза.

Цель экопрофилактики: снижение уровня заболеваемости и смертности детского и взрослого населения путем минимизации воздействия на организм человека экотоксикантов

и формирования экологической культуры.

Задачи экопрофилактики: усовершенствование природоохранных мероприятий; разработка инновационных оздоровительных и медицинских технологий; проведение массовой санитарно-просветительской работы среди населения. Соответственно поставленным задачам выделены главные направления экопрофилактики - экологическое, медико-техническое и образовательное.

Новая научно-практическая концепция хорошо обоснована теоретически и уже имеет готовые практические решения указанных выше проблем по всем трем направлениям.

1. Экологическое направление - это осуществление эффективных мер по охране окружающей среды и подготовке благоприятных условий для проведения оздоровления населения. Так, решением проблемы роста аварийности на промышленных предприятиях и предприятиях нефтегазовой отрасли стало объединение крупных научных и производственных организаций (ООО СП «БорМаш», ООО «Ленгипронефтехим», ОАО «ВНИИнефтемаш», ОАО «ЛенНИИхиммаш», ЗАО «Нефтехимпроект») и создание инжинирингового центра – ИЦ БорМаш. Инжиниринговый центр занимается разработкой инновационного высококачественного оборудования (ASME) и специального технологического оборудования для очистки сточных вод от следов бытовой деятельности и выбросов предприятий. Путем модернизации оборудования на предприятиях и усовершенствования очистки сточных вод можно более чем в 2 раза сократить аварийность на промышленных предприятиях и решить проблему загрязнения промышленных городов и санаторно-курортных территорий.

2. Медико-техническое направление – это, прежде всего, проведение мероприятий по профилактике экотоксикоза и устранению его последствий посредством инновационных оздоровительных технологий, способствующих элиминации - всей совокупности процессов, приводящих к снижению содержания экотоксикантов в организме человека при помощи эффективных и безопасных оздоровительных методов. Практическим решением

данной проблемы является организация центров экопрофилактики в благоприятных для здоровья природных условиях на удаленных от промышленных предприятий территориях. С этой целью, для оздоровления детей, можно использовать местные пансионаты, туристические базы, пионерские лагеря, отвечающие указанным требованиям. Круглосуточное пребывание детей на свежем воздухе, в лесной зоне, на берегу природного водоема, употребление артезианской питьевой воды и продуктов питания, выращенных вдали от промышленных предприятий, поможет укрепить здоровье и значительно улучшить их самочувствие. А использование в природных условиях инновационных лимфодренажных технологий, разработанных учеными Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности (МАНЭБ), ускорит процессы элиминации и сделает оздоровительную программу более эффективной.

3. Образовательное направление – основано на формировании у обучающихся принципов здорового образа жизни с позиций экопрофилактики, путем повышения экологической культуры и обучения правилам безопасности жизнедеятельности в современных условиях. Необходимо с раннего детства научить человека смотреть на окружающий мир через призму собственного здоровья. Практическим решением этой важной задачи стала разработка программы дополнительного образования детей «Школа экопрофилактики» (авторы Воробьев Д.В., Быкова Е.А.). Программа разработана совместно с Центром информационного развития «Генезис» (директор к.п.н., чл.-корр. МАНЭБ Быкова Е.А.), при поддержке Фонда Президентских грантов, МАНЭБ и Министерства Образования и науки Самарской области. В настоящее время обучение прошли более 4000 обучающихся

общеобразовательных учреждений Самарской и Саратовской областей. В Хоперской школе, Балашовского района Саратовской области (директор к.п.н., чл.-корр. МАНЭБ Смотров И.А.) данная программа была успешно проведена для детей младшего школьного возраста. Совместно с сотрудниками кафедры «Безопасность жизнедеятельности» БИСГУ (зав.кафедрой к.м.н., доцент чл.-корр. МАНЭБ Тимушкина Н.В.) для студентов университета был проведен сертификационный курс «Экопрофилактика химической и лекарственной болезни». Нами разработано и издано учебное пособие «Экопрофилактика школьных болезней у обучающихся» (авт.-сост. Тимушкина Н.В., Воробьев Д.В.), предназначенное для студентов вузов по направлению подготовки «44.03.01 Педагогическое образование». Эти практические мероприятия помогут воспитать новое поколение граждан России, умеющих на деле использовать знания по экопрофилактике для обеспечения нормальной жизнедеятельности в современных условиях: охраны окружающей среды и эффективного развития зеленой экономики.

Выводы. Следуя принципам и трем основным направлениям научно-практической концепции «Экопрофилактика» можно сохранить и приумножить здоровье детей и взрослых, проживающих в экологически неблагоприятных условиях. В этот процесс должны быть активно вовлечены представители власти, промышленной среды, и средств массовой информации. Выработав общую позицию о том, что и как делать в настоящее время при имеющихся возможностях и ресурсах, можно рассчитывать на успех в области предотвращения болезней населения, повышения потенциала здоровья и качества жизни будущих поколений.

Е.Б. Коваленко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРБОКСИТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Россия

Данные исследования «Глобальное бремя болезней» (ГБВ) свидетельствуют о том, что примерно 1,71 миллиарда человек в мире страдают от заболеваний опорно-двигательной системы (ОПС). Эти болезни являются ведущими факторами инвалидизации во всем мире и приводят людей к преждевременному прекращению трудовой деятельности, снижению уровня благосостояния и сокращению возможностей для участия в жизни общества. Одним из методов лечения патологии ОПС является метод карбокситерапии, основанный на введении углекислого газа CO₂ в подкожные ткани при помощи тонких инъекционных игл. Положительный результат данного метода основан на улучшении микроциркуляции крови и лимфы.

Цель исследования. Изучить эффективность карбокситерапии в лечении боли внизу спины (БВС), гонартроза и коксартроза с выраженным болевым синдромом.

Методы исследования. Основано на исследовании 113 пациентов, страдающих заболеваниями опорно-двигательной системы. Исследована динамика болей у больных с БВС по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) после проведения курса карбокситерапии, динамика боли в коленном суставе у больных с гонартрозом по ВАШ после проведения курса карбокситерапии и динамика боли в тазобедренном суставе у больных с коксартрозом по ВАШ после проведения курса карбокситерапии.

Результаты исследования. Исследованы 113 пациентов, страдающих заболеваниями опорно-двигательной системы (БВС, гонартроз и коксартроз). Из них женщин было – 90, мужчин – 23. Средний возраст составил 50 лет. Основными жалобами были боль внизу спины, в области коленных и тазобедренных

суставов. Все исследуемые больные были разделены на 3 группы соответствии с диагнозом. В 1-ю группу больных с диагнозом «боль внизу спины» вошли 50 (44,2%) пациентов, из них женщин было – 41 (82%), а мужчин – 9 (18%). Во 2-ю группу больных с диагнозом «гонартроз» вошли 46 (40,8%) пациентов. Из них женщин было – 36 (78,3%) мужчин – 10 (21,7%). В 3-ю группу больных с диагнозом «коксартроз» вошли 17 (15%) пациентов. Из них женщин было – 13 (76,5%), а мужчин – 4 (23,5%). Все пациенты прошли курс лечения указанных заболеваний с использованием аппарата для карбокситерапии iNCO₂ (Medexim, Словакия). Курс лечения включал 10 ежедневных процедур. Интенсивность болевого синдрома определяли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). У пациентов 1-й группы интенсивность боли до лечения в среднем составила 6,58 балла. После лечения уменьшилась до 2,86 балла. Разница составила 3,72 балла. У пациентов 2-й группы интенсивность боли до лечения в среднем соответствовала 6,89 балла. После лечения уменьшилась до 3,05 балла. Разница составила 3,84 балла. У пациентов 3-й группы интенсивность боли до лечения в среднем соответствовала 6,86 балла. После лечения уменьшилась до 3,40 балла. Разница составила 3,46 балла

Выводы.

1. После лечения интенсивность боли у пациентов с БВС уменьшилась в среднем на 3,72 балла по ВАШ.
2. После лечения интенсивность боли у пациентов с гонартрозом уменьшилась в среднем на 3,84 балла по ВАШ.
3. После лечения интенсивность боли у пациентов с гонартрозом уменьшилась в среднем на 3,46 балла по ВАШ.
4. Таким образом, метод карбокситерапии

оказался эффективным в лечении болевого синдрома при лечении заболеваний ОПС. Наи-

лучший результат был достигнут в лечении гонартроза.

З.Ф. Мавлянова, Д.А. Алиева, Ф.К. Ботиров

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Самаркандский Государственный медицинский университет, г. Самарканд

Распространенность и заболеваемость являются основными показателями с помощью, которых можно осуществлять контроль организационных мероприятий службы здравоохранения по выявлению патологии и оценке эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

Цель исследования. Анализ заболеваемости и оценка осуществления качества оказываемой помощи пациентам с патологией опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы исследования. В процессе исследования использованы ретроспективные материалы Госкомстата Республики Узбекистан за последние годы и МКБ – 10 пересмотра.

Анализ статистических данных показал, что в Самаркандской области по данным Госкомстата в 2020 г. число заболевших составило – 1 641 120 случаев. Согласно МКБ на 12-м месте находились заболевания костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата.

Результаты исследования. Изучение заболеваемости по Самаркандскому вилояту показало, что наибольшее число больных зарегистрировано в г. Самарканде (28,3%), Ургуте (12,9%), далее по убыванию следуют Постдарганский (6,9%), Каттакурганский (6,1%), Окдарьинский (5,9%), Иштиханский (5,3%), Самаркандский (4,6%), Нурабадский (4,5%), Нарпайский (4,2%), Жомбойский (4,0%) районы. Наименьшее число больных выявлено в Пайарыкском, Тайлакском, Пахтачинском, Булунгурском, Каттакурганском, Кушрабодском районах – численность в этих районах

составляла - 1,3-3,9%.

Сравнительное изучение за 3-х летний период показало наличие тенденции к увеличению заболеваемости.

Изучение особенностей заболеваемости костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата показало их увеличение, что возможно связано с трудностями диагностики, выявлением в запущенных стадиях заболевания. Эта сложившаяся ситуация требует проведения организационно-методологических и эпидемиологических исследований для возможности поиска причинных факторов развития заболеваний и улучшения работы начиная с первичного здравоохранения до стационаров, которые занимаются диагностикой и лечением этих больных. В плане организационно-эпидемиологических мероприятий будет полезным провести расчёт уровня заболеваемости этими патологиями, проанализировать достаточность количества врачей и медицинского персонала для проведения своевременной диагностики с последующей реабилитацией, решением вопросов снижения инвалидизации населения и возможности обеспечения при необходимости протезирования поражённых суставов.

Выводы.

1. Сохраняется в Самаркандской области тенденция к увеличению заболеваемости с патологией опорно-двигательного аппарата.

2. Сложившаяся ситуация требует проведения организационно-методологических и эпидемиологических исследований для возможности поиска причинных факторов развития заболевания и улучшения работы начиная с первичного звена здравоохранения.

Г.Л. Бурханова, З.Ф. Мавлянова, Д.А. Алиева

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА СРЕДИ СПОРТСМЕНОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд

Актуальность. Проблемы повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА), возникающие у спортсменов различных видов спорта, их реабилитация и проявления представляют один из актуальных вопросов спортивной медицины.

Цель исследования. Изучение возможных патологических состояний и заболеваний опорно-двигательного аппарата у спортивного контингента.

Материалы и методы исследования. Проведены ретроспективные исследования анкетных данных из первичного звена – поликлиник по месту жительства спортсменов занимающихся различными видами спорта в г. Самарканде. Изучено более 216 анкет спортсменов, у которых диагностирована патология ОДА, средний возраст которых составил $18,6 \pm 2,1$. Диагноз подтвержден инструментальными и клинико-лабораторными методами исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Травматические поражения ОДА выявлены с большей частотой, в основном – это

травмы. При этом больше всего определялись травмы коленного (КС) и голеностопного суставов (ГСС) – 25,6%, пяточной кости – 13,6%, ахиллова сухожилия – 12,5%, кифо-сколиозные искривления позвоночного столба – 29%, дегенеративные повреждения – 16,2%.

Поражения ОДА зависели от возраста, вида спорта, а также спортивного мастерства (достижений) контингента. Большинство травматических повреждений было характерным для таких видов спорта как футбол, волейбол, хоккей - повреждения КС и ГСС; сухожилий – бег, прыжки в высоту; повреждения ГСС – фигурное катание, каратэ, дзюдо, борьба, хоккей; КС – хоккей, гимнастика; поражения позвоночника в виде сколиоза, лордоза – теннис, шахматы, компьютерные геймеры и тяжелая атлетика.

Выводы. Большая часть повреждений связана с травмами крупных и мелких суставов верхних и нижних конечностей. В связи с этим первой необходимостью является выявление патологии ОДА, их своевременная диагностика, лечение и реабилитация.

А.Ж. Эрназаров, З.Ф. Мавлянова, Д.А. Алиева, М.А. Абдумаджидов, Ф.К. Ботиров

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ

*Самаркандский Государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан
Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при НОК Узбекистана, г. Ташкент*

Актуальность: дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника достаточно распространённая патология, которая может встречаться среди различных возрастных групп. При этом особую актуальность и необходимость обоснованного подхода к проблемам реабилитации среди этих пациентов

возникает из-за возможных последствий, которые приводят к инвалидизации и к различным медико-социальным проблемам.

В настоящее время ввиду распространённости сидячего образа жизни, малоподвижности дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике имеют тенденцию к увели-

чению, начиная с подростково-юношеского возраста. Дегенеративные изменения в позвоночнике в последующем приводят к формированию грыжи, вызывая болевой синдром, связанный с компрессией межпозвоноковых корешков и сосудов. В тяжёлых случаях или при прогрессировании заболевания нарушение кровообращения в вертебральных артериях и нервных окончаниях может привести к таким осложнениям, как парезы и параличи нижних конечностей с нарушением функций органов малого таза. В настоящее время одним из методов воздействия считается использование оперативных вмешательств, с помощью которых удаётся достичь устранения компрессии с последующим восстановлением функции и микроциркуляции в кровеносных сосудах позвонков. С помощью медикаментозной терапии удаётся достичь рассасывания рубцов, улучшения кровоснабжения и быстрого заживления. Особое место приобретают вопросы начала ранней реабилитации.

Цель исследования. Поиск способов реабилитации у пациентов, которым проведены оперативные вмешательства.

М.З. Равшанова, З.Ф. Мавлянова, Д.А. Алиева

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ - МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛЕНСТОПНОГО СУСТАВА

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Лечение и реабилитация спортсменов с повреждениями суставов и связочно-мышечного аппарата, являются актуальными для специалистов спортивной медицины, реабилитологов, хирургов-травматологов и ортопедов. Основной идеей сопровождения спортсменов является – сохранение их здоровья, физического потенциала без потери из спорта, в связи с травматизацией.

Цель исследования. Изучение травм голеностопных суставов у спортсменов-футболистов и реабилитационные мероприятия на основе кинезиотейпирования.

Материалы и методы исследования. Проведены у 27 больных, пролеченных в клинике Республиканского центра реабилитации и спортивной медицины при СамГМУ у пациентов с грыжами межпозвоноковых дисков. Как метод реабилитации использовали магнитотерапию, курсом до 10 процедур, длительностью 20 мин. (BTL), с последующей оценкой проводимого лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты доказывают, что магнитотерапия является эффективным методом реабилитации, которая показывает положительную динамику, заключающуюся в уменьшении болевого синдрома, восстановлении функциональной активности, нормализации гемодинамики и разрешением неврологических проявлений.

Выводы. Раннее начало реабилитации после оперативного вмешательства с использованием магнитотерапии в комплексе с медикаментозной терапией позволяют улучшить результаты хирургического лечения у пациентов с грыжевыми поражениями межпозвоночных дисков.

Материал и методы исследования. В исследование включены данные спортсменов-футболистов ($n=33$), занимающихся футболом в среднем $4,7 \pm 2,7$ лет, средний возраст – $14,2 \pm 3,2$ лет. Все спортсмены осмотрены спортивными врачами и узкими специалистами на предмет поиска повреждений со стороны опорно-двигательной системы, в том числе и голеностопного сустава. Биомеханическое исследование функции суставов спортсменов проведено с изучением антропометрических ориентиров относительно общей центральной массы.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показали, что у спортсменов, длительно занимающихся спортом, происходит адаптационная перестройка опорно-двигательного аппарата, что связано с активными тренировками, изменениями, в проекции суставов. В совокупности это вызывает повреждение связочно-мышечного аппарата, осуществляющего фиксацию сустава, в результате которого возникают травмы с повреждениями коленных, голеностопных, тазобедренных суставов.

В настоящем исследовании нами проведено восстановление и реабилитация спортсменов, с применением метода кинезиотей-

пирования. Применение кинезиотейпирования у футболистов способствовало достижению положительных результатов и быстрому восстановлению функциональной активности сустава, а также полноценного возврата к тренировочным процессам.

Выводы. Данный метод кинезиотейпирования может быть рекомендован для восстановления оптимального движения в суставах после перенесенных различных травм, а также физических перегрузок. Действие тейпов основано на нормализации микроциркуляции, уменьшения болевого синдрома и восстановления активности передачи нервно-мышечного импульса.

Б.Б. Баховадинов, Г.С. Ашурзода, Д.Э. Певцов, А.В. Ермачкова, А.А. Одиназода

О ЗНАЧЕНИИ ПОИСКА И ИДЕНТИФИКАЦИИ АНТИЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИТЕЛ У ДОНОРОВ И БОЛЬНЫХ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

ГУ «Республиканский научный центр крови», Душанбе, Республика Таджикистан

ГУ «Городской родильный дом №3», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность проблемы. По данным разных авторов доля аллосенсибилизированных лиц среди населения разных стран составляет 0,15-1,0%, первичных доноров крови и ее компонентов 0,12-0,6%, беременных женщин и лиц, получивших множественные гемотрансфузии, составляет от 1,72% и 11,9% соответственно. В целях профилактики острых и отсроченных трансфузионных гемолитических реакций, связанно гострансфузией острого повреждения легких (ТРАЛИ), фебрильной негемолитической реакции (ФНР), отсроченной серологической реакции (ОСР) осуществляется скрининг антиэритроцитарных антител у реципиентов, беременных и доноров крови. Осуществление скрининга и идентификации антиэритроцитарных, антилейкоцитарных, антигранулоцитарных, антитромбоцитарных антител у больных и беременных, а также до-

норов крови, выявления аллосенсибилизированных пациентов и доноров имеет большое значение в профилактике трансфузионных гемолитических и негемолитических реакций, повышение клинической эффективности, безопасности гемотрансфузий.

Цель исследования. Изучить частоту и распространенность антиэритроцитарных, антилейкоцитарных, антитромбоцитарных аллоантител у доноров крови, беременных и больных, получивших неоднократные трансфузии компонентов донорской крови, образцы крови которых были доставлены в учреждение службы крови для подтверждающего тестирования групп крови, поиска и идентификации антител, и индивидуального подбора совместимых эритроцитсодержащих компонентов и концентратов тромбоцитов.

Материалы и методы исследования.

Скрининг антиэритроцитарных антител проводили в непрямом антиглобулиновом тесте (НАГТ) со следующими реагентами: стандартные тест-эритроциты 0,8% Surgiscreen Ortho Clinical Diagnostics + кассеты Anti-Ig G Ortho Clinical Diagnostics; ID-Dia CellII-II-III (test 0) Bio-Rad + кассеты Anti-IgG DiaMed; гелевые карты ID Card Liss /Coombs фирмы DiaMed (Швейцария) и тест-эритроциты Seraskan Diana GRIFOL SI+II+III+IV (фенотипы: CCDee; ccDEE; ccdee; CwCDee). Использовали метод агглютинации в гелевых картах (фирма BioRad, мануальный, анализатор IH-1000), твёрдофазную реакцию (анализатор Immucor Galileo NEO). Идентификацию антител проводили с использованием ID-DiaPanel (test Cellsfor Antibode Identificationsetof 11 vialsfor IA Tand NaCl test) BiO-Rad +кассеты Anti-IgG Bio-Radi в гелевых картах Liss/Coombs с использованием 11 образцов эритроцитов, фенотипированных по 36 антигенам фирмы DiaMed. На базе иммуногематологических лабораторий ГУ Республиканского научного центра крови (РНЦК) Минздрава Республики Таджикистан и ОПК ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ г. Санкт-Петербурга осуществлен скрининг антител 108230 донорам крови, 4502 беременным, 4827 новорожденным, 25442 больным, в том числе 12627 пациентам гематологического и онкологического профилей. Кровь 92 больных исследованы на наличие антитромбоцитарных антител. Биоматериал от 60 доноров женщин и 25 больных исследованы на наличие антилейкоцитарных и антигранулоцитарных антител. У большинства больных были неоднократные трансфузии без учета фенотипа антигенов эритроцитов и без индивидуального подбора совместимых эритроцитсодержащих сред и тромбоконцентрата.

Результаты и их обсуждение. Антиэритроцитарные антитела обнаружены у 276 доноров, что составило 0,25%, среди доноров ОПК 0,09%, доноров РНЦК 0,35%. Более высокие показатели у доноров РНЦК объясняется большим количеством первичных доноров женщин с неоднократными беременностями и родами в анамнезе. В 268 случаях антитела

выявлены у доноров женщин. У 8 первичных доноров мужчин были обнаружены антитела, в анамнезе у них присутствовали гемотрансфузии. Обнаружены антитела у 340 (7,55%) беременных, в основном резус-отрицательных, у 392 новорожденных (8,12%) и 1 138 (4,47%) из 25442 больных. Обнаружены антитела у 944 (7,47%) пациентов онкогематологического профиля из 12627. Всего исследовано крови 34771 образец больных, беременных и новорожденных, из них выявлены антитела у 1 870 (5,37%) случаев. Только в 520 случаях из 1870 установлена специфичность выявленных антител. Выявлено 304 случая анти-D антител; 87 -анти-DC; 60 анти-K; 20 анти-c; 15 анти-E; 5 анти-C; 6-анти Jka; 4 анти-Fyb. В 25 случаях специфичность антител не удалось установить. У 36 (39,1%) больных из 92 выявлены антитромбоцитарные антитела. Анти-HLA, анти -HNA антитела выявлены у 60 доноров и больных. Таким образом, выявление антиэритроцитарных, анти-НРА и анти-НЛА антител, идентификация их специфичности в сочетании стипированием антигенов эритроцитов доноров и реципиентов позволяет осуществить правильный подбор совместимой трансфузионной среды, тем самым предупредить развитие острых и отсроченных пост-трансфузионных реакций, ТРАЛИ, ФНР, ОСР, преодолеть рефрактерность при трансфузии концентрата тромбоцитов. После проведения фенотипирования антигенов эритроцитов, поиска и идентификации антител пациентам подобраны совместимые эритроцитсодержащие среды с учетом фенотипа антигенов эритроцитов и специфичности выявленных антител, тестированием на совместимость в НАГТ.

Выводы. В целях обеспечения иммунологической безопасности гемотрансфузий экономически целесообразным является тестирование групп крови пациентов по системе АВ0 и резус-принадлежности с поиском антител. В случае не обнаружения антител нет необходимости в проведении больным расширенного фенотипирования антигенов эритроцитов, за исключением пациентов группы риска (беременные, больные с множественными трансфузиями). В случаях обнаружения аллоантител

должна осуществляться их идентификация с последующим подбором эритроцитсодержащих компонентов крови, с учетом специфичности выявленных аллоантител. Исследование крови доноров и больных на наличие анти-HLA, анти-HNA антител является важным

диагностическим критерием ТРАЛИ, а скрининг крови больных на анти-НРА антител с индивидуальным подбором тромбоконцентрата является путем преодоления рефрактерности при трансфузии сенсibilизированным пациентам.

А.А. Одиназода, Б.Б. Баховадинов, Д.Э. Певцов, А.Ф. Кубиддинов, М.А. Кучер

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДОНОРОВ КРОВИ

Республиканский научный Центр крови, г. Душанбе, Таджикистан

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. Несмотря на реализацию государственных программ развития добровольного донорства, проблема комплектования регулярными неоплачиваемыми донорами остается актуальной. Во время кроводачи разовой дозы - 450 мл \pm 10% организм донора теряет 200-250 мг железа. По этой причине у регулярных доноров нередко развивается дефицит железа. Железодефицитная анемия возникает чаще у женщин репродуктивного возраста. Снижение содержания гемоглобина <130 г/л у доноров мужчин и <120 г/л у доноров женщин является основанием для временного медицинского отвода от кроводачи. Изучение нарушений обмена железа у доноров крови и ее компонентов остается актуальным, поскольку самой частой причиной временного отвода от донаций является снижение уровня гемоглобина в крови. По данным нашего анализа процент доноров со сниженным гемоглобином за 2017-2021 годы составляет 22,2% до 36,46% от общей структуры медицинских отводов от кроводачи. Для восполнения железа у регулярных доноров с дефицитом железа и железодефицитной анемией, а также профилактики анемии, обычно применяется заместительная терапия пероральными препаратами железа. Данная терапия позволяет не только восстановить уровень гемоглобина, но и ликвидировать клинические признаки латентного железодефицита (которые проявляются утомляемостью, извращением вкуса

и обоняния, синдромом беспокойных ног). В настоящее время для этих целей рекомендовано применение препаратов внутривенного железа, в частности карбоксимальтозат железа (Феринжект). Препараты внутривенного железа позволяют восстановить дефицит железа за одну инфузию, что имеет преимущества перед пероральными препаратами и другими парентеральными препаратами. К сожалению, стандартами оказания медицинской помощи донорам не предусмотрено применение препаратов железа, что создает проблему удержанию регулярных доноров. Различные исследования, проведенные специалистами разных стран показывают, что частота железодефицита у доноров колеблется в пределах от 4,4 до 8,2% у первичных и до 19,4-44,6% у регулярных доноров. Приведенные данные определяют важность изучения эпидемиологии железодефицита у доноров крови и разработку методов эффективной его коррекции и профилактики, которые необходимы для сохранения здоровья доноров, а также обеспечения потребностей лечебных учреждений в донорской крови и ее компонентов. Определение концентрации сывороточного ферритина (СФ), эритропоэтина (ЭП) и растворимых рецепторов трансферрина (РРТф) в сыворотке крови доноров позволяет отслеживать запасы железа.

Цель исследования. Изучить особенности обмена железа у доноров крови.

Материалы и методы исследования.

Проведено лабораторное исследование показателей обмена железа у 400 регулярных доноров (200 м, 200 ж) и у 200 отведенных от кроводач доноров, по причине низкого показателя Hb (200 м, 200 ж). Препараты железа получали в капсулах после каждой кроводачи 200 регулярных доноров (100 м, 100 ж) (суммарно 300-900 мг), в качестве профилактики анемии, 200 доноров не получали. Показатели Hb перед очередной кроводачей у доноров мужчин были >130 г/л, у женщин >120 г/л. У отведенных от кроводач доноров с уровнем Hb у мужчин <130 г/л, у женщин <120 г/л исследовали показатели СФ, ЭП и РРТф. В группе отведенных от кроводач доноров, исследуемые были отобраны путем случайной выборки, из числа потенциальных первичных и регулярных доноров, которые в процессе медицинского освидетельствования получили временный отвод от донорства по причине низкого уровня Hb. Концентрацию СФ определяли с помощью радиоиммунного анализа, ЭП и рТФР – методом хемилюминесцентного иммунологического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. Содержание СФ у принимавших препараты железа регулярных доноров мужчин составило 52-156 нг/мл, у женщин 44-98 нг/мл. Снижение показателя отмечено только у 2 женщин репродуктивного возраста. Показатели СФ у регулярных доноров мужчин, не принимавшие препараты железа составило 32-136 нг/мл, женщин 16-64 нг/мл. Снижение показателя отмечено у 37 доноров мужчин и 58 доноров женщин, повышение показателя у 20 доноров мужчин. У доноров мужчин от-

веденных от донорства, Hb был в пределах 115-127 г/л, у женщин – 94-115 г/л. Снижение содержания СФ выявлено у 188 отведенных от кроводач 200 доноров. Среднее значение СФ у мужчин было в 1,68, а у женщин в 4,1 раза ниже такового в контрольной группе (здоровые первичные доноры). У 104 доноров СФ не превышал 14 нг/мл. Повышенный уровень РРТф выявлен у 245 из 600 доноров, который также сочетался с низким содержанием СФ. Значения РРТф колебались в пределах 27,12–51,32 нмоль/л (норма 7,89–29,51 нмоль/л), медиана превышала контрольный уровень в 2,42 раза и составила соответственно 39,82 нмоль/л против 14,94 нмоль/л в группе сравнения. Концентрация ЭП была выше пороговой величины у 165 из 285 доноров с низкими значениями ферритина. В 52 случаях это сочеталось с высоким показателем РРТф. У остальных лиц ЭП был в пределах нормальных значений, однако медиана ЭП у доноров была в 2,30 раза выше медианы контрольной группы.

Выводы. Регулярное донорство крови и ее компонентов, особенно у женщин фертильного возраста приводит к истощению запасов железа и нередко к развитию железодефицитной анемии (медицинским отводам от кроводачи). Профилактическое применение препаратов железа у регулярных доноров крови, особенно женского пола, является эффективной мерой и позволяющее свести к минимуму медицинские отводы от кроводач, связанных с развитием дефицита железа и железодефицитной анемией.

Д.Э. Певцов, Б.Б. Баховадинов, М.А. Кучер, А.Д. Кулагин

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Введение. Интенсивное развитие высокотехнологичной медицинской помощи в Российской Федерации, в частности клеточной и органной трансплантации, способствует росту

потребности в качественных и безопасных компонентах донорской крови (в основном эритроцитов и концентрата тромбоцитов). У пациентов с онкогематологическими, наследственными заболеваниями и солидными опухолями при трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) средний объем трансфузий компонентов крови одному реципиенту составляет 20-25 доз, при трансплантации печени – до 20 доз. Исходы трансплантации ГСК и органов во многом зависят не только от достаточности в переливаемых компонентах донорской, но и от их иммунологической, а также инфекционной безопасности. Деятельность учреждений службы крови, в частности отделений переливания крови (ОПК), функционирующих на базах лечебных учреждений, осуществляющих трансплантацию органов и ГСК имеют свои специфические особенности. Помимо базовых мероприятий направленных на профилактику иммунологических и инфекционных посттрансфузионных осложнений, включает также дополнительные меры, направленные на повышения клинической эффективности и безопасности гемотрансфузий. На базе клиники научно-исследовательского института детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой, научно-исследовательского института нефрологии ФГБОУ ВО Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова Минздрава России ежегодно осуществляется более 450 аллогенных, аутологичных ТГСК взрослым и детям, а также трансплантации почек взрослым больным. Функционирующая на базе университета ОПК обеспечивает компонентами донорской крови не только трансплантационных больных, но и больных с другими патологиями, находящихся на лечении в университетских клиниках.

Цель исследования. Проанализировать производственную деятельность ОПК по обеспечению потребности больных университетских клиник эффективными и безопасными компонентами донорской крови за 2019-2021 годы.

Материалы и методы исследования.

Были проанализированы показатели донорства крови и компонентов, сбора и разделения донорской крови на компоненты, выдачу компонентов донорской крови университетским клиникам.

Результаты исследования и их обсуждение. В 2021 году количество доноров крови и компонентов по сравнению с 2019 годом возросло на 15,05% (с 6 776 до 7 796), соответственно возросло количество заготовленной цельной крови на 25,63% (с 12 508,90 л до 15 715,20 л). Более 96% заготовленной крови подвергались фракционированию на компоненты (эритроциты, тромбоциты, плазму, криопреципитат). В результате переработки донорской крови в 2021 году получено 2 546,70 л эритроцитов, что на 25,12% больше по сравнению с 2019 годом (2 035,40 л). С 2018 года производится заготовка только лейкоредуцированных эритроцитов в добавочном растворе. В 2021 году 51,47% эритроцитов подверглись рентгеновскому облучению в дозе 25 Грей в целях профилактики посттрансфузионной болезни трансплантат против хозяина. В 2021 году заготовили 2 987,2 л свежзамороженной плазмы, что на 1,95% больше по сравнению с 2019 годом (2 929,80 л). Общее количество тромбоцитов заготовленных методом афереза и из единицы крови в 2021 году составило 23 367 доз ($0,6 \times 10^{11}$), что на 0,32% меньше, чем в 2019 году (23 444). В 2021 году произвели рентгеновское облучение 66,24% заготовленных доз тромбоконцентрата. Все трансплантационные пациенты получали только лейкоредуцированные и облученные компоненты донорской крови. Из общей заготовки ОПК в 2021 году: 51,47 эритроцитов, 9,8% свежзамороженной плазмы и 67,58% тромбоцитов использованы для трансфузии пациентам клиники НИИДОГиТ имени Р.М. Горбачевой, остальные компоненты крови были выданы другим клиникам университета и другим лечебным учреждениям города. Число доноров, отведённых от донорства вследствие выявления у них маркеров гемотрансмиссивных инфекций и других причин в 2021 г. составило 1,35%, что ниже показателя 2019 г. - 1,67%. Снижение частоты

медицинских отводов произошло благодаря набору доноров из группы населения с низким риском по гемотрансмиссивным инфекциям и тщательному медицинскому отбору. Также отмечается снижения утилизации компонентов донорской крови, годных для трансфузии в результате истечения срока хранения в 2021 г.

Выводы. В результате анализа деятельности ОПК в динамике, было показано увеличение общего количества добровольных неоплачиваемых доноров, числа кроводач, донорского плазма и – тромбоцитопфереза. Значительно снизилось количество отводов от

донорства по медицинским показаниям. Возрастающие потребности университетских клиник, полностью удовлетворяются качественными и безопасными компонентами донорской крови. Сократилась утилизация компонентов донорской крови по истечению срока годности и другим причинам. Дополнительная обработка полученных компонентов донорской крови путем лейкоредукции, гамма облучения и патогенредукции позволили обеспечить как инфекционную, так и иммунологическую безопасность для больных.

Д.Э. Певцов, Б.Б. Баховадинов, А.А. Одиназода, А.Ф. Кубиддинов, М.А. Кучер, А.Д. Кулагин

РАСТРАНЕННОСТЬ МАРКЕРОВ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ДОНОРОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И ГОРОДА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Государственное учреждение «Республиканский научный центр крови», г. Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Обеспечение инфекционной безопасности донорской крови и ее компонентов является основополагающей задачей для службы крови во всем мире. Проблема распространения вирусных инфекций трансфузионным путем, несмотря на принимаемые меры их профилактики, стоит достаточно остро не только у нас, но и во многих зарубежных странах. Включение скрининга маркеров инфекций обусловлено их большой медико-социальной значимостью, широкого распространения среди населения и вызываемых осложнений. По данным ВОЗ в 2014 г. более 36 млн человек во всем мире были инфицированы HIV, более 240 млн и около 150 млн имели хроническую форму HBV- и HCV-инфекции. Заболеваемость как острыми, так и хроническими формами вирусных гепатитов и ВИЧ 1/2 в Российской Федерации и Республике Таджикистан превышает аналогичные показатели во многих странах Западной Европы и США. Существующий риск передачи инфекций от доноров реципиентам в

основном связан с наличием так называемого «серологического окна». Во всем мире данные об инфекциях у доноров принято рассчитывать на 100 000 человек. Для этого в ежегодные отчеты о деятельности учреждений службы крови зарубежных стран включают показатели встречаемости и распространенности гемотрансмиссивных инфекций. Распространенность инфекций определяют как: отношение числа первичных доноров с полученными положительными результатами скрининга к числу первичных доноров. Встречаемость – отношение числа повторных доноров с выявленными положительными результатами скрининга к числу повторных. Учитывая высокую распространенность ВИЧ 1/2, вирусных гепатитов среди населения, не менее важным становится изучение частоты встречаемости маркеров гемотрансмиссивных инфекций у доноров для прогнозирования медицинских отводов и повышения инфекционной безопасности донорской крови.

Цель исследования. Изучить распро-

страненность и встречаемость маркеров гемотрансмиссивных инфекций среди различных категорий доноров Республиканского научного Центра крови (РНЦК) Республики Таджикистан и отделения переливания крови ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Минздрава России (ПСПбГМУ) за 2019-2021 годы.

Материал и методы исследования. Образец крови от каждой донации обследовали на маркеры инфекций иммуноферментным методом: вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) (антиген р24 ВИЧ-1 и антитела к ВИЧ-1/2), вирус гепатита В (ВГВ) (поверхностный антиген ВГВ, HBsAg), вирус гепатита С (ВГС) (антитела к ВГС); сифилис (антитела класса М и G к бледной трепонеме). Исследовали проб крови 225 431 доноров РНЦК, 119 548 первичных доноров и 105 883 регулярных доноров, 29 550 доноров ОПК ПСПбГМУ, 16 987 из них первичные, 12 564 регулярные. Методом ПЦР образцы крови всех доноров РНЦК и ОПК протестированы в отдельных

пробах без пулирования.

Результаты исследования и их обсуждение. Как видно из приведенной таблицы №1 показатель распространенности инфекций у доноров первичных доноров РНЦК значительно выше по сравнению с донорами ОПК ПСПбГМУ. Показатель распространенности гепатита С среди первичных доноров РНЦК составили 1 465,5, ОПК ПСПбГМУ 206,0 по гепатиту В соответственно 2 614,8 и 82,4, по сифилису 1 619,9 и 229,6, по ВИЧ 201,6 и 76,5.

Приведенные данные о встречаемости инфекций в таблице №2 показывает, что у доноров встречаемость маркеров инфекций РНЦК оказались меньше по сравнению с донорами ОПК, по гепатиту С 9,3 раза, соответственно 17,9 и 167,1, по гепатиту В 2,81 раза (19,8 и 55,7), по ВИЧ 0 и 2 случая, по сифилису 4,82 раза (33,0 и 159,2).

Заключение. Высокие показатели распространенности инфекций у первичных доноров РНЦК связаны с их высокой распространенностью среди населения Республики Таджикистан. Низкие показатели встречае-

Таблица №1

Распространенность гемотрансфузионных инфекций у первичных доноров крови

Маркеры инфекций	Первичных доноры РНЦК (n=119 548)		Первичные доноры ОПК (n=16 987)	
	Абсолют	Распространенность	Абсолют.	Встречаемость
HCV	1 752	1 465,5	35	206,0
HBV	3 126	2 614,8	14	82,4
Anti-pallidium	1927	1 611,9	39	229,6
HIV	241	201,6	13	76,5
Всего	7 046	5 893,8	101	594,6

Таблица №2

Встречаемость гемотрансфузионных инфекций у доноров регулярных доноров крови

Маркеры ин- фекций	Повторные доноры РНЦК (n=105 883)		Регулярные доноры ОПК (n=12 564)	
	Абсолют.	Встречаемость	Абсолют.	Встречаемость
HCV	19	17,9	21	167,1
HBV	21	19,8	7	55,7
Anti-pallidium	35	33,0	20	159,2
HIV	0	0	2	15,9
Всего	75	70,8	50	397,9

мости инфекций у регулярных доноров являются результатом укомплектования регулярными донорами из группы населения с более низким риском инфицирования, донорами с большим стажем донорства. Большой вклад вносит просветительская работа проводимая сотрудниками учреждений службы крови и более ответственное поведение граждан после перехода от первичного к добровольному безвозмездному регулярному донорству.

Практика ПЦР тестирования крови доноров в отдельных пробах без пулирования привела к более низким показателям встречаемости инфекций. Учитывая наличие остаточного риска передачи инфекций, необходимо более активно внедрять в практику работы учреждений службы крови патогенредукцию компонентов донорской крови, а также менеджмент крови пациента и кровесберегающие технологии в лечебную практику.

Е.В. Невзорова, А.В. Шакула, С.В. Семилетова

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕТОД КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина», г. Тамбов, Российская Федерация

Актуальность. Проблема реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда, является весьма актуальной, так как обусловлена возрастающей частотой данной патологии, которая в настоящее время отмечается среди наиболее трудоспособной части населения, что приводит к большим социальным и экономическим потерям. В связи с этим обстоятельством, разработка новых методов кардиореабилитации пациентов является актуальной и перспективной.

Цель исследования: разработка метода дозированной ходьбы на тредмиле в комбинации с прерывистой нормобарической гипокситерапией для реабилитации пациентов после перенесенного инфаркта миокарда.

Материалы и методы исследования. Обследованы 44 пациентов перенёвших инфаркт миокарда.

Авторский метод кардиореабилитации пациентов после перенесенного инфаркта миокарда включал использование гипоксических газовых смесей, которые для дыхания подавались пациенту через кислородную маску. Совместно гипокситерапией применялись низкоинтенсивные тренировки на тредмиле.

Риск развития осложнений сердечно-сосудистой системы в результате использования

метода оценивали при помощи осциллометрического анализатора АПКО-8-РИЦ. Определяли параметры ССС, на основе которых рассчитывали индекс Робинсона, коэффициент выносливости, вегетативный индекс Кердо, индекс адаптационного потенциала ССС. Статистическую обработку материалов проводили с использованием общепринятых методик из программного пакета «Statistica 101.0».

Осуществление метода заключалось в следующем. Газовая гипоксическая смесь, содержащая $10,0 \pm 1,0\%$ кислорода и $90,0 \pm 1,0\%$ газообразного азота подавалась испытуемому с помощью носоротовой маски. Режим дыхания газовой гипоксической смесью осуществлялся в циклическом режиме: один цикл составлял дыхание смесью до 5 минут, затем дыхание воздухом до 5 минут.

Ходьба на тредмиле являлась дозированной, для которой индивидуально определяли скорость для угла подъема дорожки по формуле:

$n = (v - 0,94) / 0,056$; где n - мощность нагрузки, Вт; v - скорость дорожки, км/ч; $0,94$ и $0,056$ - коэффициенты для угла подъема дорожки; максимальный угол подъема дорожки - 41° .

Скорость ходьбы на тредмиле была сту-

пенеобразно возрастающей и составила 3,3 км/ч; 4,7 км/ч; 5,8 км/ч; 6,7 км/ч.

Длительность ходьбы на тедмиле в комбинации с прерывистой нормобарической гипокситерапией составляла 30 – 35 минут в день. Максимальный угол подъема дорожки не превышал 4°. Ритм проведения сеансов 3 раза в неделю с продолжительностью курса 30 сеансов.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительная характеристика показателей сердечно-сосудистой системы до и после тренировки показала следующее. Индекс Кердо увеличивался с 10 до 13 баллов, что характеризовало сдвиг вегетативного тонуса в сторону симпатического преобладания, и означало мобилизацию функционального ресурса. Индекс Робинсона уменьшался со 113 до 84

баллов, что свидетельствовало об оптимальной работе аппарата кровообращения. Показатель коэффициента выносливости составил 14 баллов, что характеризовало выносливость сердечно – сосудистой системы как удовлетворительную. Адаптационный потенциал ССС составил 2,0 балла, что являлось нормой и свидетельствовало об удовлетворительном адаптационном потенциале.

Выводы. Апробация авторского метода дозированной ходьбы на тедмиле в комбинации с прерывистой нормобарической гипокситерапией показала, что его применение не увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений и может быть использован для реабилитации пациентов после перенесенного инфаркта миокарда.

Е.В. Невзорова, А.В. Шакула, М.А. Королева

МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТАМБОВСКОЙ КУРОРТНОЙ ЗОНЫ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина», г. Тамбов, Российская Федерация

Актуальность исследования. Определяется повышенным спросом на услуги санаторно-курортного лечения в Тамбовском регионе. Тамбовский регион вошел в ТОП-15 регионов России, чьи санатории пользуются значительным спросом для отдыха и лечения. Специалистами портала «Санатории-России.рф» составлен рейтинг популярности санаторно-курортного отдыха и лечения в Центральном Федеральном округе в 2020-2021 году. Тамбовский регион находится на 15 месте по ЦФО. Администрации области отмечает, что санатории Тамбовщины принимают не только тамбовчан, но и приезжих из других областей страны. В 2021 году поток прибывших на лечение превысил 300 тысяч человек, объем платных услуг составил 216 миллионов рублей, больше 46% к уровню предыдущего года (<https://city.tambov.gov.ru/>).

Природный рекреационный потенциал Тамбовского региона обуславливают условия уникального микроклимата, естественные живописные ландшафты, целебные минеральные воды, различные лечебные грязи.

Целью исследования: явилась оценка медико-экологического состояния санаторных курортных ресурсов Тамбовской области, которые обуславливают развитие системы санаторного курортного обеспечения в регионе.

Материалы и методы исследования. Территория Тамбовской области признается лечебно-оздоровительной местностью или курортом регионального значения. По имеющимся данным в Тамбовском регионе находится 6 здравниц: санаторий Сосны, санаторий им. Калинина, санаторий «Инжавинский», санаторий – профилакторий «Энергетик», санаторий «Лесная жемчужина», ОАО «Тамбовкурорт».

Санатории Тамбовщины располагаются в пригородной зоне Тамбова, на побережье озер и рек, вдалеке от городской суеты и шума. Живописная природа, лесостепной воздух с высоким содержанием фитонцидов обуславливают эффективное лечение заболеваний.

В регионе находится несколько хлоридно-натриевых и кальциево-натриевых источников, которые содержат бром, — в Мичуринском, Инжавинском, Моршанском и Мучкапском районах. Месторождение сапропелевых грязей расположено в Уваровском районе (о. Ильмень). Водоносный горизонт представлен комплексом девонских отложений, в нижней части которого находятся алевролиты, глины и песчаники, а в верхней части расположены доломиты и известняки с прослоями ангидритов и гипсов. Воды хлоридно-натриево-кальциевого типа с минерализацией 101,5 г/л с содержанием активного брома 295 – 306,4 мг/л. Вода прозрачная, без цвета и запаха, рН – 5,2. Дебит источника – 2 л/с.

Результаты исследования и их обсуждение. Санатории проводят лечение по нескольким профилям: нервная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, дыхательная системы, болезни позвоночника. Для лечения применяются методы бальнеологии, ингаляции и др. Ведущий природный лечебный фактор санаторного лечения - минеральная хлоридно-натриевая йодобромная борная вода. Показания для санаторно-курортного лечения: болезни ЦНС, органов дыхания, системы кровообра-

щения, пищеварительной, костно-мышечной, эндокринной, мочеполовой систем, болезни кожи и подкожной клетчатки, а также педиатрия, аллергология, геронтология.

Санаторно-курортные организации, осуществляющие лечебный процесс, имеют статус лечебно-профилактических организаций и функционируют на основании предоставленной в соответствии с законодательством Российской Федерации лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Объемы добываемых минеральных вод, лечебных грязей, а также других полезных ископаемых, отнесенных к категории природных лечебных ресурсов, лимитируются утвержденными по промышленным категориям запасами и сроками их эксплуатации. Технические методы, применяемые при эксплуатации указанных природных лечебных ресурсов, основываются на технологических схемах их разработки. Качество природных лечебных ресурсов регламентируется специальными медицинскими заключениями, определяющими кондиционное содержание полезных и вредных для человека компонентов.

Выводы. Значительные резервы минеральных источников, лечебных грязей, прекраснейший микроклимат в сочетании с современной медицинской базой могут обеспечить выход Тамбовского региона на одно из ведущих мест в стране по применению природных лечебных факторов в системе санаторно-курортного оздоровления населения.

Р.Н. Бердиев, И.М. Хабибов, Дж.В. Умаров

ЧАСТОТА И СПЕКТР ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Цель. Оценить количество, популяционную частоту (ПЧ), структуру и спектр отдельных нозологических форм врожденных пороков развития (ВПР) центральной нервной системы.

Материалы и методы исследования.

Анализ популяционных и генетических особенностей ВПР ЦНС проведен с использованием базы данных Dahis -2 Национального регистра ВПР за 2016–2020 гг.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время до 5% новорожденных появляются

на свет с различными врожденными и наследственными заболеваниями. Около 30% коечного фонда детских стационаров различного профиля заняты больными с наследственной патологией, 40% младенческой смертности в той или иной степени обусловлено наследственными и врожденными дефектами, среди которых лидирующее место занимают врожденные пороки головного мозга. Проведенные исследования показали, что ВПР ЦНС составляют 5,7% от всех форм пороков, популяционная частота (ПЧ) – 3,15‰. На долю изолированных форм пороков развития ЦНС приходится около половины в 48,5% случаев,

в составе синдромов и неклассифицированных комплексов множественных ВПР – в 36,6%. Среди различных разновидностей ВПР ЦНС представлен врожденной гидроцефалией, где показатель популяционной частоты (ПЧ) равен 0,91‰, другие разновидности в частности агенезией/гипоплазией мозолистого тела (ПЧ 0,41‰), анэнцефалией (ПЧ 0,30‰), голопроэнцефалией (ПЧ 0,19‰), экзэнцефалией (ПЧ 0,17‰), черепно-мозговой грыжей (энцефалоцеле) (ПЧ 0,13‰).

Выводы. Среди всех форм ВПР ЦНС составляют 9,7%, популяционная частота (ПЧ) – 3,15‰.

А.М. Шарипов, Х.Ч. Гуриев, Ю.Т. Додочонов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Шарипов Аслам Махмудович – д.м.н., зав. кафедрой детской хирургии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», тел: (+992) 907-70-82-50

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения детей с использованием минимально инвазивных методов при врожденном мегаколоне.

Материал и методы исследования. В период с 2021 г. до февраля текущего года в клинике детской хирургии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» на базе торакоабдоминального отделения ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан были прооперированы 16 детей с болезнью Гиршпрунга. Возраст детей колебался от 1 до 12 лет. Мальчиков было 10 (62,5%), девочек – 6 (37,5%).

Компенсированная форма болезни выявлена у 6 (37,5%) больных, субкомпенсированная форма - у 8 (50,0%) пациентов и декомпенсированная форма - у 2 (12,5%). Различали следующие формы БГ: ректальная форма - у 3 (18,75%) больных, ректосигмоидальная форма - у 11 (68,75%) пациентов, субтотальная

форма - у 2 (12,5%) детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Все дети перенесли операцию хорошо. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 95,7±23,4 мин. Продолжительность пребывания в стационаре после операции в среднем составила 15,7 суток. Кормление начинали после появления самостоятельного стула на 2 сутки.

Осложнение в послеоперационном периоде наблюдали у 2 (12,5%) больных старшего возраста в виде несостоятельности колоанального анастомоза. Оба пациента были оперированы, которым была наложена энтеростома с санацией и дренирование малого таза, результат благоприятный. Летальный исход не наблюдали.

На 12-14 сутки послеоперационного периода проводили пальцевое ректальное исследование для оценки проходимости и состоятельности ректального анастомоза. При состоятельности анастомоза начинали про-

филактическое бужирование расширителями возрастного диаметра.

Наш опыт применения лапароскопически – ассистирование эндоректальной операции при радикальной коррекции болезни Гиршпрунга у детей позволяет констатировать, что данный способ имеет очевидные преимущества косметического характера и является миниинвазивным. Результаты операции показывают высокую эффективность по сравнению

с традиционным, о чем свидетельствуют снижение частоты осложнений, уменьшение послеоперационных сроков госпитализации, а также косметический и функциональный результат операции.

Выводы. Таким образом, эндоскопическое ассистирование операции при болезни Гиршпрунга у детей считается операцией выбора и является реальной альтернативой открытым операциям.

Н.А. Шарипова, М.Ч. Зарипова, А. Вохидов

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол»*

Цель исследования. Изучить особенности рентгенологических изменений в легких у новорожденных с внутриутробной пневмонией (ВУП).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 50 матерей и 50 доношенных новорожденных с внутриутробной пневмонией при гестационном возрасте от 38 до 41 недели.

Результаты исследования и их обсуждение. Дети с ВУП чаще рождались у женщин в возрасте 25-29 лет (38,0%). Увеличение частоты экстрагенитальных заболеваний и хронической патологии, влияет на развитие ВУП. В группе женщин, чьи новорожденные страдали ВУП, анамнез был отягощен у 84,0% матерей. У 86,0% новорожденных с ВУП отмечался периоральный и акроцианоз, втяжение межреберных промежутков у 74,0% обследованных, у 68% выраженная подкожная венозная сеть, снижение эластичности грудной клетки у 58%

детей. Мраморность кожных покровов была у 16,0%, повышение температуры у 8,0% детей. Апноэ в 6,0% случаев, тахипноэ у 16,0% новорожденных, монотонный крик у 20,0%, экспираторный стон – у 6,0% младенцев.

На рентген снимке установлено наличие в легких — справа, в нижних отделах, снижение пневматизации, усиление легочного рисунка с нечеткими контурами, купол диафрагмы не прослеживался. Слева — очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. ДЗ: Правосторонняя нижнедолевая пневмония, в случаях на 2-е сутки определена рентгенологическая картина БГМ: диффузное снижение прозрачности легочных полей, воздушная бронхограмма, границы сердца не различимы, «белые легкие»

Выводы. Рентгенологическое исследование позволяет провести дифференциальную диагностику внутриутробной пневмонии у новорожденных, основываясь на наличие специфических признаков.

Х. Ибодов, Р. Рофиев, А. Давлатов

УДВОЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

НОУ «Медико – социальный институт Таджикистана»

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Целью данного сообщения является наличие таких групп редких пороков развития как удвоение пищеварительного тракта, её сложность постановки диагноза, выбора хирургического лечения как редкое заболевание - дубликатура прямой кишки в сочетании с промежностной гипоспадией, скрытым половым членом, нейромышечной дисплазией везикоуретерального отдела и не рефлексирующим мегауретером справа, который не описан в периодической литературе.

Удвоения пищеварительного тракта составляет группа редких пороков развития, которые существенно различаются по внешнему виду, локализации, размерам и клиническим проявлениям. Частота встречаемости данной патологии составляет 1 случай на 4500 аутопсий. Удвоения могут локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта от корня языка до анального канала.

Например: ребенок С. родился 26.01.2021 года, обратились в клинику с жалобами на наличие образования в промежности, деформацией полового члена в виде крючка и отсутствием наружного отверстия уретры на обычном месте. Из анамнеза: ребенок болен с рождения, родился в условиях роддома ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» с весом 3000 гр. от первой беременности и первых родов. Беременность матери протекала с тяжелыми экстрагенитальными патологиями, ОРВИ, токсокоз в первом триместре, в дальнейшем пиелонефрит, анемия и угрожающий выкидыш. Ребёнок после родов был обследован и находился под наблюдением детского хирурга.

Общее состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы бархатистые, бледно розового цвета, подкожная клетчатка нормально развита. Со стороны дыхательной системы: дыхание самостоятель-

ное, при аускультации дыхание везикулярное. Сердцебиение ясное, ритмичное, пульс 134 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги и селезенка не пальпируется, стул самостоятельный, мочится свободно.

При осмотре в области промежности имеется образование размером 3,0 x 2,0 см ярко красного цвета. В просвете образования слизистый слой напоминает кишку, при пальцевом исследовании имеет полость глубиной 7 сантиметров. Сверху от образования имеется свищевое отверстие, из которого выделяется моча, задняя стенка уретры отсутствует. Наблюдается крючкообразно деформированный половой член. Мошонка нормально развита, яички находятся в полости мошонки.

Ребенок был госпитализирован с диагнозом «Врожденная аномалия развития наружных половых органов. Урогенитальный синус. Скрытый половой член».

В отделении ребенку проведены клинико – лабораторные и инструментальные исследования. Со стороны общих, биохимических анализов крови и коагулограммы патологических изменений не выявлено. В общем анализе мочи: белок – следы, лейкоциты – 10-12, эритроциты – 2-4. У больного был взят анализ на вирусные инфекции, в котором выявлены: цитомегаловирус 1:400 и вирус простого герпеса 1:200. Для уточнения пола ребенка был взят анализ на гормоны, которые соответствуют по мужскому типу (ЛГ, ФСГ, прогестерон, тестостерон, ХГЧ).

Со стороны УЗИ почек и мочевыводящих путей имеется сужение пузырно-мочеточникового сегмента с уретерогидронефрозом 1 степени справа. Со стороны УЗИ органов малого таза внутренние женские половые органы не выявлены. На УЗИ органов мошонки: размер

правого яичка 10 x 7 мм, левого яичка 9 x 6 мм. На внутривенной урографии на 7 минуте выделительная функция почек своевременная, справа немного ослаблена, на 30 минуте наблюдается наполнение почки и мочеточника справа с расширением мочеточника и лоханки. Больному проведена цистоскопия и ирригография, на которых патологий не выявлено. Для полного уточнения диагноза было проведено МРТ органов малого таза, в которой наблюдается незначительное недоразвитие мужских половых органов; внутренние женские половые органы не выявлены. У больного до операции был взят кусок ткани (биопсия) из образования и отправлен на гистологическое исследование, что представляет слизистую оболочку толстого кишечника.

Ребенку был поставлен диагноз «Врожденная сочетанная аномалия развития ЖКТ и мочеполовой системы. Удвоение прямой кишки. Нейромышечная дисплазия везикоуретерального отдела справа. Не рефлексующий мегауретер. Уретерогидронефроз 1 степени

справа. Промежностная форма гипоспадии».

Больной 20.11.2021 года был оперирован, операция «Удаление удвоенной прямой кишки». Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование, что представляет собой слизистую оболочку толстого кишечника с переходом на многослойный плоский эпителий с участками изъязвлений, грануляционной тканью и воспалительной инфильтрацией, гиперплазией лимфоидной ткани кишечника, хронический колит.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений с первичным заживлением раны. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией - наблюдение у врача детского хирурга.

Выводы.

1. Подобные случаи не описаны в периодической литературе.

2. Постановка диагноза и выбор хирургического лечения как редкое заболевание остается сложным.

Х.И. Ибодов, Р.Р. Рофиев, С.Б. Давлятов

ОСЛОЖНЕННЫЕ ЭХИНОКОККОВЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Актуальность. Эхинококкоз остаётся актуальной проблемой в области медицины. Литературные данные последних десятилетий (А.Т. Пулатов 2006; С.Б. Давлатов с соавт., 2017; Х. Ибодов с соавт., 2021) указывает, что заболеваемость не имеет тенденции к снижению. Вследствие поздней диагностики и возможных летальных исходов, больные не редко поступают в стационар в иноперабельной стадии (Р.Х. Шангареева с соавт., 2012 г.). Именно позднее поступление и диагностика является основной причиной послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Многообразие клинических проявлений эхинококкоза легких (ЭХ) создает определен-

ные трудности для ранней диагностики. В настоящее время среди хирургов нет единого мнения о сроках оперативного вмешательства и выбора способа хирургического лечения при осложненном эхинококкоза легкого (ОЭЛ).

Цель исследования: являлось выявление факторов, наиболее часто влияющих на развитие осложнений эхинококковых кист легких у детей.

Материалы и методы исследования. Прорыв эхинококковых кист в бронхи и плевральную полость у детей это наиболее частое осложнение, наблюдавшееся у 104 детей из 550 больных. Были проанализированы результаты лечения осложненных эхинококковых

кист легких у 104 детей в возрасте от 3 до 18 лет.

У 81 (77,9%) из 104 детей эхинококковые кисты (ЭК) были односторонними одиночными, а у 23 (22,1%) оказались множественными. ЭК по размеру (диаметр) остаточной полости (ОП) разделены: на средние, диаметр ОП 7-10 см – 40 (38,4%); большие 11 – 15 см- 35 (33,7%) и гигантские кисты диаметр ОП 16 – 20 см и более – 29 (27,9%). В основном осложнения наблюдались при средних, больших и гигантских ЭК, которые осложнились после прорыва в бронх (78,8%) и в плевральную полость (22-21,2%).

В первые сутки от начала развития осложнений поступили – 17 (16,3%), до недели – 28 (26,9%), до одного месяца – 25 (24,0%) и позже одного месяца – 34 (32,7%) детей. При поступлении состояние оценено удовлетворительным у 6 (5,8%), средне-тяжелым - у 48 (46,1%) и тяжелым - у 50 (48,0%).

Диагноз установлен на основании клинико-лабораторных, рентгенологических (обзорная рентгенография и томография), КТ, УЗ-х и функциональных методах исследования.

Все больные были разделены на две группы: 1-ая - основная группа (74 человек), в которой применялись модифицированные коллективом авторов методы ведения пациентов пред-, интра-, и послеоперационного периодов, тактики хирургического лечения, разработки и выбора оперативных вмешательств при осложненных ЭК, и контрольная группа (30 человек), в которой использовались традиционные методы ведения такой категории больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведение комплекса предоперационной, интенсивной терапии в зависимости от нарушения функции легких (обструкция, отек, инфильтрации, компрессия легких) и степени

выраженности нарушений гомеостаза.

При развитии внутриплеврального и внутрилегочного напряжения с клапанным механизмом и уменьшением дыхательной поверхности легкого в первую очередь производится снятие напряжения путем дренирования и аспирации (9), по показаниям - бронхоскопия (5). Показанием для бронхоскопии больным были: явления обструктивного синдрома, временная окклюзия бронхиальных фистул при синдроме сброса.

Удаление ЭК в основном проводили открытым способом с ликвидацией остаточной полости фиброзной капсулы (ФК). ЛОПФК осуществлялся с созданием междолевой или межсегментарной щели с модификацией (74), путем образования трех или четырех лоскутов с полной ликвидацией образующихся вогнутых поверхностей. В ближайшем послеоперационном периоде у 13 (12,5%) из 104 детей наблюдались осложнения. При этом в контрольной группе осложнения наблюдались у 7 (23,3%) из 30 больных. У больных основной группы в результате изменений принципы введения пред-, интра- и послеоперационного периодов, тактики хирургического лечения, разработки и выбора оперативных вмешательств при инфицированных ЭК осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались почти в 4 раза реже - у 6 (6,7%) из 74 детей.

Выводы. Таким образом, рациональная предоперационная подготовка, интра- и послеоперационное введение, разработанные и модифицированные эффективные способы интенсивной терапии, и методы разработанные в клинике ЛОПФК, восстановительного лечения получены положительные результаты у 91,8% больных.

Г.Х. Курбонова, Н. Мирзоева

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА НА ОСНОВЕ ГИДРООКСИ КАЛЬЦИЯ «KERR LIFE» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Курбонова Гулноз Хошимовна – и.о. заведующей кафедрой терапевтической стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Цель исследования. Изучение терапевтического эффекта лечебного материала на основе гидроокси кальция «KERR LIFE» при лечении глубокого кариеса.

Материал и методы исследования. Проведено обследование, лечение и динамическое наблюдение глубокого кариеса в количестве 20 зубов у 15 пациентов на протяжении последних 3-х лет на кафедре терапевтической стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Лечение глубокого кариеса проводилось в соответствии протокола лечения в двух посещениях: первое - раскрытие, расширение кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, медикаментозная обработка. На высушенное дно кариозной полости налагается лечебная паста «KERR LIFE» и герметично закрывается временной пломбой на 6 до 10 дней. Во время второго посещения при отсутствии жалоб удаляется временная пломба, повторно налагается лечебная паста, изолирующая прокладка Adhesor Carbofine (Адгезор карбофайн) и налагается постоянная пломба светоотверждаемый композит Escom.

Терапевтическую эффективность лечебного материала определяли по субъективным, объективным ощущениям и рентгенологическими данными через 10 дней, 6 месяцев и 1 год после пломбирования.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе динамического наблюдения

через 10 дней и через 6 месяцев 13 (86,7%) пациентов не предъявляли жалоб, отсутствовали болевые реакции на термическую пробу, перкуссии. В дальнейшем в течение года пациенты не обращались с жалобами по поводу ранее леченых зубов. При осмотре 18 (90%) зубов целостность и цветоустойчивость пломбы были сохранены, краевое прилегание пломб не нарушены. При первом посещении на рентгенограмме выявлена глубокая кариозная полость с тонким дентином слоем покрывающий рог пульпы. Через год после проведенного лечения отмечено утолщение слоя дентина над рогом пульпы за счет образования вторичного дентина.

В одном (6,7%) случае пациент на седьмой день после лечения обратился с жалобами на появление боли при употреблении горячего, при осмотре в 2 (10%) зубах выявлено нарушение целостности временной пломбы. В обоих случаях проведено соответствующее лечение (в первом случае - повторное наложение лечебной пасты, а во втором проведено эндодонтическое лечение с последующим пломбированием).

Выводы. При сравнении показателей субъективных, объективных и рентгенологических данных в динамике наблюдается удовлетворительный терапевтический эффект лечебного материала на основе гидроокси кальция «KERR LIFE» при лечении глубокого кариеса.

К.Дж. Пулотов

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Пулотов Камолджон Джамолович – к.м.н., зав. кафедрой общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» тел: (+992) 93-845-45-09, электр. почта: kamolendos@mail.ru

Цель исследования. Определить эндоскопическую тактику удаления инородных тел из нижних дыхательных путей у детей.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты клинических случаев 38 детей с инородными телами дыхательных путей поступивших в детское хирургическое отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» за период 2016 по 2018 годы. В основном применялись рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациентов составил от 1 до 12 лет, девочек – 12 (31,6%), мальчиков - 26 (68,4%). Сроки поступления в стационар варьировали от 4-24 часов до 3 месяцев от момента попадания инородного тела в НДП. Локализация инородного тела на момент поступления подтверждено рентгенологически следующей: область бифуркации - 21 (55,2%), правый бронх – 13 (34,2%), и левый бронх - 2 (5,2%) случаев соответственно. Чаще всего в наших наблюдениях встречались семечки, пластмассовые детали от игрушек. В 2 случаев инородное тело не было выявлено. Органическая природа аспирированных предметов установлена в 88,4% детей, неорганическая - у 11,6%.

В день поступления инородные тела успешно удалены во время бронхоскопии у 90% детей, в 10% случаев после соответствующей подготовки предпринимались двух-, трехкратные попытки, закончившиеся тоже успешным удалением аспирированных предметов. Удаление инородных тел из просвета НДП проводили под общим обезболиванием, видеобронхоскопом Karl Storz» (Германия) с

наружным диаметром 0,5 см и рабочим каналом 2 мм. В процессе удаления инородных тел использовались захватывающие устройства типа «крокодил», биопсийные щипцы и петля. У 6 (23,0%) пациентов после удаления инородных тел с поверхностными контактными эрозиями, назначалась антибактериальная санационная терапия и препараты, обволакивающие поврежденную слизистую оболочку для улучшения ее регенерации. Перфорации органа в наших наблюдениях не зафиксировано.

В 3 случаев инородное тело не было удалено, в связи с поздним обращением, выраженными явлениями деформирующего эндобронхита и разрастанием грануляционной ткани. В этом случае выполнена торакотомия, бронхотомия и удаление инородного тела, пациенту с «неудаляемым» инородным телом долевого бронха. В одном случае проведена нижняя лобэктомия - при длительно стоящем инородном теле, осложненным мешотчатыми бронхоэктазами. Послеоперационный период у этих пациентов протекал гладко.

Критериями клинического выздоровления у больных со сроком пребывания инородного тела в бронхиальном дереве не более десяти дней мы считали удовлетворительное состояние, отсутствие кашля, нормализацию физикальной и рентгенологической картины в легких, полное стихание воспалительных явлений в трахеобронхиальном дереве, подтверждаемое эндоскопическим методом.

Выводы. При локализации инородных тел в нижних отделах дыхательных путей наиболее рациональным способом удаления является эндоскопическая экстракция. Выбор эндоскопического удаления инородных тел,

прежде всего, определяется местом ее фиксации, характером повреждающего воздействия

на стенку органов и развившимися ранними и поздними осложнениями.

К.Дж. Пулотов

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Пулотов Камолджон Джамолович – к.м.н., зав. кафедрой общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» тел: (+992) 93-845-45-09, электр. почта: kamolendos@mail.ru

Цель исследования. Обеспечение безопасности пациентов и поддержание работоспособности сотрудников системы здравоохранения при проведении бронхоскопии пациентов с тяжелым течением коронавирусной пневмонией COVID-19.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты клинического исследования и лечения 18 тяжелых больных с диагнозом коронавирусная пневмония ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» города Душанбе, а также 12 пациентов различных регионов лечебно-профилактических учреждений районов республиканского подчинения (РПП) при экстренном вызове бригады врачей эндоскопистов.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая пандемию COVID-19 и постоянный рост числа подтвержденных случаев COVID-19 на территории Республики Таджикистан, подготовлено относительное показание по безопасному и эффективному применению бронхоскопии у пациентов с подтвержденными случаями COVID-19. Следует отметить, что получение образцов верхних дыхательных путей путем назофарингеального мазка **является главным и предпочтительным методом диагностики инфекции, и** рекомендуется выполнять независимо от срока появления симптомов.

Бронхоскопия по сути своей является процедурой, в ходе которой генерируется аэро-

зольные частицы, что подвергает потенциальному риску заражения пациентов и персонал. Бронхоскопическое исследование показали, что у 26 (87%) больных с тяжелым течением коронавирусной инфекции эндоскопическая картина слизистой оболочки главных, доле-вых и сегментарных бронхов протекает по типу катарального воспаления бронхита 1-ой степени. При этом просвет трахеи и бронхов, доступных осмотру овальной формы, межбронхиальные шпоры узкие и ровные, слизистая оболочка умеренно отечная. Секрет в бронхах прозрачный, слизистый в небольшом количестве. При дыхании стенки трахеи и бронхов подвижны. Лишь у 4 пациентов, которые длительное время находились на ИВЛ, при бронхоскопии получены гнойные слепки. Эндоскопическая картина для них была характерно для бронхита 2-ой степени интенсивности воспаления. При этом фибробронхоскопию проводили через тройник при аппаратной ИВЛ, под контролем оксигенации крови выше 75%. Полученные данные указывают на то что бронхоскопическое исследование должно иметь крайне ограниченное применение, и рассматриваться только у интубированных пациентов при отрицательном результате первичного теста (орофарингеальный мазок).

Бронхоскопия, так же как реанимационные мероприятия, ингаляционная терапия или респираторная физиотерапия, значительно увеличивает распространение вируса и риск

заражения медицинского персонала.

Вывод. Таким образом, фибробронхоскопия имеет ограниченное значение из-за значительного риска заражения, и *противопоказана* пациентам с подтвержденной COVID-19. Она должна по возможности отложена до момента полного восстановления пациента и подтверж-

дения отсутствия рисков передачи инфекции. Бронхоскопия по экстренным/жизненным показаниям должна рассматриваться только в том случае, если вмешательство сочтено абсолютно необходимым, либо оттягивание момента выполнения процедуры значительно повлияет на прогноз у конкретного пациента.

Г.Х. Курбонова, М. Махмудов, С. Сатторов

КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ ДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ ОПОРНЫХ ЗУБОВ НА ЭТАПАХ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Курбонова Гулноз Хошимовна – и.о. заведующей кафедрой терапевтической стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». Email-gulnozshoshimovna@gmail.com. Тел: (+992) 918 43 43 77.

Цель исследования. Провести качественный и количественный анализ микрофлоры десневой борозды опорных зубов на этапах протезирования.

Материалы и методы исследования. Для бактериологического исследования содержимого десневой борозды зубов, применялись стерильные эндодонтические бумажные штифты, которые вводились в пораженную воспалением десневую борозду, после чего они помещались в специальную транспортную среду Шедлер бульон (Schadler Broth BBI, USA). С целью определения аэробных и анаэробных бактерий использовались специальные питательные среды: Columdia agar и Anaerobe Blood agar, Champen Mannitol agar; Saburo Dextrose agar; MRS agar; Shadler agar.

Результаты исследования и их обсуждение. Основные показатели качественного и количественного анализа у пациентов с

воспалительным поражением краевых пародонтальных тканей протетического гонеза при анализе состава микрофлоры в области десневой борозды не были выявлены Streptococcus Anhaemaliticus, Lactobakterium spp., Streptococcus salivaris и Bifidobacterium spp., тогда как в группе контроля наличие данных бактерий наблюдалось в 12,28%, 7,01%, 3,51% и 7,01% случаев, соответственно.

Выводы. В ходе исследования бактериальной флоры, выделенных из десневой борозды опорных зубов, было обнаружено, что у наблюдаемых нами больных из основной группы показатели контаминации аэробных микроорганизмов в десневой борозде опорных зубов оказалось значительно выше, чем у пациентов из контрольной группы. Показатели бактериальной контаминации анаэробными патогенами у больных основной группы ниже, чем у пациентов из контрольной группы.

Х.Ш. Рофиева

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.

НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана»

Рофиева Халима Шарифовна – к.м.н., зав. кафедрой терапии НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана». E-mail: halima_rofieva@mail.ru., тел: (+992) 901 00 51 55

Цель исследования. Изучение показателей липидного спектра крови у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Государственном учреждении «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе в период с 2019 по 2022. Исследовано 150 женщин с острым инфарктом миокарда, находящихся на стационарном лечении в отделение кардиологии Государственного учреждения «Медицинского Комплекс Истиклол» в возрасте от 45 лет до 60 лет в перименопаузальном периоде. В зависимости от степени нарушения менструальной функции все пациентки были разделены на 2 группы: I группу составили 85 женщин в пременопаузальном периоде, а также женщины, у которых регистрировался нерегулярный менструальный цикл за последние 3-11 месяцев (средний возраст-45,1±6,6 лет). Во II группу были включены 65 женщин (средний возраст 60,6±4,6 лет), у которых менструальная функция не наблюдалась более 1года, т.е. женщины в постменопаузальном периоде. От характера поражения и локализации инфаркта миокарда в I подгруппе женщин перименопаузального периода инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) наблюдался у 29 женщин (34,1%), и инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST (ИМбпST) – 56 женщин (65,9%). С точки зрения топической диагностики: передней стенки в I подгруппе наблюдалось у 52 женщин (61,2%), а задней стенки – у 33 женщин (38,8%). Во II подгруппе обследуемых распределение внутри группы по распространённости и топике было следующим: 28 (43,1%) и 37 (56,9%),

задней стенки 36 (55,4%) и 19 (29,2%) соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении сравнительной оценки показателей уровня липидного спектра крови у женщин с острым инфарктом миокарда в перименопаузальном периоде, нарушения липидного профиля крови в сравниваемых группах существенно отличались, тогда как у контрольной группы по сравнению женщин I группы в целом с 2 группой женщин отмечается нарушение уровня липидного спектра крови (средняя концентрация составляла для ОХ–6,7 ммоль/л, ХЛПНП-10,8ммоль/л, ХЛПВП-5,7 ммоль\л и для ТГ-2,23 ммоль/л, были выше нормы. Показатели липидного профиля женщин постменопаузального периода достоверно отличается от изменений липидного профиля крови женщин в перименопаузальном периоде она 1,5 раза превышала у второй группы женщин старше 60 лет в постменопаузальном периоде по сравнению с первой группой женщин в перименопаузальном периоде в возрасте от 45до 60лет.

Выводы. Таким образом, у всех женщин острым инфарктом миокарда отмечались выраженные атерогенные сдвиги в липидном спектре крови с высокими уровнями ХЛПНП, ТГ и низкими - ХЛПВП, по сравнению со здоровыми женщинами. Для группы женщин репродуктивного возраста, учитывая их гормональную защищенность, подобные результаты оказались неожиданными. Концентрации ОХ и ХЛПНП в обеих группах превышали нормальные значения, которые увеличивают риск развития повторного ИМ у женщин климактерического периода.

Ш.Дж. Яхшибекова, Х. Ибодов, Д.С. Мирзоев, А. Давлатов

ТРАНСПОРТИРОВКА НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана»

Яхшибекова Шарофат Джафаркуловна – к.м.н., ассистент кафедры НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», *sharofat1966@inbox.ru*; тел: (+992) 93 530 39 94

Цель исследования. Оптимизация транспортировки новорожденных с аноректальными пороками развития в специализированных хирургических центрах для оказания неотложной помощи.

Материал и методы исследования. По результатам исследования 120 новорожденных, межгоспитальная транспортировка в хирургический стационар в 62,5% (75 больных) осуществлялось самовывозом, на попутной машине, 25,0% (30 больных) вывоз организован педиатрической бригадой и 12,5% (15 больных) эвакуированы в специализированный хирургический стационар реанимационной бригадой скорой помощи для новорожденных.

При межгоспитальной транспортировке пациентов в перспективной группе отмечается превалирование мальчиков и девочек с массой тела при рождении до 3000 г. Одинаковое поступление мальчиков и девочек отмечалась с массой тела - до 1500 г.

Анализ зависимости летального исхода от времени и вида межгоспитальной транспортировки выявил, прямую зависимость от вида транспорта. Так, при условиях самовывоза летальность составила 61,3% (46 больных), тогда как при транспортировке реанимационной бригадой для новорожденных – 6,7% (1 больной).

Результаты исследования и их обсуждение. Транспортировка больных, особенно в период новорожденности, при пороках развития аноректальной области из роддомов для хирургической коррекции производится реанимационной бригадой, состоящей из медицинского персонала, обученного решению проблем реаниматологии и неонатологии.

Транспортировка новорожденных, вклю-

чая неонатальный, возраста с аноректальными пороками развития из родильных домов производилась, специально обученной медицинским персоналом для проведения реанимационных мероприятий детям, которая входила в состав Городской клинической больницы СМП г. Душанбе.

У новорожденных в период адаптации, на фоне аноректального порока развития имеет место дисфункция органов и систем, что значительно усложняет решение вопросов транспортировки. От правильного решения вопроса транспортировки зависит дальнейшая судьба ребенка и последующее течение заболевания. До решения вопросов транспортировки необходимо в полной мере оценить все параметры жизнеобеспечения и провести коррекцию выявленных нарушений.

Перевод пациентов неонатального периода производился в радиусе в среднем до 130 км. При этом продолжительность времени перевода из одного стационара в другой составляла $1,7 \pm 0,4$ часа. В основном новорожденные с пороками развития аноректальной области переводились в специализированные стационары для хирургического лечения.

Перед переводом всего у 40,2% новорожденных осуществлялась оценка параметров гемодинамики и с одновременной коррекции дисфункции органов и систем.

Все новорожденные с пороками развития аноректальной области транспортировались в клинику детской хирургии ГОУ Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, медицинский комплекс «Истиклол». Из них по г. Душанбе 35,6% новорожденных, продолжительность времени в пути при транспортировке было не более $35,2 \pm 11$

минут. Перевод пациентов согласовывался между клиниками в 65,9% случаях. Перевод пациентов не был согласован в 34,1% случаях, при этом подготовки к переводу не было проведено, что было основным недостатком во всех случаях. Анализ условий транспортировки детей из родильных домов показал, что перевозка новорожденных с пороком развития аноректальной области в 29,8% производилась в зимнее время, на реанимационной машине детским врачом по городу Душанбе. При этом пациент перевозился в критическом состоянии без соблюдения необходимых условий транспортировки (поддержание тела в определенном положении, обогрев, кислородная поддержка). При транспортировке новорожденных из районов осуществлялась летом и осенью не в подготовленном транспортным средством. Новорожденных сопровождал медицинской сестрой в 52% случаев, без кислородной поддержки. Во время перевозки не производился контроль параметров кровообращения и насыщенности кислорода. Перевозка пациентов неонатального возраста из районов осуществлялась на

необорудованном транспорте (нет источника кислорода, минимальное оборудование).

Анализируя вышеприведенные данные, выявляется большая роль причин дисфункций системы кровообращения, нарушения дыхания, расстройства термодинамики у пациентов с пороками развития пищеварительного тракта при необоснованном переводе.

У новорожденных после транспортировки развивались ощутимые изменения в состоянии органов и системах организма. Отмеченные развитие полиорганной недостаточности, это существенно влияли на условия выхаживания и проведение своевременное оперативное лечение. В патологический процесс чаще всего вовлекаются дыхательная, сердечно-сосудистая, мочевыводящая, а также центральная нервная системы.

Выводы. Учитывая географические особенности рельефа республики Таджикистана, организация специализированных центров для оказания неотложной хирургической помощи является целесообразным.

Г.Х. Курбонова, М.М. Эгамова, Н. Мирзоева

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Курбонова Гулноз Хошимовна – и.о. заведующей кафедрой терапевтической стоматологии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”. Email-gulnozshoshimovna@gmail.com. Тел: (+992) 918 43 43 77.

Цель исследования. Провести анализ показателей уровня витамина D среди студентов института и выявить ее роль в образовании кариеса зубов.

Материал и методы исследования. В течение одного года на базе кафедры терапевтической стоматологии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана” проведено обследование 46 студентов на предмет выявления кариеса зубов. Обнаружено 106 множественных кариозных зубов у 20 студентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный анализ среди студентов показал, что из 46 студентов 20 страдают множественным кариесом зубов.

Проведено обследование 20 студентов страдающих с множественным кариесом зубов на содержание витамина D с помощью аппарата Векман (методика американского реагента закрытого типа) в лаборатории Фараби. Результаты выявили, что у 12 пациентов (60%) уровень витамина D 1-9 нг/мл (выра-

женный дефицит), у 5 пациентов (25%) 10-20 нг/мл (дефицит витамина D) и у 3 (15%) пациентов выявлено 20-30нг/мл (недостаточность витамина D).

После выявленного дефицита витамина D у 20 студентов, 12 пациентам с выраженным дефицитом назначена недельная доза витамина D в соотношении 1:200000 МЕ (в апм.) в течение месяца, 5 пациентам с дефицитом витамина D назначен витамин D в соотношении 1:200000 МЕ 3 раза в месяц, а 3 пациентам с недостаточностью витамина D назначен витамин D в соотношении 1:200000 МЕ 2 раза

в месяц.

По результатам проведенного лечения были выявлены (от общего количества 20 пациентов) у 12 (60%) пациентов уровень витамина D в сыворотке крови повысился до 30-80 нг/мл, а у 5 (25%) пациентов витамин D в сыворотке крови составил 30-90нг/мл и у 3 (15%) пациентов составил 30-100нг/мл.

Вывод. В результате лечения удалось остановить процесс развития кариеса зубов и вылечить кариозные зубы в соответствии с протоколом лечения разного течения кариеса.

И.А. Гундаров, Е.Г. Пономарева

ЗАДАЧИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

Академия труда и социальных отношений, Москва, Россия

Введение. В России нарастает демографический кадровый кризис. Численность населения трудоспособного возраста ежегодно сокращается почти на миллион. Для нормализации ситуации оказалось недостаточным существующих социальных и миграционных ресурсов.

Цель – нахождение инновационных демографических источников, обеспечивающих в экономике кадровую стабильность.

Материалами исследования служат официальная государственная статистика и опубликованные результаты собственных работ.

Методы исследования: статистический, аналитический.

Результаты и обсуждение. Обнаружены высокие уровни заболеваемости, инвалидности, смертности, приводящие к большим кадровым потерям. Снижение их на треть эквивалентно увеличению численности работающих на 600-700 тысяч в год. Инструментом решения проблемы предложена модернизированная трёхэтапная система ежегодной диспансеризации населения. Задачей первого этапа ставится скрининг на выявление лиц с избыточным риском инвалидности и смертно-

сти. Таковых – не более 3% работоспособных граждан. Используется инновационная бесприборная технология ЭСКИЗ-РИСК. Обследование проводится на здравпунктах предприятий без отрыва от производства. Задачей второго этапа является подтверждение высокого риска и в случае его наличия изучаются патофизиологические механизмы. Используется реографическая технология ЭСКИЗ-РЕЗЕРВ. Для коррекции риска изучается образ жизни в широком диапазоне условий с помощью социальной технологии ЭСКИЗ-ОБРАЗ ЖИЗНИ. Вводится третий коррекционный этап, осуществляющий реабилитацию резерва здоровья и контроль над устойчивостью достигаемых результатов. Используются средства и технологии, влияющие на микроциркуляцию и основной обмен организма: психологическая коррекция, плацеботерапия, курсы гипоксически-гиперкапнического дыхания, скипидарные ванны, приём адаптогенов и антивозрастных биодобавок, оптимизация двигательной активности, нормализация привычек поведения, образа жизни и производственных условий.

Этапность работы позволяет не распылять ресурсы по всему населению, а «точеч-

но» направлять на реально нуждающихся. В результате обеспечивается десятикратная экономия, гарантируя ресурсную надёжность диспансеризации.

При профилактической работе пациент обычно занимает пассивную позицию. Одна из причин – отсутствия личного контроля над эффективностью рекомендаций. Для мотивированного сотрудничества даётся величина персонального риска и возможность следить за его динамикой. В такой ситуации врач окажется вынужденным подбирать реально действенные для пациента профилактические средства.

На малых предприятиях создаются кустовые кабинеты здоровья или используются мобильные медицинские бригады. Малая затратность и простота технологий ЭСКИЗ адекватны условиям муниципального здравоохранения. Ими должны оснащаться сельские амбулатории и ФАПы для внедрения персонализированной профилактики в масштабах местного самоуправления.

Изложенный объём работы требует знаний, умений и времени, которыми поликлинический врач не располагает. Необходим специалист более широкого профиля, осуществляющий межсекторную координацию на индивидуальном уровне, имеющий подготовку по социальной работе, восстановительной медицине, психологии, гигиене, охране труда. Перечисленное составляет компетенции цехового специалиста по медико-социальной работе (социального врача). Цеховой (социальный) врач – это специалист по медико-социальной работе, занимающийся профилактикой трудовых потерь через управление физическими и психическими резервами организма, образом

жизни и условиями труда. Этим обусловлена необходимость открытия на предприятиях медицинских кабинетов и введения института цеховых и офисных врачей. В их работе важная роль отводится сотрудничеству с профсоюзной организацией.

Заключение. 1. Взаимодействие потенциала социальной службы с системой здравоохранения позволит компенсировать дефицит медицинских кадров при организации широкой профилактической работы. Для подготовки специалистов по медико-социальной работе (социальных врачей) в Академии труда и социальных отношений (Москва) разработаны и реализуются соответствующие программы дополнительного профессионального образования.

2. Обнаружено нарастание кадрового демографического коллапса в России. Существующие социальные и миграционные возможности не обеспечивают решения проблемы. Для выхода из кризиса предлагается снижение потерь от высокой заболеваемости, инвалидности, смертности. Инструментом профилактики может быть модернизированная 3-х этапная диспансеризация. Первый этап – на здравпунктах предприятий проводится скрининг для выявления 3% работников с высоким летальным риском, второй этап – изучение его механизмов и факторов нездорового образа жизни, третий этап – коррекция риска с использованием традиционных и инновационных технологий. Переход от популяционной профилактики к адресной персонализированной позволит снизить потери на треть при многократной экономии ресурсов.

А.Ж. Хамраев, Ш.Ш. Жураев

ГЕМОРРОЙ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Республика Узбекистан

Актуальность. Геморрой у детей встречается гораздо реже. По данным, среди всех врожденных и приобретенных заболеваний толстой кишки и промежности встречается

до 8%. Причины развития, особенности клинического течения в детском возрасте мало изучены. Учитывая редкость встречаемости данной патологии, особенности диагностики

и клинического течения требуют дальнейшего изучения.

Цель: Улучшить результаты диагностики геморроя у детей, путем изучения особенностей клинического течения.

Материалы и методы: На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 71 больных детей с геморроем в возрасте: до 1 года – 3 (4,2%); 1–3 лет – 21 (29,5%); 3–6 лет – 30 (42,2%); 7–12 лет – 11 (15,5%); 13–18 лет – 6 (8,4%). Выявлена наружная форма – у 64 (90%); комбинированная – у 7 (10%). Мальчиков было – 56 (78,8%), девочек – 15 (21,2%). Локализация (подушки) узлов определяли по часовому циферблату в положении лежа на спине больного. Всем больным проводились обследования: общеклинические, лабораторные, физические нагрузки путем приседания, ректальные пальцевые исследования, аноскопии и ректоскопии. Дополнительно проводили УЗИ с доплером, полипозиционную ирригографию, ректороманоскопию для изучения моторно-эвакуаторных нарушений у детей.

Результаты и их обсуждение. При клиническом изучении, основной причиной геморроя у детей явились: упорные запоры – у 39,1% больных; усиленная диарея с частыми позывами – у 21,7%; двухмоментный акт дефекации (длительного сидения и натуживания) – у 13%; напряжения в спорте – у 13%; заболевания легких (усиленный, непрерывный кашель) – у 6,5%; камень или сужение уретры (напряженное мочеиспускание) – у 6,5% и др.

У больных геморроем, в анамнезе которых отмечались упорные запоры (39,1%), при ирригографии установлены причины долихосигмы и мегаректум, к развитию которых привели долгое сидение и натуживания в горшке. У больных с диареей при ректороманоскопии выявлена картина хронического проктита, проктосигмоидита и дизбактериоза кишечника.

Высокая частота встречаемости отмечена у 54 (75,9%) больных в дошкольном и у 15 (21,1%) в школьном возрасте. В анамнезе у 18 (25,3%) больных детей отмечено наличие геморроя у близких родителей.

При первичной диагностике геморроидальные узлы (ГУ) чаще локализовались на 3, 7 и 11 часах условного циферблата при положении больного на спине. Размеры геморроидальных узлов составили от 0,5 см. до 2,5 см в диаметре. Выпячивания ГУ отмечено в виде наружных 1,2,3 узлов – у 41 (57,7%) и подушках (слияние узлов) – у 30 (42,3%) больных. Количество ГУ: с одним – у 39 (55%) больных; с двумя – у 15 (21%); с тремя – у 17 (24%). Локализация 30 подушек составили: левая боковая (на 2-5 часах) – у 12 (40%); правая задняя (на 6-9 часах) – у 11 (36,6%) и правая передняя (на 10-12 часах) – 7 (23,4%). Геморроидальные узлы после акта дефекации имели транзиторное характер – у 35 (70%) и постоянный – у 15 (30%) больных. Среди последних у 9 (12,6%) больных отмечено тромбоз ГУ.

Геморрой у детей дошкольного возраста клинически протекал в более атипичной форме с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. У них часто было отмечено беспокойство ребенка на фоне чувства дискомфорта в области заднего прохода после акта дефекации. У детей школьного возраста к этому присоединились зуд и боли в области заднего прохода, которые объясняются присоединением воспалительного процесса. При тромбозе у детей старшего возраста отмечались затрудненная и болезненная акт дефекации с минимальными кровотечениями.

Выводы: Геморрой у детей часто встречается в дошкольном возрасте с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. После акта дефекации выпячивание геморроидальных узлов часто имеет транзиторный характер.

А.Ж. Хамраев, У.А. Хамроев

ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ КОРРЕКЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Республика Узбекистан

Актуальность. После первичной хирургической коррекции аноректальной мальформации (АРМ) на фоне ее осложнений, возникают послеоперационная недостаточность анального сфинктера (ПНАС) у 10-60% детей. Неудовлетворительные результаты повторной хирургической коррекции (ПХК) при лечении ПНАС у детей, вызывают необходимость интенсивного поиска эффективных методов диагностики, тактики и методов хирургического лечения, что является актуальной проблемой детской колопроктологии.

Цель. Улучшение результатов ПХК у больных с ПНАС, путем изучения причин возникновения осложнений, оптимизации тактики, интра- и послеоперационных мер профилактики.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 102 больных за последние 17 лет с ПНАС, после первичной хирургической коррекции АРМ на базах кафедры детской хирургии ТашПМИ, СамГосМИ. ПХК произведена в виде: ППП - у 46,5% больным; БППП - у 25,8%; ПСПП - у 17,2%; ЗСПП – у 10,3% больным. Больные по поводу ПНАС оперированы: двукратно – 58,6%; трёхкратно – 29,3% и четырёхкратно и более – 12%. Всем больным проведены клинико-лабораторные, специальные (пальцевое ректальное исследование, бужирование прямой кишки, проба Россолимо), рентгенологические (обзорная рентгенография костей таза, полипозиционная ирригография, фистулография, цистография, уретрацистография), дополнительные (МРТ, УЗИ органов малого таза и тазового дна) и функциональные (ЭМГ, ЭНМГ) методы исследования для комплексной оценки общесоматического и местного статуса больных, анатомио-функционального состояния органов малого таза, промежности на этапах хирургической коррекции.

Больные были распределены на 2 группы. Первая (основная) группа (55 больных) – получившие перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение по разработанной тактике. Вторая (контрольная) группа (47 больных) - перед повторной операцией не получившие реабилитационное лечение по традиционной тактике.

Результаты и их обсуждение. При тщательном изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных, нами было выявлено, что неудачная первичная хирургическая коррекция АРМ и её осложнения развивались на почве диагностических (39%), тактических и технических (61%) ошибок. Диагностические ошибки - неправильное определение высоты атрезии, недиагностирование свищей уретры, первичная неточная идентификация пороков; тактические ошибки - неправильный выбор показания и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы; технические - ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки.

При повторно-реконструктивных операциях (ПРО) придерживались следующих тактических и технических приёмов: по возможности обходиться без лапаротомии, минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. ПРО выполнялись в более сложных условиях, чем первичные и с меньшими возможностями выбора оперативного метода, что усугублялось наличием грубых рубцовых изменений тканей промежности. При выборе ПРО оптимизиро-

вали хирургические методы по устранению дефекта и осложнений предыдущих операций и профилактики их причин. Результаты ПРО показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно проводить между операциями местное противовоспалительное и противоспаечное реабилитационное лечение, как профилактика разрастания рубцовой ткани. Проводить электромиостимуляции анального жома и БОС терапии для улучшения кровоснабжения, иннервации, улучшения трофики местной ткани и повышения тонуса сфинктерных мышц. Проводить электрофорез с лидазой на область промежности и бужирования с баллонодилатацией при стенозе заднего прохода. В результате комплексного

реабилитационного лечения перед ПХК на 24,8% улучшились клинические результаты лечения. Таким образом, предложенная тактика комплексного лечения ПНАС у детей позволила улучшить результаты на 85,5%, путем выявления причин осложнений первичных и повторных операций, оптимизации хирургической тактики и полноценного комплексного реабилитационного лечения и снижения количество ПРО - в 1,5 раза.

Выводы. Для улучшения результатов повторных операций на аноректальной зоне у детей, эффективными являются перед каждой корректирующей операцией проведение местного лечения улучшающие кровоснабжения и противорубцовая терапия.

Х.И. Ибодов, Х.М. Мираков, Т.Ш. Икромов, Н.С. Ибодов, Г.Х. Ибодова

ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико – социальный институт Таджикистана»,

ГУ «Республиканский научно – клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Актуальность проблемы. В настоящее время, несмотря на решение многих вопросов диагностики и лечения детей с врожденной обструкцией везикоуретерального сегмента мочеточников все ещё остаётся высоким послеоперационным осложнением, частота, которой достигает до 40%. Летальность после повторных операций составляет до 9%.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения нарушения уродинамики дистального отдела мочеточников у детей связаны с врожденной нейромышечной дисплазией.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты диагностики и лечения 110 детей с уретерогидронефроза на фоне нейромышечной дисплазии. Всего оперированы – 84 (76,3%). Уретерогидронефроз слева

у 62 (56,4%), справа – у 40 (36,4%) и двусторонний – у 8 (7,3%) детей. Возраст детей были следующее: от 1 мес. до 1 года – 45 (40,9%), от 1 года до 3 лет – 34 (30,9%), от 3 до 7 лет – 22 (20,0%), от 7 до 16 лет - 9 (8,2%).

Уретерогидронефроз антенатально диагностирован у 28 (25,5%) детей. У 82 (74,6%) диагноз уретерогидронефроз установлен после рождения до 16 лет. От общего количество больных выявлено следующее: уретерогидронефроз I ст.- 25 (22,7%), II ст. – 43 (39,1%), III ст. – 31 (28,2%), IV ст. - 11 (10,0%).

У 110 больных с уретерогидронефрозом, хронической болезнью почек диагностировано: I ст - у 45 (40,9%); II ст. – у 34 (30,9%); III а ст. – 12 (10,9%); III б ст. -7 (6,4%), IV ст. – 10 (9,1%); V ст. – 2 (1,8%). Больные в зависимости от вида операции были распределены

на 3 группы: I группа оперирована по методу Политано - Лидбеттера, II группа по методу Коэна, III группа методом экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой.

Детям с уретерогидронефрозом проведено полное клиническое, лабораторное и рентгеновское исследование.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей с уретерогидронефрозом определено происходит нарушение клубочковой фильтрации. При I стадии ХБП 45 (40,9%) у детей с уретерогидронефрозом наблюдается достоверное снижение ($p < 0,001$) удельного веса мочи, при этом отмечалось не достоверное снижение клубочковой фильтрации, которая составляла $89,1 \pm 3,4$ мл/мин. Во II стадии ХБП 34 (30,9%) отмечается тенденция к снижению КФ ($84,3 \pm 3,6$ мл/мин), при увеличении уровня креатинина на 4,9%. В III стадии ХБП 12 (10,9%) снижение показателя СКФ - $56,6 \pm 2,4$ мл/мин ($p < 0,05$) на фоне снижения концентрационной способности почек, повышение креатинина 18,3% ($p < 0,01$). Это соответствует стадии субкомпенсации. В III б стадии ХБП 7 (6,3%) СКФ $41,2 \pm 3,8$ мл/мин. У детей IV стадии ХБП 10 (9,1%) СКФ менее $25,7 \pm 2,8$ мл/мин ($p < 0,05$). Снижение скорости клубочковой фильтрации на уровне $25,7 \pm 2,8$ мл/мин считается резким снижением и относится к тяжелым нарушениям функции почек. У детей V стадии ХБП 2 (1,8%) СКФ $12,7 \pm 1,9$ мл/мин ($p < 0,001$). Снижение скорости клубочковой фильтрации на уровне менее 15 мл/мин. считается тяжелым нарушением. Тяжелые стадии ХБП наблюдались у детей с IV-V ст. мегауретера с длительным течением болезни, а при I – II ст. нарушение функции почек не выявлены. При одностороннем мегауретере даже при тяжелой степени мегауретере грубые нарушения функции почки не выявлены. Это доказывает, о компенсаторной способности функции почек у детей с мегауретером.

При проведении УЗИ детей до одного года 45 (40,9%) были выявлены:

Уретерогидронефроз I ст. у 9 (20,0%) детей, характеризовалась незначительным увеличением размеров почки $48,2 \pm 1,5$ мм, экзогенность паренхимы не нарушена, толщина до

$8,1 \pm 0,9$ мм. Размер лоханки составляет $9,6 \pm 0,5$ мм. Расширение мочеточника на всем протяжении, в терминальном отделе $8,3 \pm 0,6$, а в проксимальной части $3,4 \pm 0,5$ мм. При ЦДК почечный кровоток не нарушен. У 16 (35,6%) детей отмечалось уретерогидронефроз II ст. На УЗИ отмечалось размеры длины почек $50,4 \pm 2,3$ мм, толщина паренхимы $8,3 \pm 0,4$ мм. Лоханки $11,4 \pm 0,8$ мм. Мочеточник расширен в дистальной части $8,6 \pm 0,6$, а в проксимальной $5,2 \pm 0,5$ мм. Кровоток в почке сохранен. У 14 (31,1%) новорожденных III ст. уретерогидронефроза определялось расширение размеров почки $52 \pm 2,9$, толщина паренхимы $4,6 \pm 0,4$ мм. Лоханки $15,2 \pm 0,8$ мм. Расширение мочеточника в дистальном отделе $10,3 \pm 0,8$ мм, а в проксимальной $5,5 \pm 0,9$. Почечный кровоток обеднен. Уретерогидронефроз IV степени у 6 (13,3%) больных, на УЗИ уменьшение толщины паренхимы до $3,2 \pm 0,4$ мм. Лоханка больше 15 мм. Мочеточник расширен в терминальной части составляет $12,4 \pm 1,8$ мм, проксимальная часть $8,2 \pm 0,7$ мм. Почечный кровоток частично не прослеживается до коркового слоя.

Мультиспиральная КТ с контрастированием и 3Д изображение выполнены у 54 больных: I ст. - 16, II ст. - 18, III ст. - 15, IV ст. - 5. Данная методика позволяет определить расширение мочеточников и чашечно-лоханочной системы во всех плоскостях, положениях и локализации обструкции. А так же определяет сосудистую сеть почки и ее гемодинамику. По данной методике обследовано 53 детей с нейромышечной дисплазией дистального отдела мочеточников.

Заключение. Основными критериями диагностики нарушения функции почек при уретерогидронефрозе у детей являются показатели клубочковой фильтрации, ультразвуковое исследование почек и мочевыделительной системы, спиральная компьютерная томография мочевой системы в режиме 3Д изображение с контрастированием. Применение современных диагностических методов позволяет своевременно определить степень уродинамических нарушений на всех этапах возрастного развития детей и способствует в выборе консервативного и/или оперативного лечения больных с нерелексирующим мегауретером.

Х.И. Ибодов, М. Кавраков, Ш.Ш. Моёнова, К.М. Сайёдов

МИНИИНВАЗИВНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико – социальный институт Таджикистана»

Актуальность. Удельный вес мочекаменной болезни (МКБ) среди других урологических заболеваний составляет 25%-45%. Частота уролитиаза у детей в Таджикистане составляет 54,7% всех урологических заболеваний детского возраста. Высокая частота рецидивов камнеобразования (35%-75% по данным различных авторов) диктует необходимость выполнения повторных вмешательств, которые, в ряде случаев, заканчиваются нефрэктомией и летальным исходом.

Цель исследования. Оценить эффективность перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ) при лечении нефролитиаза у детей.

Материал и методы исследования. За период 2017-2021 гг. в отделении детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» выполнены ПНЛТ у 61 детей с множественными и коралловидными камнями почек в возрасте от 1 год 6 месяцев до 16 лет. У 20 (32,8%) пациентов были коралловидные камни, у остального 41 (67,2%) имели место солитарные и множественные камни ЧЛС. Средний размер камней составил 1,85 мм (1,2±2,5 мм). Всем больным проведены клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, бактериологическое исследование мочи, проба Зимницкого и Реберга, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, доплерография сосудов почек, рентгенологические исследования.

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Первым этапом выполнялись цистоскопия, катетеризация соответствующего мочеточника катетером 5F с последующей ретроградной пиелографией, далее пациента укладывали на живот. Пункцию полостной системы почки по задней подмышечной линии либо несколько медиальнее под ультразвуковым наведением и рентгенологическим контролем с помощью иглы 18G. Дилатацию

пункционного хода производили с помощью бужей Амплатц (Amplatz) и кожуха Амплатц 22-28 Ch. Для нефроскопии использовали нефроскопы 12 и 16 Ch. Фрагментацию конкрементов осуществляли пневматическим литотриптером. Фрагменты камней удаляли при помощи щипцов или ирригационной жидкости. Отсутствие конкрементов оценивали интраоперационно-эндоскопически и с помощью рентгена. По завершении операции устанавливали нефростому 10-12 Ch тип Фоли (Foley), баллончик заполняли 1-3 мл контраста с гемостатической и фиксирующей целью. Длительность оперативного вмешательства составила в среднем 120±30 минут.

Результаты исследования и их обсуждение. Одномоментные вмешательства (ПНЛ – stonefree) выполнены 83,9% пациентам, 16,1% больным с наличием двухсторонних камней почек проведено двухэтапное вмешательство последовательные перкутанные нефролитотомии с интервалом в 1 месяц. У всех пациентов на 1-3 сутки после операции удалены мочеточниковые и уретральные катетеры. Кровотечения в послеоперационном периоде не отмечено. На 3-4 сутки после ПНЛ нефростомический дренаж удален. Осложнения у 4 (6,5%) больных: гематурия, обострение пиелонефрита, повреждения ЧЛС. Полное освобождение от конкрементов отмечено у 80,6% больных. В остальных случаях по поводу наличие резидуальные конкременты более 3-4 мм обходились проведением консервативной литокинетической терапии. Средняя продолжительность госпитализации составила 7 (4,5±1,2) суток. Ни одного летального исхода и повреждения окружающих органов и конверсии в открытую операцию не зафиксировано.

Заключение. Перкутанная нефролитотрипсия у детей является миниинвазивным

методом удаления коралловидных и множественных камней почек. При двустороннем

нефролитиазе целесообразно проведение перекутанной нефролитотрипсии в два этапа.

М.Б. Шарипова, Х.Д. Амирова, З. Кавракова

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У ПЛОДА

ГУ «Республиканский медико-генетический центр», Таджикистан

Целью нашего исследования является организация и обеспечения высокотехнологичных медицинских услуг в области перинатальной диагностики, профилактики и лечения врожденных пороков развития (ВПР) и заболеваний плода.

Материалы и методы исследования. В ГУ «РМГЦ» за 2019-2021гг. были обследованы и консультированы 6540 беременных женщин, из них 1842 беременных женщин прошли диагностику с подозрением на различные аномалии развития плода и беременности.

Результаты и их обсуждение. В структуре аномалии плода 783 (100%) преобладали врожденные пороки центральной нервной системы в 342 (43,7%) случаях, такие пороки как, множественные пороки встречались в 192 (24.5%), пороки желудочно-кишечного тракта 53 (6,8%), мочевыводящих путей 49 (6.2%), опорно-двигательной системы (3.3%), лица и неба 27 (3.4%), сердца 11 (1.4%), также обнаружены трисомии 13, 18, 21 хромосомы 52 (6.6%) и другие аномалий 31(3.9%). Исследование функционального состояние плода по данным доплерографического исследований

были установлены у 407 (6.2%) пациенток нарушение фетоплацентарного кровотока.

Наибольший вклад в показатель мертворождаемости вносят анэнцефалии и спинномозговые грыжи. Так, более 92% новорожденных с анэнцефалией рождаются мертвыми, оставшиеся 8% – умирают в течение первых часов жизни. Что касается спинномозговых и черепномозговых грыж, то 26%, то есть почти треть случаев – мертворожденные, 15,5% новорожденных – умирают в течение первого месяца. Очевидно, что весомая часть детей, оставшихся в живых, вносят большой вклад в показатели детской заболеваемости и инвалидизации, а также ранней детской смертности от сопутствующих заболеваний или послеоперационных осложнений.

Вывод. Функционирование ГУ «Республиканский медико-генетический центр» РТ дало возможность проанализировать частоту ВПР, их структуру, вклад в показатели перинатальной смертности, сформировать современную структурированную систему по решению исследуемых проблем.

М.Ч. Зарипова, Н.А. Шарипова, А. Вохидов

ФОРМИРОВАНИЕ РИСКА РОЖДЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол»

Цель – анализ структуры патологии недоношенных с экстремально низкой (ЭН) и очень низкой (ОН) массой тела в группе пе-

ринатального риска.

Методом исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов и карт раз-

вития 100 недоношенных со сроком гестации от 24 до 36 нед. Статистический анализ осуществляли с помощью программы Statistica 6,0

Результаты и их обсуждение основной отличительной чертой всех детей была низкая оценка по шкале Апгар при рождении и на 5-минуте, особо отличались дети с ЭНМТ, по сравнению с детьми ОНМТ. Для всех детей было характерно наличие признаков незрелости, среди которых преобладали изменения сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Оценивая состояния, возникшие в перинатальном периоде, установлено, что у 50,5% пациентов имело место внутрижелудочковое кровоизлияние, из них у 89,6% II–III степени; респираторный дистресс-синдром, анемия была характерна всем детям. У большинства детей, выявлено сочетание патологии. Отличительной особенностью раннего неонатального периода у детей с ЭНМТ и ОНМТ, было выраженное явление синдрома угнетения ЦНС, на фоне частых приступов апное. Сочетание анемии с внутрижелудочковыми кровоизлияниями у пациентов с экстремально низкой массой тела регистрировалось чаще, чем у детей с очень низкой массой тела. К концу периода адаптации чаще стали выявляться признаки внутриутробной инфекции.

Выводы. Отягощенный акушерский анамнез у женщин проявляющийся различной патологией, характерен как для детей с экстремально низкой так и очень низкой массой тела при рождении. Все новорожденные родились в очень тяжелом состоянии, причем у детей с ЭНМТ оценка по шкале Апгар была достоверно ниже, чем у пациентов с ОНМТ.

Выводы. Отягощенный акушерский анамнез у женщин проявляющийся различной патологией, характерен как для детей с экстремально низкой так и очень низкой массой тела при рождении. Все новорожденные родились в очень тяжелом состоянии, причем у детей с ЭНМТ оценка по шкале Апгар была достоверно ниже, чем у пациентов с ОНМТ.

С.Н. Кудратова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности течения COVID-19 у детей первого года жизни, а также детей старше 12 лет.

Материалы и методы исследования. На базе Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии было изучено ретроспективным анализом 98 историй болезни детского возраста с лабораторно верифицированным диагнозом COVID-19. Анализированы основные эпидемиологические данные, включая возрастную структуру и особенности клинического течения данного заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Развитие COVID-19-пневмонии зафиксировано в 25,5% случаев (25 пациентов), при этом статистически значимо чаще пневмонию регистрировали у детей первого года жизни, а также старше 12 лет (2,5% и 19,6% случаев соответственно), чем у детей других возрастных групп ($p < 0,05$). КТ-1 стадию регистрировали

у 13 пациентов (50,9% случаев), КТ-2 стадию – у 10 (39% случаев), КТ-3 стадию – у 2 (7,8% случаев). Ведущими клиническими симптомами COVID-19 были гиперемия слизистых оболочек зева – 100% (98 пациентов); повышение температуры тела – 95,9% (94 пациентов), средние цифры при этом составляли 37,60 С (36,6 - 38,20 С); кашель – 19,4% (19 пациента, из них 11 с пневмонией); диарея – 17,3% (17 пациентов); рвота – 6,1% (6 пациентов); изменение аускультативной картины в легких – 3,1% (3 пациентов с пневмонией). У грудных детей, больных COVID-19, статистически значимо чаще регистрировали диарею, в сравнении с пациентами возрастной группы старше 12 лет. Развитие кашля статистически значимо реже регистрировали у детей первого года жизни в сравнении с пациентами старше 12 лет (9% и 40% случаев соответственно, $p = 0,004$), такая же тенденция наблюдалась и при COVID-19-пневмонии (25% и 89% случаев

соответственно, $p=0,02$).

Заключение: 1. Клиническая картина COVID-19 у детей отличается неспецифичностью симптомов. Наблюдается определенная тенденция к более частому развитию COVID-19-пневмонии у пациентов первого года жизни

и пубертатного возраста.

2. Для пациентов грудного возраста с COVID-19-пневмонией характерна высокая частота атипичного течения заболевания, в то время как у подростков чаще наблюдается манифестная клиническая картина COVID-19.

Г.М. Саидмурадова, Д.Р. Аманджонова, З.Р. Мавлянова

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ COVID-19

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучение клинических характеристик и лечение поражений органов желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста при COVID-19.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 55 детей раннего возраста, обратившихся за 2021-2022 годы с проявлениями острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и острых кишечных инфекций (ОКИ) из семей, где взрослые с диагнозом Covid-19 получали амбулаторное или стационарное лечение. Среди них детей до года было 21 (38,2%). Диагноз Ковид-19 детям был выставлен на основании клинических признаков ОРВИ и ОКИ, а также выделения SARS-CoV-2 из мазков с носоглотки методом ПЦР. Кроме того, были проанализированы клинические случаи COVID-19 у детей госпитализированных в инфекционные отделения ГДКБДИБ г.Душанбе и оценены клинические проявления заболевания, данные лабораторных и инструментальных исследований. Наиболее информативный из них приведен в качестве клинического примера.

Результаты исследования и их обсуждения. Заболевание у всех детей раннего возраста с COVID-19 имело острое начало и проявлялось лихорадкой 48 (87,3%) фебрильного и реже 7 (12,7%) субфебрильного характера, а также сопровождалось астеновегетативным синдромом в виде утомляемости и вялости. Поражение органов ЖКТ отмечалось у 44

(80%) госпитализированных детей с COVID-19 и поражением дыхательной системы, из их числа детей до года отмечалось у 10 (18,2%) (первая группа). Во вторую группу входили 11 (20%) детей в возрасте до года, у которых поражение ЖКТ проходило как самостоятельное заболевание, без поражения органов дыхания.

Катаральный синдром в виде сухого кашля отмечен у всех детей первой группы, заложенности носа у 41 (93,2%), скудного отделения слизи из носа у 25 (56,8%), нарушения носового дыхания у 22 (50%), чихания у 18 (40,9%), осиплости голоса у 16 (35,4%) детей. Также, у 9 (20,4%) детей имеющих в анамнезе аллергический статус заболевание сопровождалось обструктивным синдромом, проявляющийся свистящим выдохом, изменением звучности голоса и грубым сухим кашлем. Осложнение в виде пневмонии рентгенологически была диагностирована у 26 (59,1%) детей, сопровождающееся у 14 (31,8%) синдромом острой дыхательной недостаточности, а у 19 (43,2%) детей отмечена картина бронхита. Кроме респираторных проявлений в разгаре болезни у данной группы детей отмечалась диарея, причём у 36 (81,8%) детей жидкий стул имел водянистый характер, и частота дефекации повторялась от 5 до 8 раз за сутки, со средней продолжительностью до 4-10 ($\pm 6-8$) дней. Также, у 26 (59,1%) детей отмечалась тошнота, сопровождающаяся рвотой после кормления, у 22 (50%) детей отмечалось

понижение аппетита, причём у (68,2%) детей отмечено тяжёлое и у (31,8%) детей умеренное обезвоживание.

Тяжелая форма заболевания у 40 (90,9%) детей различных возрастных групп с поражением нижних дыхательных путей сопровождалось гипоксией разной степени, причём с понижением сатурации кислорода (SPO₂) до 85-90% у 16 (40%), до 90% - 95% у 24 (60%) детей.

У детей второй группы заболевание чаще 9 (81,8%) протекало тяжелее с синдромом интоксикации, чем у детей более старшего возраста (68,2%) и была связана с расстройством желудочно-кишечного тракта на фоне повышения температуры тела. Сопутствующие признаки в виде появления жидкого стула болотного цвета у всех (100%), иногда имеющие прожилки крови у 5 (45,5%), периодические приступы рвоты у 7 (63,67%), повышения температуры тела чаще фебрильного характера у 8 (72,7%) и меньше субфебрильного характера у 3 (27,3%) детей грудного возраста, могут указывать на наличие коронавирусной инфекции. Кроме того, расстройство ЖКТ при Ковиде у детей до года часто сопровождалось болью в животе, которая определялась появлением следующих признаков в поведении ребенка, как прижимание ножек к животу или частое их дергание у 8 (72,7%), отказа от еды и питья у 7 (63,6%), обильной рвотой сразу после приёма пищи у 4 (36,4%), а также нарушением сна у 10 (90,9%) детей. У большинства детей второй группы (63,6%) при наличии рвоты и интенсивной диареи отмечено тяжёлое обезвоживание, у 36,4% детей умеренное обезвоживание.

Копрологические изменения характеризуются умеренными нарушениями переваривания пищи у большинства 43 (78,2%) детей и признаками колитического синдрома (выявление в кале лейкоцитов, слизи) у 22 (40%) детей. У 11 (20%) детей отмечены снижение лимфоцитов до 40% и ускорение СОЭ до 10-15 мм. в час. В биохимических показателях у 19 (34,5%) детей отмечается повышение печеночных трансаминаз и маркеров системного воспаления в виде повыше-

ние прокальцитонина у 7 (12,7%), повышение СРБ до 10-15 мг\л у 6 (10,9%) детей. А также признаки гиперкоагуляционного синдрома с укорочением времени свертывания венозной крови в пределах от 3 до 5 минут у 5 (9,1%) детей, повышение протромбинового индекса до 110-130% и активированного частичного тромбопластинового времени выше 40 секунд соответственно у 4 (7,3%) детей, и снижение фибриногена ниже 2 г\л. у 2 (3,6%) детей.

Лечение детей с COVID-19 было проведено согласно клиническому протоколу, утвержденному Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в виде полноценного питания, поддержания водно-электролитного баланса, тщательного мониторинга пульсовой оксиметрии с целью раннего выявления гипоксемии. При лихорадке выше 38,5°C назначались жаропонижающие препараты (парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, или *per rectum*), противовирусная терапия детям в возрасте до года (виферон в виде суппозитория 500 000 МЕ по 1 супп. 2 раза 10 дней ректально), детям от года до 3 лет (анаферон детский или эргоферон по схеме: 1-ый день 8 таблеток, из них 5 таблеток в течение 2 часов – по 1 таблетке каждые 30 минут и по 1 таблетке 3 раза через равные промежутки времени и по таблетке 3 раза до 5 дней назначена детям с пневмонией и синдромом ОДН, оральная регидратация раствором регидрона при обезвоживаниях, ингаляционные бронхолитики (сальбутамол, небутамол) и будесонид по 2 мг или 1 мг дважды через 30 мин при обструктивном синдроме, гармональная терапия (дексаметазон 0,6 мг/кг или преднизолон 2-5 мг/кг в/м) при крупе 1-2 степени, муколитики с целью разжижения мокроты, а также антибактериальная терапия (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны, цефалоспорины 3 и 4 поколения) детям с пневмонией. Кроме того, 5 (9,1%) детям с тяжёлым состоянием была назначена иммуномодулирующая терапия путём введения метилпреднизолона (1-2 мг/кг/сут) в течение 3-5 дней. А также всем детям были назначены биопрепараты (линекс, лактоджи, бифидум

бактерин).

Выводы. 1. Заболевание коронавирусной инфекцией COVID-19 показало, что поражаются не только органы дыхания, но и другие жизненно-важные органы.

2. В период пандемии COVID-19 у детей кроме респираторных симптомов отмечались клинические симптомы поражения ЖКТ. Клиническая характеристика Ковид-19 у детей раннего возраста показала, что в разгаре болезни кроме респираторных проявлений у большинства (80%) детей установлена клиника острых кишечных инфекций, сопровождаю-

щаяся умеренной (31,8%) и тяжелой (68,2%) степенью обезвоживания. У 9 (20,4%) детей с наличием аллергического статуса диагностирован обструктивный синдром. Поражение органов ЖКТ у 80% детей с COVID-19 диагностировано на фоне респираторных симптомов, а у 20% детей как самостоятельное заболевание. Лечение детей с COVID-19 было проведено согласно клиническому протоколу, утвержденному Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Т.Ш. Икромов

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ГУ «Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить показатели гемостаза у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 187 детей с уролитиазом, осложненным ХБП. В возрастном аспекте были пациенты от 3 до 18 лет. В зависимости от стадии нарушения гипокоагулирующей функции легких (ГФЛ), гемостаза и реологии у детей с уролитиазом, осложненным ХБП, а также с учетом скорости фильтрации (СКФ) и степени тяжести воспалительного процесса больные разделены на 5 групп. I группа - 73 (39,0%) ребенка с уролитиазом, осложненным ХБП I стадии СКФ ≥ 90 мл/мин. II группа - 59 (31,6%) с СКФ 89–60 мл/мин и условно разделили на: 2.1. подгруппу - 37 (62,7%) и 2.2. подгруппу - 22 (37,3%). III группа - 23 (12,3%) больных ХБП 3 стадии СКФ 59–30 мл/мин и условно разделена: 3.1. подгруппу - 14 (60,9%) и 3.2. подгруппу - 9 (37,3%). IV группа - 20 (10,7%) детей с ХБП 4 стадии, а СКФ 30–15 мл/мин, также поделили: 4.1. подгруппу - 12 (60,0%) и 4.2. подгруппу - 8 больных. V группа - 12 (6,4%)

детей с ХБП 5 стадии СКФ менее 15 мл/мин. Данной группы условно поделили на три подгруппы: 5.1. подгруппу составили 2 (16,6%), 5.2. подгруппу - 7 (41,7%) и 5.3. подгруппу - 5 (41,7%) пациентов. Изучали показатели коагулограммы и реологии в венозной кубитальной крови (ВКК), притекающие смешанной венозной крови (СВК) взятой из правого желудочка сердца путем катетеризации через подключичную вену, и оттекающей от них артериальной крови (ОАК) путем катетеризации бедренной или локтевой артерии. Традиционными методами определяли состояние свертывающей, антисвертывающей и фибринолитической активности крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Проанализированы показатели коагуляционного потенциала у 73 больных с уролитиазом, осложненным ХБП I стадии, выявлена мозаичность состояния системы гемостаза в СВК и ОАК. В СВК 1.1. подгруппы отмечается незначительная гиперкоагуляция без активации антисвертывающей и фибринолитической систем, в 1.2. подгруппе с незначительной активацией антисвертывающей; в АК в обеих

подгруппах - нормокоагуляция. Т.е. у детей с уролитиазом, осложненным ХБП 1 стадии, легкие выполняют присущую им гипокоагулирующие функции легких (ГФЛ) и повышают гемостатический потенциал притекающей к ним крови. Из 73 больных у 59 (80,8%) ГФЛ не изменена и соответствует здоровым детям, у 14 (19,2%) ГФЛ имеет начальные компенсированные стадии нарушения - условно 1А стадия.

У 59 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП 2 стадии, выявлены разнообразные нарушения в системе гемостаза в СВК и ОАК. В СВК 2.1. подгруппы - гиперкоагуляция без активации антисвертывающей и фибринолитической систем, в 2.2. подгруппе - с незначительной активизацией антисвертывающей; в ОАК в обеих подгруппах нормокоагуляции. У детей с уролитиазом осложненным ХБП 2 стадии легкие выполняют присущую им ГФЛ и повышают гемостатический потенциал притекающей к ним крови. Из 59 больных у 37 (62,7%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения - 2 стадия.

У 23 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП 3 стадии, выявлены разнообразные динамические изменения системы гемостаза: СВК и ОАК. В СВК 3.1. и 3.2. подгрупп - гиперкоагуляция с признаками потребления факторов протромбинового комплекса и антисвертывания; в ОАК в 3.1. подгруппе - нормокоагуляция, а в 3.2. подгруппе появились признаки гиперкоагуляции с начальными признаками потребления факторов свертывания и антисвертывания.

У детей с уролитиазом, осложненным ХБП 3 стадии, легкие функционально полностью выполняют присущую им ГФЛ: из 23 больных у 14 (60,9%) ГФЛ имеет выраженные компенсированные стадии нарушения - условно - 1Б стадия, в 9 (39,1%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения - 2 стадия.

Таким образом, у 20 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП, 4 стадии выявлены разнообразные динамические изменения в системе гемостаза СВК и ОАК. В СВК 4.1.

и 4.2. подгруппах - гиперкоагуляция с признаками потребления факторов протромбинового комплекса и антисвертывания; в ОАК в 4.1. подгруппе и 4.2. - признаки гиперкоагуляции с начальными признаками потребления факторов свертывания и антисвертывания. У детей с уролитиазом, осложненным ХБП, 4 стадии легкие функционально не полностью выполняют присущую им ГФЛ из 20 больных у 12 (60,0%) ГФЛ имеет выраженные компенсированные стадии нарушения - условно 1Б стадия, у 8 (40,0%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения - 2 стадия.

Таким образом, у 12 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП 5 стадии, отмечены выраженные нарушения системы гемостаза в различных сосудистых бассейнах в ВКК, СВК и ОАК. У детей с уролитиазом, осложненным ХБП 5 стадии, легкие функционально не выполняют присущую им ГФЛ из 12 больных у 2 (16,6%), ГФЛ имеет выраженные компенсированные стадии нарушения - условно 1Б стадия, в 7 (41,7%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения - 2 стадия, 5 (41,7%) - декомпенсированные нарушения ГФЛ.

В отличие от предшествующих исследований, которые квалифицировали нарушения ГФЛ на 3 стадии, мы предлагаем более расширенное и углубленное разделение: 1 стадия - компенсированные нарушения ГФЛ: 1А начальные и 1Б выраженные; 2 стадия - субкомпенсированные нарушения ГФЛ; 3 стадия - декомпенсированные нарушения ГФЛ: 3А обратимые изменения, 3Б необратимые изменения.

Выводы. 1. Проведенный анализ развившихся синдромных осложнений в виде СОЛП, ДВС, СПОН и летальность у этой категории больных показал прямую взаимосвязь между тяжестью и стадийностью нарушения ГФЛ.

2. Наиболее частые осложнения встречаются при субкомпенсированных и декомпенсированных стадиях ГФЛ, а летальность наблюдалась при декомпенсированных стадиях.

РАЗДЕЛ II

МЕДИЦИНСКИЕ И НЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

З.Х. Ибодзода

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТАДЖИКИСТАНА: ИСТОРИЯ ОСНОВАНИЯ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ

НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана»

Ибодзода Зарина Хабибулло – к.э.н., ректор НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана». E-mail: 11zarr@mail.ru, тел: (+992) 907 86 86 30

Цель исследования. Изучение истории основания и этапы развития НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана».

Материал и методы исследования. Материалом для проведения исследований послужили проведенный анализ Закона Республики Таджикистан «Об образовании» (22.07.2013 г. №1004), типовое Положение о высшем профессиональном образовании Республики Таджикистан (2013 г., № 1004), Положение Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Государственный стандарт высшего профессионального образования Республики Таджикистан, Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», Национальная концепция воспитания Республики Таджикистан» (3 марта 2006 года, №94), коллегий Министерства образования и науки Республики Таджикистан и Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, писем в адрес Основателя мира и национального единства, Лидера нации Президента Республики Таджикистан и его согласие, решение Правительства Республики Таджикистан и другие основополагающие архивные материалы.

Результаты и их обсуждение. В годы независимости, несмотря на сложные экономические условия, были предприняты серьезные шаги в области охраны здоровья населения. Они направлены не только на восстановле-

ние ущерба, нанесенного гражданской войной, объемов и качества первичной медико-санитарной помощи, специализированной и узкоспециализированной медицинской помощи, но и на реформы медицинского и фармацевтического образования, развитие науки и реформирования сектора здравоохранения республики.

Таджикистан был одним из первых новых независимых стран, который в соответствии с рекомендациями Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения разработал и принял Национальную политику Республики Таджикистан по достижению здоровья для всех на период до 2005 года (1997 г.).

Приняты законы о разработке и реализации единой стратегии охраны здоровья населения, программ и Концепции реформирования здравоохранения Республики Таджикистан (2002), которые основаны на принципах международного опыта, а также предоставили возможность перехода к многоформенной системе (государственная и частная) в сфере сектора здравоохранения.

Необходимость проведения реформы в стране, включая реформирование сектора здравоохранения, было провозглашено в 1994 году Президентом Республики Таджикистан Эмомали Рахмоном. На этой основе была разработана и принята (1995 г.) Государственная программа экономических преобразований в стране, направленная на стабилизацию рыночной экономики, в развитие которой создан

наш институт.

Хотя с 90-х годов прошлого века в странах Европы, России, Киргизии, Украине и Казахстане процесс подготовки медико-социальных и психологических специалистов был начат в медико-социальных институтах, а в штатах Америки и Китае их готовили в колледжах, а отдельных медико-социальных специалистов готовили на базе медицинских вузов. Несмотря на то, что в республике Центры дневного социального обслуживания граждан увеличились от 10 до 53, а доля нуждающихся увеличилась с 1000 в 2014 году до 13 тыс. человек в 2022 г. и количество сотрудников организаций, учреждений и других подструктурных подразделений Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан обслуживающие их составляли более 4 тыс. человек, к сожалению, в нашей республике специалистов медико - социальной помощи не готовили. Среди сотрудников обладающих специальными знаниями в области защиты населения имеется всего несколько специалистов за исключением работников лечебно-терапевтических отделений организаций и учреждений социальной защиты, остальные работники в основном имеют гуманитарные специальности. Учитывая необходимость этого направления в Республике Таджикистан по согласию и непосредственной поддержке Основателя мира и национального единства - лидера нации, Президента Республики Таджикистан уважаемого Эмомали Рахмона (письмо от 27 июня 2020 года, № 25/2-4) 25 мая 2015 года был создан «Медико-социальный колледж г. Душанбе», а 10 мая 2020 года на базе «Медико-социального колледжа г. Душанбе» создано Негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистана», имеющее лицензию Агентства по контролю в сфере образования и науки при Президенте Республики Таджикистан на ведение образовательной деятельности, что является своевременным ответом на его Послание Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 26 декабря 2018 года. В этом контексте подчеркнул, требование совершенствования вопросов, связанных

с подготовкой кадров в сфере социальной защиты, внедрения инновационных форм социальной работы, обеспечения доступной среды для инвалидов. Вопрос подготовки специалистов в области социальной защиты населения считается одним из основных и первых направлений не только в сфере социальной защиты, но и в системе профессионального образования республики. Также при институте открыт «Клинический, научно-образовательный центр», который является первым медицинским учреждением при институте в опыте структуры здравоохранения страны. Здесь действуют хирургическое, урологическое, терапевтическое, кардиологическое, стоматологическое, гинекологическое и другие отделения.

В условиях экономических реформ, рыночных отношений выпускники института на базе высшего профессионального образования имеют возможность конкурировать как на национальном, так и на международном рынке труда.

Планируются и другие меры по повышению качества подготовки выпускников. К ним относятся совершенствование и оптимизация образования за счет активного внедрения форм, методов и технических средств обучения в образовательный процесс, в том числе информатики и компьютерных технологий с постоянным тематическим компьютерным контролем. Привлечение к педагогической работе на договорной основе ведущих медицинских специалистов, высококвалифицированных преподавателей, выдающихся мировых ученых, в том числе и ученых Республики Таджикистан.

Таджикский медико-социальный институт - первое негосударственное образовательное учреждение высшего медицинского образования, имеющее современный учебный корпус, научный и медицинский центр с лабораториями, на базе которых действуют 5 факультетов: медицинский, стоматологический, фармацевтический, клиническая психология и социальная работа.

В институте созданы все необходимые условия для обучения, повышения культурного уровня студентов и сбалансированного

развития будущего врача. Для этого созданы творческие коллективы, спортивные секции, студенческие отряды, в которых отражены все виды талантов.

Заключение. В условиях проводимых экономических реформ, рыночных отношений, осуществления реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике

Таджикистан, Медико-социальный институт Таджикистана – первое негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального медицинского и социального образования, имеющий самостоятельный учебный корпус, научный и медицинский центр имеет возможность конкурировать на национальном, так и на международном рынке труда.

А. Ахмедов

ИСТИҚЛОЛИЯТИ ДАВЛАТӢ ВА РУШДИ ИЛМИ ТИБ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон»

Аламхон Ахмедов – д.и.т., профессор, муовини ректори донишкадаи оид ба илм ва инноватсия, узви вобастаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, E-mail: alamkhon.01021951@gmail.com, тел: +(992) 988-00-16-41.

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузорӣ ба рушди илми тиб дар давраи истиқлолияти давлатӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар рафти таҳқиқот аз дастовардҳои олимони тоҷик ва зарфи 30 сол ба таври васеъ истифода бурда шуда, таҳлил ва муқоисаи амиқи онҳоро дар бахшҳои гуногуни илми тиб гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки Истиқлолияти давлатӣ ба олимони соҳаи тиб имкон дод, ки дар рушди илми тиб нақши бузург бозанд ва барои пешрафти он таҳқиқотҳои муосири илмӣ баранд ва дар масъалаи ворид намудани усулҳои нави ташхисию табобатӣ бо истифода аз технологияҳои муосир дар тибби амалӣ саҳмгузор бошанд. Танҳо дар давоми солҳои 2010 – 2022 қормандони муассисаҳои илмӣ соҳаи тиб беш аз 200 патент барои ихтироот ва 1170 пешниҳоди навоарӣ ба даст оварданд, ки ин ҳама барои пешравӣ ва рушди илми тиб таъсири бузург расонидааст.

Дар ин давраи олимони соҳаи гастроэнтерология аввалин маротиба паҳншавӣ ва генотипҳои гуногуни гепатитҳои музмини вирусии В, D ва С-ро дар Тоҷикистон омӯхта, нақшаи нави табобати онҳоро таҳия намуда, таъсири нокии доруҳои зиддивируси-

ро омӯхтанд. Ин имконияти онро фароҳам овард, ки даҳҳо маротиба микдори гузариши гепатитҳои музмин ба сирроз ва саратони чигар коҳиш ёбад, шумораи марг ва маъюбшавии онҳо кам шаванд.

Дар якҷоягӣ бо олимони Британияи Кабир ва Ҷопон усулҳои нави ташхиси иммунологӣ ва молекулярӣ, табобати гепатитҳои музмин ва карсиномаи гепатоселлюляриро таҳти қоркард дода исбот намуданд, ки гени вирусии гепати В дар Тоҷикистон буда ба гени вирусии дар Узбекистон, Чин, Тайланд ва Ҷопон буда монанд будааст.

Масъалаи инкишоф, суръати рушд ва хусусиятҳои клиникаи биохимиявии стеатогепатити ғайриалкоголӣ, бемории санги талха ва панкреатит дар беморони гирифтори фарбеҳӣ низ омӯхта шуд.

Дар асоси гиёҳҳои шифобахши Тоҷикистон доруҳои нави «**Гепатоман**», «**Ферубет**» ва «**Гастрофит**» барои табобати бемориҳои чигар ва меъда пешниҳод шуданд.

Дар якҷоягӣ бо муҳаққиқони Паҷуҳишгоҳи физика ва техникаи ба номи С.У.Умарови Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон дастгоҳи криодеструкторӣ бо истифода аз нитрогени моеъро ҳангоми чарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам дар амалияи тиб

ворид намуданд.

Криочарроҳии чигар имкон дод, ки истифодаи хун ва зардобаи он ҳангоми амалиёти бурриши чигар назар ба чарроҳии маъмулӣ то 3 маротиба камтар истифода шавад ва муҳлати бистарии беморон то 7 рӯз коҳиш ёбад.

Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шунтикунонии шараёни гурда бо аутотрансплантат иҷро гардида, табобати вайроншавии набзи дил бо роҳи аблятсияи радиобасомадӣ, реваскуляризатсияи таъчилии миокард дар беморони мубталои синдроми шадиди коронарӣ, усули нигоҳдории структураҳои зеридарғотӣ ҳангоми ивазкунии дарғоти митралӣ ва усули бурриши чавгоншакли даҳлези рости дил ҳангоми чарроҳии такрорӣ пешниҳод шуданд, ки ин ҳама маҳсули олимони соҳаи чарроҳии дили рағҳо дар даврони соҳибистиклолии мамлакат ба ҳисоб меравад.

Олимони соҳаи саратоншиносӣ усулҳои нави табобати саратони ковокии даҳон ва барқарорсозии оризаҳои онро қоркард намуданд, ки он ба коҳишёбии назарраси маъҷубӣ дар ин гурӯҳи беморон оварда расонид.

Олимони соҳаи акушерӣ-гинекологӣ – омилҳои хавфи инкишофи норасоии ҳамроҷро дар занони ҳомила муайян ва роҳҳои барта-рафсозии онҳоро пешниҳод намуданд.

Олимони тоҷик ҷиҳати пешгирии воридшавӣ ва паҳншавии сирояти коронавируси Covid - 19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҷҳизоти табобатии ватанӣ ва маводҳои безараргардонандаро таҳия ва ба муассисаҳои тиббии кишвар ба таври ройгон пурра дастрас намуданд.

Дар ин давра олимони вирусологҳои тоҷик бори аввал генотипи нави вируси сурхчаро муайян карданд, ки он дар феҳристи ТУТ зерини «Тажикистан 25.01.2017 - 17031» ба қайд гирифта шудааст.

Дар тури 12 соли охир аз тарафи трансплантологҳои ватани зиёда аз 1000 амалиётҳои пайвандсозии ҳешутабории гурда, чигар ва мағзи устухон гузаронида шудааст.

Дар самти табобати фарбеҳӣ олимони кишвар амалиёти чарроҳии метаболикиро қоркард ва дар амалия ворид намуданд, ки ин на танҳо сифати ҳаёти беморонро беҳтар

намудааст, балки сабаби озод шудан аз вазни зиёд ва пешгирии бемории қанд гардидааст.

Дар натиҷаи гузаронида таҳқиқотҳои сершумор олимони соҳаи тиб муайян намуданд, ки беш аз сеяки нуқсонҳои модарзодии навзодони кишвар дар замини никоҳи ҳешу таборӣ ба вучуд омаданд. Бинобар ҳамин сабаб, роҳҳои пешгирии таваллуди чунин навзодонро қоркард карда, пешниҳод намуданд, ки никоҳи ҳешу таборони наздик манъ карда шавад.

Дар даврони истиқлолияти давлатӣ соҳаи дорусозӣ низ рӯ ба тараққӣ ниҳода, бештар аз 300 номгӯи доруворӣ ва лавозимоти тиббӣ истеҳсол шуда истодааст. Аз ҷумла дар ноҳияи Данғараи вилояти Хатлон 4 номгӯи маводи ғайрибиологӣ: субстрати хинги сайёр, хокаи хинги сайёр, рағғани камол ва хокаи камол дар ғилофак тайёр карда шуда ба хориҷи кишвар содирот карда шуда истодааст.

28 сентябри соли 2019 қорхонаи истеҳсолии маводи доруворӣ аз растаниҳои шифобахши ватани дар Маркази илмию таҳқиқотии фармасевтӣ кушода шуда, истеҳсоли 12 номгӯи маводи доруворӣ ба роҳ монда шуд. Инчунин дар ноҳияҳои Ванҷу Балҷувон сеҳҳои қоркарди рағғани ангату бодом ба истифода дода шуда, регламенти истеҳсоли малҳам дар асоси бентонит ва рағғани эфирӣ кокутӣ тартиб дода шуд.

Олимони тоҷик дар давраи соҳибистиклолӣ дар иҷроиши зиёда аз 200 лоиҳаи илмӣ аз бучети давлатӣ маблағгузоришаванда, 12 мавзуи илмӣ дар доираи «Барномаи рушди инноватсионии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2011-2020», 14 мавзуи ташаббусӣ ва 6 мавзуи аз ҳисоби грантҳои хориҷӣ иштирок намуда, чорабиниҳо ва сессияҳои илмиро дар мавзуҳои «Дурнамо ва роҳҳои ҳалли проблемаҳои чарроҳии дилу рағҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» (с.2012), «Фарбеҳӣ – проблемаи аср» (с.2013 ва 2019), «Дастовард ва рушди гастроэнтерологияи муосир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» (с.2014), «Масъалаҳои гепатологияи муосир» (с.2015), «Технологияи инноватсионӣ дар чарроҳии дилу рағҳо ва гинекология» (с.2016), «Об ва саломатии

инсон» (с.2017), «Саҳми табибони ҷавон дар татбиқи технологияи муосир» (с.2017), «Вазъ ва дурнамои рушди истеҳсоли доруҳои ватанӣ» (с.2018) ва «Covid – 19 ва оқибатҳои он» (с.2011) баргузор намуданд.

М. Сорбон

ТИББИ-ИЧТИМОЙ - САМТИ НАВИ РУШДИ ТАЪЛИМ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон»

Миҷғони Сорбон – *н.и.т. муовини ректор оид ба таълим ва таҷрибаомузии МТҒ “Донишкадаи тиббӣ - иҷтимоии Тоҷикистон”, E-mail: mijgon70@list.ru Тел.: (+992) 918 67 74 48*

Мақсади таҳқиқот. Мақсади асосии таҳқиқоти мазкур аз омӯзиши дастурҳои методӣ оид ба муаммоҳои бевоситаи алоқаманд ба омодаسازی касбии кормандони иҷтимоии маълумоти олидошта, ошкорسازی шароитҳои оптималии омодаسازی касби кормандони тиббӣ-ичтимоӣ тибқи талаботи замони муосир иборат мебошад.

Мавод ва услубҳои таҳқиқот. Дар рафти таҳқиқот аз маводҳои резолютсияи Созмони Миллалӣ Муттаҳид (1951), таҷрибаи давлатҳои Аврупо ва донишгоҳҳои тиббӣ-ичтимоии Россия, Қирғизистон, Украина ва Қазоқистон, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи хизматрасонии иҷтимоӣ” (05.01 соли 2008) ва санадҳои меъёриву ҳуқуқӣ дар соҳаи ҳифзи иҷтимоӣ, омили Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳисоботҳои омили Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода бурда шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он. Дар асоси Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи хизматрасонии иҷтимоӣ» аз 5 январи соли 2008 (№ 359) ба аҳолии ҷумҳурӣ чунин хизматҳои иҷтимоӣ ба монанди: иҷтимоӣ-маишӣ, иҷтимоӣ-тиббӣ, равшиносию педагогӣ, иҷтимоӣ-ҳуқуқӣ, кӯмаки моддӣ, мутобиқшавӣ, офияти иҷтимоӣ ва хизматҳои дигар расонида мешавад.

Хулоса. Дар даврони Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон илми тиб сол то сол хубтару беҳтар гардида олимони соҳа пайваста барои ба даст овардани натиҷаҳои назаррас заҳмат мекашанд.

Дар замони рушди муосир системаи хизматрасонии иҷтимоӣ дар марҳилаи ташаккулёбӣ қарор дошта, зиёда аз 50 марказҳои хизматрасонии иҷтимоии будубоши рӯзона барои зиёда 14 ҳазор шаҳрвандони дар ҳолати душвори зиндагӣ қарордошта, аз ҷумла кӯдакони маъюб хизмат мерасонад.

Таҷрибаи ҷаҳонӣ нишон медиҳад, ки самаранокии кори иҷтимоӣ ва сатҳи маданияти касбӣ на танҳо дар рушди шабакаи хизматрасонии иҷтимоӣ, балки аз дараҷаи сифати таҳсилоти олии касбӣ низ вобастагии зич дорад. Дар МТҒ “Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон” аз рӯи ихтисоси “Кори иҷтимоӣ” мутахассисони корманди иҷтимоӣ бо дараҷаи академии – бакалавр омӯзонида мешаванд. Бояд қайд намуд, ки самти асосии таҳассус ба фаъолияти иҷтимоӣ-тиббӣ-психологӣ равона карда шуда бо Барномаи таълимӣ ба Таснифоти давлатии равия ва ихтисосҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 июни соли 2007 (№ 349) тасдиқ карда шудааст, мувофиқат мекунад.

Ҳамзамон хатмкунандагон аз рӯи ихтисоси “Кори иҷтимоӣ” (фаъолияти иҷтимоии тиббӣ, психологияи тиббӣ) барои идома додани таълим дар дараҷаи баъдидипломӣ бо мақсади гирифтани таҳассуси тиббӣ ва имконияти кор дар муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ ва муассисаҳои муайянкардаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии

Чумхурии Тоҷикистон мувофиқи муқаррароти қабулшуда ҳуқуқ доранд. Соҳаи фаъолияти касбии хатмкунанда аз рӯи ихтисоси мазкур маҷмӯи технологияҳо, воситаҳо, усулу роҳҳои фаъолияти касбиро дар бар мегирад, ки ба нигоҳдорӣ ва беҳтар намудани саломати аҳоли бо роҳи расонидани кӯмаки босифати тиббӣ (муолиҷавӣ-профилактикӣ, тиббӣ-психологӣ) ва назорати диспансерӣ равона карда шудааст.

Хатмкунандагоне, ки таҳассуси «Корманди иҷтимоӣ»-ро аз рӯи ихтисоси Кори иҷтимоӣ (фаъолияти иҷтимоӣ-тиббӣ-психологӣ) доро мебошанд, ба намудҳои зерини фаъолияти касбӣ: тиббӣ-психологӣ; ташкилӣ-идоракунии ва илмӣ-тадқиқотӣ фаъолият мекунанд.

Табибе, ки барномаи асосии маълумоти олии касбиро аз рӯи ихтисоси Кори иҷтимоӣ аз худ кардааст барои идома додани таълим дар магистратура имкониятро доро мебошад.

Қайд кардан ба маврид аст, ки нисбати омодагии касбӣ аз рӯи таҳассуси кори иҷтимоӣ дар назди ҳайати омӯзгорону профессорони донишқада вазифагузорӣ карда шудааст, ки дар давоми фаъолияти корӣ аз рӯи имконият рушди соҳаи иҷтимоиро пайгирӣ намоянд, тағйиротҳое, ки дар санадҳои метъёриву ҳуқуқии соҳаи иҷтимоӣ ворид мегарданд, амиқ дарк кунанд, инчунин масъалаҳои бисёрсоҳавии ҳифзи иҷтимоии аҳолиро дар доираи салоҳиятнокии касбӣ ҳаллу фасл намоянд. Нишондиҳандаҳои мазкур ба моҳияти омӯзиши омодагии касбии кормандони иҷтимоӣ тақвият мебахшад.

Омӯзиши адабиётҳои махсус ва дастурҳои методӣ, таҷрибаи омодагии касбии кормандони иҷтимоӣ, имкон медиҳад, ки якчанд муаммоҳои омодагии касбии кори иҷтимоӣ ва ба он алоқаманд буда, ба монанди ошкор намудани шароитҳои оптималии омодагии касбии кормандони иҷтимоӣ (ташкилӣ, педагогӣ, иҷтимоӣ ва ғ.) ҳаллу фасл намояд. Ин маънои онро дорад, ки имрӯз муҳтавои барномаҳои таълимӣ таҳсилоти олии касбӣ бояд муккамал гардонида шуда, барои рушди ҳамчонибаи шахсияти донишҷӯён шароити мусоид фароҳам оваранд. Инъикоси гуфтаҳои боло тақозои онро дорад, ки талаботи нави стандарти давлатии таълимӣ маълумоти олии

касбӣ пеш аз ҳама: гузариш ба сатҳи сифатан нави таълим, ки муносибати системавиро муқаррар менамояд; ба назар гирифтани хусусиятҳои фардии донишҷӯён; ҳамгироӣ намудани муҳтавои таълим; истифодабарии алоқамандии байнифаннӣ байни фанҳои нақшаи таълим аз рӯи самти омодагии «Кори иҷтимоӣ»; истифодабарии механизми шарикӣ иҷтимоӣ ва рушди таҳсилоти фосилавӣ таъмин созад.

Мушкilotи дигар ин чудо намудан ва фаҳмонидани хусусияти ташкили раванди таълим ҳангоми омодагии кормандони иҷтимоӣ дар доираи дараҷаи баклавриати академӣ ва амалиявӣ мебошад. Асоси гуфтаҳои дар қатор олимони (С.С. Ахтямова, А.М. Кочнев, Л.М. Тухбатуллина) инъикос гардидааст. Ҳамзамон зерини мафҳуми баклавриати академи таълимоторо дар назар доранд, ки минбаъд бо давом додани он дар магистратура муайян менамояд.

Ҳамин тариқ, муаммоҳои омодагии касбии кормандони иҷтимоӣ на танҳо дар сатҳи муассисаҳои олии касбӣ, балки дар сатҳи истеҳсолот низ ҷой дорад. Ҳалли масъалаи мазкур метавонад инъикоси худро дар тақвиятбахшии ҳамгироии фанҳои таълимӣ ва амалия дар асоси шарикӣ иҷтимоӣ ёбад.

Ғояи муосири омодагии касбии кормандони иҷтимоӣ дар асоси шарикӣ иҷтимоӣ амалигардонии як қатор принципҳоро тақозо менамояд: системаи омодагии аз рӯи самти «Кори иҷтимоӣ» бояд бо соҳаи ҳифзи иҷтимоии минтақа дар алоқамандии зич қарор дошта бошад; донишҷӯёнро ҳамчун мутахассисони оянда баҳо дода, иштироки онҳо дар бӯҳрони ҷомеа тавассути рушди кори иҷтимоӣ фаъол бошад. Бинобар ин, барои онҳо таҳсилоти босифат мавқеи асосиро ишғол менамояд. Алоқамандии зич байни таълимоти назария ва амалия барои омодагии мутахассисони соҳавӣ рақобатпазир ба ҳисоб меравад.

Ҷорӣ намудан, коркарди барномаҳои таълимӣ компютерӣ, ки дар онҳо машққунакҳо, системаи тестӣ ва ғ. дохил гардидаанд, имкон медиҳад, ки сатҳи ташаккулёбии малакаҳоро дар фаъолияти амалияи корманди иҷтимоӣ санҷид. Барои ҳалли проблемаи ҷойдошта,

пеш аз ҳама саводнокии иттилоотӣ ва компютерио дар раванди таълим аз рӯи фанҳои: “Информатика”, “Информатикаи иҷтимоӣ”, “Технологияҳои муосири иттилоотӣ дар илмҳои иҷтимоӣ” бояд тақвият бахшид. Барои мисол, дар раванди омӯзиши фанни “Информатикаи иҷтимоӣ” метавон барномаи компютери “Оила ва кӯдакон”-ро истифода бурд.

Яке аз муаммоҳои муосири омодаسازی касбии кормандони иҷтимоӣ ин ба низом даровардани корҳои ташкилӣ-методӣ мебошад. Дар муассисаҳои иҷтимоӣ бинобар сабаби баланд будани дараҷаи коргузори кормандони хадамоти иҷтимоӣ, аксар вақт ҳангоми таҷрибаомӯзӣ шавқу ҳаваси донишҷӯён дар сатҳи паст қарор дорад. Барои ҳалли масъалаи мазкур ва баланд бардоштани сатҳи шавқу ҳаваси донишҷӯён ба касби интихобгардида, ташкил кардани марказҳо ва ҳуҷраҳои корӣ дар муассисаҳои ҳифзи иҷтимоӣ ҷолиби

диққат мебошад.

Хулоса.

1. Тибби-иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон самти нави таълим буда дар асоси таҳқиқотҳои назариявӣ ва эмпирикии гузаронидашуда муаммоҳои асосии омодаسازی касбии кормандони иҷтимоӣ дар муассисаҳои таҳсилоти олии ва роҳҳои баргараф намудани онҳо қарда шуд.

2. Дар шароити имрӯза зарурияти ҳамкории ҳамдигарии байни муассисаҳои таҳсилоти олии ва намояндагони сохторҳои ҳифзи иҷтимоӣ ба миён омадааст, ки он дар ҳалли муаммоҳои омодаسازی касбии кормандони иҷтимоӣ дар муассисаҳои таҳсилоти олии касбӣ нақши калидино мебозад.

3. Новобаста аз мушкилотҳо омодаسازی кормандони соҳаи ҳифзи иҷтимоӣ айни замон ба як низоми муттасил ва муҳим даромада, ба зинаҳои тадричан вусъатёбанда тамоюл дорад.

А. Аҳмедов

ШИПОВНИК ГУНТСКИЙ – КАК ОДИН ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ПРОДУЦЕНТОВ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ

НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана»

Аламхон Аҳмедов – д.м.н., профессор, проректор института по науке и инновациям, член корр. Национальной академии наук Таджикистана, E-mail: alamkhon.01021951@gmail.com, тел: +(992) 988-00-16-41.

Цель исследования. Привлечение внимания ученых на шиповник гунтский как наиболее перспективный с точки зрения содержания в плодах витамина С среди других видов шиповника, произрастающих на территориях республики.

Материалы и методы исследования. В период проведения исследования о способах размножения шиповника гунтского изучено достаточное количество материалов лаборатории лекарственных растений Памирского биологического института им. Х.Юсуфбекова Национальной академии наук Таджикистана и других литературных источников.

Результаты исследования и их обсуж-

дение. Шиповник – один из ценнейших лекарственных растений занимает особое место среди огромного разнообразия растительных ресурсов региона.

Как свидетельствуют многочисленные литературные источники, нет растений в природе более богатых витамином С, чем шиповник. Кроме витамина С его плоды содержат комплекс витаминов В1, В2, Р, РР, К, Е, каротин, сахар, дубильные и пектиновые вещества, лимонную кислоту, микроэлементы (марганец, железо, молибден, медь, кобальт, хром) и т.д., за что плоды шиповника называют естественной кладовой поливитаминов.

Шиповник широко распространен в уме-

ренной и субтропической зонах северного полушария. В настоящее время известно около 400 их видов. На территории Таджикистана насчитывается 17 видов шиповника.

Среди шиповника произрастающего в Таджикистане (17 видов) наиболее перспективным с точки зрения содержания в плодах витамина С является шиповник гунтский.

В условиях Западного Памира этот вид содержит 17% витамина С, что является гораздо больше чем у одноименных видов шиповника произрастающего в равнинных условиях Таджикистана, и у других видов шиповника республики.

В последние годы шиповник гунтский всё больше привлекает внимание исследователей как один из перспективных продуцентов аскорбиновой кислоты.

В республике из-за отсутствия технологии выращивания посадочного материала, промышленное возделывание шиповника не ведется. По этой причине в настоящее время всё его сырьё заготавливается в естественных зарослях.

По данной лаборатории лекарственных растений Памирского биологического института им. Х.Юсуфбекова Национальной академии наук Таджикистана, только на территории ГБАО шиповник гунтский занимает 193,3 га площади с эксплуатационным запасом 158 тонн воздушно-сухого сырья и объёмом возможной ежегодной заготовки 79 тонн. Из существующих запасов ежегодно заготавливается около 30%. Больше половины естественного сырьевого запаса ежегодно пропадает из-за произрастания в труднодоступных горных местностях.

Вместе с тем, в последние годы в результате воздействия антропогенного факторов, как освоение новых земель, расчистки закустаренных площадей, нерегламентированной

пастьбы скота и т.д., естественные запасы шиповника гунтского резко сокращаются.

В силу этих обстоятельств с целью ускорения отбора и введения в широкое производство наиболее его ценных форм возникает необходимость в местах естественного произрастания шиповника, наряду с организацией охранных мероприятий, проведение реконструкции путем широкого развертывания научно-исследовательских работ.

Выращивание шиповника гунтского в хозяйствах Таджикистана с коммерческой целью в период широкого предпринимательства и свободных рыночных отношений является перспективным делом. Оно обеспечивает стабильно высокий уровень рентабельности хозяйства, планомерное ежегодное получение больше лекарственного сырья и ценных пищевых продуктов.

Выводы:

1. Среди других шиповников произрастающих на территории республики (17 видов) с точки зрения содержания в плодах витамина С наиболее перспективным является шиповник гунтский.

2. За последние годы из-за освоения новых земель, расчистки закустаренных площадей, нерегламентированной пастьбы скота, - естественные запасы шиповника гунтского резко сокращаются.

3. С целью проведения мероприятий для сохранения и приумножения его естественных ресурсов в стране рекомендуется в местах естественного произрастания шиповника гунтского проведения более широкой научно-исследовательской работы.

4. Из-за отсутствия технологии выращивания посадочного материала, промышленное возделывание шиповника гунтского не ведется.

А. Ч. Шамсидинов, М. Э. Сироджидинов, З. Р. Обидов

АНОДНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СПЛАВА Zn55Al С ТАЛЛИЕМ, В СРЕДЕ ЭЛЕКТРОЛИТА HCl

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

ГОУ «Таджикский технический университет им. акад. М.С. Осими»

Шамсидинов Амриддин Джамолиддинович – к.х.н., заведующий кафедрой фармацевтической технологии, фармакогнозии, организации и экономики фармации, фармакологии и клинической фармакологии, фармацевтической службы и фармацевтической информации НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», тел: 935 03 99 22

Цель исследования. Влияние добавок таллия на анодное поведение цинково-алюминиевого сплава Zn55Al, в кислой среде. Доказано, что введение в сплав Zn55Al таллий (0.01-0.1 мас.%) способствует уменьшению скорости коррозии сплава Zn55Al.

Материалы и методы исследования. Цинк-алюминиевые сплавы широко используются в различных областях техники. В последнее время данные сплавы стали применять в качестве защитных покрытий стальных конструкций и сооружений. В литературе и в сети интернете встречаются различные модификации сплавов, легированных третьим элементом. Наиболее известные из них, это сплавы Zn5Al и Zn55Al известные под рыночными марками Гальфан-I и Гальфан-II. Однако вопросы улучшения долговечности стальных конструкции и продления срока их службы остаётся актуальной задачей.

Результаты исследования. Для проведения исследований была получена серия сплавов, содержащих таллия от 0.01 до 1.0 мас.%. Из расплава отливались цилиндрические образцы диаметром 8 мм и высотой 140 мм. Перед погружением электрода в электролит его торцевую часть зачищали наждачной бумагой, полировали, обезжиривали, тщательно промывали спиртом и затем погружали в раствор электролита HCl.

Потенциостатическое исследование анодного поведения цинково-алюминиевого сплава Zn55Al, легированного таллием проводилось в средах электролита 0.001%; 0.01% и 0.1%

HCl со скоростью развёртки потенциала 2мВ/с на потенциостате ПИ-50.1.1 по методике, описанной в работах.

Зависимость потенциала свободной коррозии сплавов от времени играет важную роль в установлении пассивности поверхности в различных средах. Изменения потенциала свободной коррозии цинково-алюминиевого сплава Zn55Al, легированного таллием различной концентрации, во времени в среде электролита HCl фиксировались в течение 1 часа. Независимо от химического состава для всех исследованных групп сплавов отмечено смещение потенциала в положительную область, что характеризует динамику формирования защитной оксидной плёнки, которая завершается к 30 мин от начала погружения в электролит. С ростом концентрации электролита соляной кислоты потенциал свободной коррозии уменьшается, что косвенно свидетельствует о снижении противокоррозионной устойчивости сплавов по мере роста агрессивности среды.

Потенциалы коррозии ($-E_{корр.}$, В), питтингообразования ($-E_{п.о.}$, В) и репассивации ($-E_{реп.}$, В) цинково-алюминиевого сплава Zn55Al, легированного таллием, в кислой среде, показывают, что добавки таллия в количестве от 0.01 до 0.1 мас.% в положительную сторону сдвигают данных потенциалов исходного сплава Zn55Al. Однако потенциалы коррозии, питтингообразования и репассивации сдвигаются в отрицательную область значений при дальнейшем повышении в сплавах количества

легирующего компонента более 0.5 мас.%, что соответственно значения потенциалов репассивации, питтингообразования и коррозии незначительно растут в отрицательном направлении. Приведенная выше особенность отмечалась при различной концентрации состава электролита в исследуемой кислой среде.

В общем, плотность тока коррозии цинково-алюминиевого сплава Zn55Al в зависимости от концентрации кислого электролита равна 0.050; 0.060 и 0.078 А/м², а сплава с добавкой 0.1 мас.% таллия – 0.048; 0.051 и 0.056 А/м², соответственно в средах электролита 0.001%; 0.01% и 0.1% HCl. Отмечено, что сплавы, легированные таллием в пределах 0.01, 0.1 мас.%, имеют низкие значения

скорости анодной коррозии по сравнению с исходным сплавом.

Выводы.

1. Легирование сплава Zn55Al таллием в пределах концентрации (0.01-0.1 мас.%) способствует смещению потенциалов коррозии, питтингообразования и репассивации.

2. Результаты исследования анодного поведения сплава Zn55Al, легированного таллием позволяют рекомендовать наиболее перспективные составы легированных сплавов с таллием (0.01-0.1 мас.%). Скорость коррозии данных сплавов уменьшаются почти в 2 раза. Данные составы сплавов рекомендуются как анодных покрытий для защиты от коррозии стальных изделий, конструкций и сооружений.

Ф.П. Магзумова, К.Дж. Пулотов

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» г. Душанбе
НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»*

Магзумова Фируза Пулодовна – к.м.н., зам. директора ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» г. Душанбе, тел.: 93-31534-73

Цель исследования. Изучить состояние лечебно-профилактических учреждений Республики Таджикистан по вопросам готовности проведения медицинской реабилитации среди лиц переболевших коронавирусной инфекцией COVID-2019.

Материал и методы исследования. Используются официальные статистические отчеты учреждений ПМСП за период май - сентябрь месяцы 2020 года, а также анализ деятельности семейных врачей республики.

Результаты исследования и их обсуждение. Появление COVID-19 и распространение его по миру поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой инфекции, вызванной новым коронавирусом, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитацией и вторичной профилактикой. В настоящее время

информация о первичной, вторичной профилактике и медицинской реабилитации этого заболевания ограничены.

Анализ исследований показал, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония, в 3–4% случаев регистрируется развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). Учитывая необычность самой ситуации пандемии и особенности патогенеза заболевания, вызванного SARS-CoV-2, шаблонное применение общепринятых методов может быть небезопасным или неэффективным. Связи с чем необходимо рассмотреть также синдромный подход к применению средств и методов физической и реабилитационной медицины.

Согласно результатам исследований в самом пике пандемии в Таджикистане в мае

месяце 2020 года выдано 9308 больничных листов временной нетрудоспособности, из них 2428 с диагнозом COVID-19 различных видов (пневмония, бронхиты и ОРДС), который составил 26,0% от общего количества больничных листов. В июне месяце 21597, связанных с COVID-19 – составил 2892 больничных листов (15,5%), в июле месяце – 35941, с COVID-19 – 4135 (13,0%). За данный период выдано 9455 больничных листов лицам трудоспособного возраста, но всего 10% из них прошли курсы медицинской реабилитации.

При выборочном опросе пациентов переболевших COVID-19 лиц трудоспособного возраста и лиц с инвалидностью не проходили третичный уровень медицинской реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства. Они связывают с нехваткой специалистов - реабилитологов в

учреждениях ПМСП, нехваткой квалифицированных специалистов ЛФК, эрготерапевтов, катастрофической нехваткой финансов для прохождения медицинской реабилитации.

Выводы. Необходимо подготовить специалистов реабилитологов на всех трех этапах медицинской реабилитации. С целью предупреждения и профилактики COVID-19 подготовить семейных врачей, терапевтов, педиатров, врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине, физиотерапевтов, медицинских психологов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, медицинских сестер и других специалистов мультидисциплинарных реабилитационных бригад, работающих в сфере оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 на различных этапах навыкам медицинской реабилитации.

Н.С. Зоҳидов, Ҳ. Юлдошев

КВИНОА МАНБАИ МОДДАҲОИ ФАЪОЛИ БИОЛОҒИ ВА ДУРНАМОИ ИСТИФОДАИ ОН

*МТҒ «Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон»
МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»*

Зоҳидов Насибулло Собирҷонович - омӯзгори кафедраи технологияи фармасевтӣ, фармакогнозия, фармакология, ташиқил ва иқтисоди фармасевтӣ, фармакология ва фармакологияи клиникӣ, хизмати фармасевтӣ ва иттилооти фармасевтӣи МТҒ «Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон»

Мақсади таҳқиқот. Бо мақсади ба даст овардани маводи фаъоли биолоғӣ, омӯхтани хосиятҳои физикию-химиявӣ, биохимиявӣ ва моддаҳои фаъоли биолоғӣ квиноа иборат мебошад.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот: Омӯзиши адабиётҳо оид ба квиноа ҳамчун манбаи моддаҳои фаъоли биолоғӣ ва гузаронидани таҳлилҳои физикию-химиявӣ ва биохимиявӣ донаҳои он.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Афзоиши босуръати аҳолии қураи Замин боиси ба миён омадани мушкилиҳо оид ба таъмин намудани аҳоли бо маводи озӯқа гаш-

та, яке аз муҳимтарин мушкилиҳои иҷтимоӣ ва иқтисодии асри XXI ба ҳисоб меравад.

Талаботи солонии протеин ба як шахс 25,5 кг рост меояд. Дар соли 1999 ба 6 миллиард нафар аҳолии рӯи Замин тақрибан 127 миллион тонна протеин рост омад. Ин нишондиҳанда дар соли 2022 боз ба 40% афзоиш ёфт. Мушкилиҳои асосӣ ин қонғ гардондани эҳтиётоти аҳолии рӯи Замин ба озӯқаворӣ сафедадор боз ҳам муҳимтар мегардад.

Байни зироатҳои бештар ояндадор тибқи маълумоти Созмони милали муттаҳид квиноа ба сифати алтернативӣ барои ҳалли мушки-

лоти ғизои инсон муқаррар шудааст. Донаҳои квиноа сафедаи пурқиммат дорад, ки ба таркиби онҳо ҳамаи аминокислотаҳои ивазнашаванда дохил мешаванд. Инчунин квиноа дорои витаминҳои дар равған ҳалшавандаи А, бета-каротин ва Е мебошад. Аз витаминҳои дар об ҳалшаванда витаминҳои В1., В2., В3 (РР), В4., В5., В6 ва В9 мавҷуданд.

Квиноа растании яксола буда, ба авлоди шӯра ва оилаи шӯрагиҳо дохил мешавад. Дар забони русӣ ин растаниро ҳамчунин «кинва», «квиноа», «лебеда киноа», «квиноя», «рисовая лебеда» низ ном мебаранд. Растании квиноа то ду метр қад кашида, ранги пояш сабзчатоб ва баргҳои он гирдшакл мешаванд. Шӯра, ки ҳамчун алафи бегона хеле маъмул аст, аз авлоди наздиктарини квиноа мебошад. Меваҳои квиноа дар хушаҳои калон ва ба ҳам печида ҳосил мебаранд. Квиноа ба се намуди асосӣ тақсим шуда вобаста ба тақсмоти он рангҳои донааш зардчатоб (зарди нахӯдӣ), сурх ва сиёҳ, мешаванд.

Маҳсули квиноаро ҳамчун донагӣ ҳисоб мекунанд, аммо дар асл маҳсули квиноа донаи ҳақиқӣ нест ва квиноа растании ғалладонагӣ ҳисоб намешавад. Азбаски, донаи квиноа ба

донаи ғалладонагиҳо монандии зоҳирӣ дорад, онро растании ғайриҳақиқии ғалладонагӣ ва аз сабаби он, ки дар таркиби донааш миқдори зиёди чарб мавҷуд аст - онро растании ғайриҳақиқии равғандор мешуморанд.

Хулоса. 1. Дар натиҷаи омӯхтани сабзиш ва инкишофи растании он муқаррар карда шуд, ки дар шароити намнокӣ ва ҳавои муътадил (24-28°C) тухми ин растани хуб сабзиш намуда, ҳосили зиёдтарини массаи сабзиш ва тухми босифатро медиҳад. Дар асосӣ таҳлилҳои биохимиявӣ ошкор гардид, ки сафеда дар массаи хушкӣ донаҳои квиноа 17-18,7% ва равған то 6,5-7%-ро ташкил медиҳанд. Ҳоло таҳлилҳои биохимиявӣ идома доранд. Натиҷаҳои бадастомада имкон медиҳанд, ки квиноаро ба сифати растании ғизоӣ ва доруворӣ, ҳамчун сарчашмаи ҷамбаи дорои моддаҳои фаъоли биологӣ пурарзиш ва микронутриентҳо тавсия намоем.

2. Имконияти коркарди саноатӣ аз квиноа истехсол кардани сафеда то ҳол ба пуррагӣ омӯхта нашудааст. Дар айни замон, ин масъала тавачҷӯҳи амалӣ дорад, ки ба омӯзиши биохимиявии он аҳамияти махсус дода мешавад.

М.М. Эгамова, Р.Ш. Сафарзода

ТОПИНАМБУР, ЕГО НАРОДНОЕ И НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Эгамова Мохира Маликовна – декан стоматологического и фармацевтического факультетов НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», соискатель кафедры фармацевтической технологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», тел: (+992) 900 90 38 10.

Цель исследования. Изучение многоцелевого назначения топинамбура.

Материал и методы исследования. Материалом для проведения наших исследований послужили результаты исследований разных авторов по изучению топинамбура.

Результаты исследования. Биологическая ценность топинамбура заключается в со-

держание в его клубнях полисахаридов инулина и пектина.

Топинамбур характеризуется неограниченными возможностями многоцелевого назначения. Их применяют при пищевых, кормовых и медицинских целях. Топинамбур признан ценным источником питания для человека (Ревинцев П.В., 2017).

Топинамбур широко применяется в народной медицине при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, сахарного диабета, сердечно-сосудистой системы, атеросклероза, а также для устранения косметических дефектов. Его принимают в виде настоев и отваров, как клубни, так и травы (цветки, листья, стебли) (Зяблицева Н.С., 2014).

В последние годы результаты исследований разных авторов, по изучению использования топинамбура показывают, что лекарственные средства и продукты на основе клубни и травы топинамбура обладают широким спектром биологического действия (Сафарзода Р.Ш., 2017).

Проведенные нами исследования показали, что клубни топинамбура за счёт фруктозанов и фруктозидов, снижает уровень сахара в крови, а также пектиновые вещества проявляет очищение организма из токсинов. В траве топинамбура присутствуют биологически-активные вещества (флавоноиды, витамины, дубильные вещества и т.д.), которые участвуют в обменных процессах.

Выводы. Результаты проведенных исследований показали, что топинамбур является ценным природным источником биологически активных веществ и перспективным сырьем для получения различных лечебных и профилактических средств.

А.А. Рахматулаев, М. Мирзорахимов, Н.Ш. Розиков

ВАЗЪИ ВОҚЕЪИИ ХИЗМАТИ БАХШИ АНАТОМИЯИ ПАТОЛОГӢ ДАР ҚАЛАМРАВИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

МТҒ «Донишқадаи тиббӣ- иҷтимоии Тоҷикистон»

Рахматулаев Азамшоҳ Асламшоевич – *и.в. мудири кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии МТҒ «Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон», унвонҷӯи кафедраи бемориҳои дарунии МТҒ «Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон», E-mail: azamshoh64@gmail.com, тел: (+992) 552-05-70-00.*

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани вазъи воқеии хизмати бахши анатомияи патологӣ дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар рафти таҳқиқот аз нишондодҳои МД “Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббӣ”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи вазъи хизмати бахши анатомияи патологӣ дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳқиқотҳои гузаронидашуда маълум намуд, ки тибқи моддаи 35-ми Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (30.05 соли 2017, №1413) бо мақсади муайян намудани сабабҳои фавт ва дақиқ кардани ташҳиси беморӣ ташҳиси анатомияи патологӣ гузаронида мешавад.

Дар солҳои шуравӣ хизмати бахши ана-

томияи патологӣ дар саросари Тоҷикистон қариб, ки бо тариқи пурра ба роҳ монда шуда буд. Дар ҳар беморхонаҳои ноҳиявӣ ва шаҳрӣ шӯъбаи анатомияи патологӣ фаъолият менамуд. Дар чадвали кории ҳар шӯъба воҳидҳои кории табиби патологоанатом ва лаборантҳо чудо карда шуда буданд. Дар назди ҳар як беморхона майитхонаҳо (морғҳо) сохта шуда, бо тамоми таҷҳизоти патологоанатомӣ ва дигар маводҳои ниёзи он таъмин карда шуда буданд. Дар сурати зарурият ҳасади беморони дар беморхона фавтида, ташреҳ карда мешуданд. Гирифтани биопсия аз беморони ба он нишондод дошта, ҳатми буд. Баъди ба даст овардани Истиқлолияти давлатӣ вазъи бахши хизматрасонии анатомияи патологӣ дар беморхонаҳои марказии ноҳиявӣ, беморхонаҳои клиникаи шаҳрӣ ва беморхонаҳои клиникаи вилоятӣ ва ҷумҳуриявӣ дар ҳолати ногувор қарор ги-

рифтанд. Дар тамоми беморхонаҳои марказии ноҳияҳои тобеъи ҷумҳурӣ, беморхонаҳои клиникавии шаҳрӣ ва ҷумҳуриявӣ то ҳоло шӯъбаҳои паталогоанатомӣ фаъолият на-мекунанд ва табибони паталогоанатом арзи вучуд надоранд. Хизмати ин бахш қариб, ки аз байн рафтааст. Танҳо дар Муассисаи давлатии “Маҷмааи тибии Истиқлол”-и шаҳри Душанбе шӯъбаи паталогоанатомӣ фаъолият дорад, ки дар он ҷо на мутахассисони соҳавӣ, балки экспертони тиббии судӣ фаъолият доранд. Дар МД “Маркази миллии тиббии “Шифобахш” шӯъбаи паталогоанатомӣ вучуд дорад, ки дар он танҳо ду нафар табибони патогистолог фаъолият доранду ҳалос, ки онҳо

фақат микромуштаҳзарҳоро аз назари ташхис мегузаронанду ҳалос. Ҳамин гуна мутахассисон дар МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ”, Беморхонаи марказии шаҳри Бустон ва Беморхонаи вилоятии вилояти Хатлон дар шаҳри Бохтар қору фаъолият менамоянд. Дар минтақаи Қулоби вилояти Хатлон, инчунин дар Беморхонаҳои ВМКБ умуман чунин мутахассисон қору фаъолият надоранд.

Хулоса. Хизмати паталогоанатомӣ ба барқарорсозӣ ниёз дорад. Тайёр намудани мутахассисони касбӣ ва ба қор таъмин намудани онҳо вазифаи аввалиндараҷаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба шумор меравад.

С.Б. Холов, А.А. Нодиров

ТАРКИБ ВА ТЕХНОЛОГИЯИ ШАКЛҲОИ МАВОДИ ДОРУВОРӢ ДАР АСОСИ МОДДАҲОИ ФАЪОЛИ БИОЛОГИИ РАСТАНИҲОИ ШИФОБАХШИ ВАТАНӢ

МТҒ “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Холов Сафарали Бегичонович – омӯзгори кафедраи технологияи фарматсевтӣ, таъкил ва иқтисоди фарматсия, хизмат ва иттилооти фармасевтии МТҒ “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” E-mail: safaralikholov96@gmail.com, Тел.: (+992) 905 09 07 96.

Мақсади таҳқиқот. Таъини маводҳои гиёҳии зиддиилтиҳобӣ, ки ҳосиятҳои тағйирдиҳандагии масуниятро дар марҳилаи барвақтии беморӣ дорад, имкон медиҳад вазниниҳое, ки бо пастшавии масунияти организм алоқаманд аст ва ҳамроҳшавии сирояти дуҷумдараҷа ва муолиҷа бо антибиотикҳо баргараф қарда шаванд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зимни тадқиқот маълумотҳо аз адабиётҳои илмӣ ва натиҷаҳои тадқиқотҳо аз муҳаққиқони хоричӣ ва ватанӣ ба қор бурда шудааст. Ҳамин тариқ, таҳлили фармакогнозӣ, фармакологӣ, физико-химиявӣ, фитохимиявӣ ва биофарматсевтии гиёҳҳои шифобахши ватанӣ барои асосноккунии имконоти истифодаи маҷмӯи растаниҳо ва қорқарди маводҳои доруворӣ ва дар асоси онҳо ҳаллу фасли маъсалаи муҳими муосир ва ҳадафу вазифаҳои таҳқиқотҳои ҳозираро

муайян мекунад.

Натиҷаи таҳқиқот. Фаъолнокии зиддиилтиҳобӣ ва зиддимикробии моддаҳои фаъоли биологии растаниҳое, ки дар қаламрави ҷумҳурӣ мерӯянд, маълум аст, ки бо онҳо ковокии даҳон гулӯ ва шуш барои муолиҷаи илтиҳоб, захмҳо ва амсоли инҳоро истифода бурдан мумкин аст. Аммо ин намунаҳо барои омӯзиши бемориҳои роҳҳои нафас ғайриҳос мебошанд. Аз ин рӯ қорқард ва татбиқи намунаи аз моддаҳои фаъоли биологӣ дар амал, ки ба танзилоти шадид наздик аст, маъсалаи мубрами фармакология мебошад.

Ҳамин тариқ, асосноккунии имконоти истифодаи гиёҳҳои шифобахши қаламрави кишварамон дар тиб мубрам буда, маъсалаи истифода ва маҷмӯи воқеии ҳамаи қисматҳои рӯизаминии растаниҳо ҳал қарда мешавад.

Барои таъкили маводҳои дар асоси гиёҳҳои

шифобахши кишвар заминаҳои воқеӣ дар нақшаи манбаи ашёи хоми маводи доруворӣ ватаниро доранд, зеро растаниҳои мазкур дар бештари кишварҳои ҷаҳон парвариш карда мешавад.

Хулоса.

1. Ба роҳ мондани таҳияи хусусиятҳои фармакогносии ва фармакологии растаниҳои шифобахши қаламрави ҷумҳурӣ ва дар асоси моддаҳои фаъоли биологии онҳо тайёр кардани шаклҳои маводҳои доруворӣ масъалаи мубрами муосир мебошад.

2. Омӯзиши хусусиятҳои фармакогносии ва фармакологии растаниҳои шифобахши қаламрави ватанамон хело дар дараҷаи паст ба роҳ монда шудааст.

3. Гарчанде дар Иттиҳоди Ҷумҳурии Шӯравии Сотсиалистӣ аксарияти ин растаниҳоро омӯхта бошанд ҳам, аммо мутаассифона растаниҳои шифобахше, ки дар қаламрави ватанамон мерӯянд ба он стандарте, ки дар дигар давлатҳои Иттиҳоди Ҷумҳурии Шӯравии Сотсиалистӣ таҳия карда шудааст, мувофиқат намекунанд.

4. Растаниҳои шифобахши қаламрави ватанамон сарчашмаи бойи моддаҳои фаъоли биологӣ буда дар оянда истифодаи онҳо ҳамчун манбаи ашёи хом барои истеҳсоли маводҳои доруворӣ хело муфид мебошанд, ки ҳадаф ва вазифаҳои таҳқиқотҳои иловагӣ қарор хоҳад гирифт.

О.Д. Талабов

НАҚШИ ТАҶРИБАОМЎЗИИ ИСТЕҲСОЛӢ ДАР ТАШАККУЛИ МАҲОРАТИ КАСБИИ ДОНИШЧӢӢНИ САМТИ ТИББИЮ ИҶТИМОӢ

МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон»

Талабов Одина Давлатович - мудири шуъбаи таҷрибаомӯзии МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон», *E-mail talabov.odina 66@gmail.com; (+992) 918681713.*

Мақсади таҳқиқот: Таҳлили нақши таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ дар масъалаи дурӯсти азхудкуни ва амиқтар ба роҳ мондани сатҳи дониши устувори амалӣ, ташаккул додани малака ва маҳорат, ҷиҳати ҳалли бошурӯнаи масъалаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ иборат мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Таҳқиқот дар асоси иштироки донишчӯён ҳангоми гузаронидани таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ дар муассисаҳои таълимӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он. Ислоҳоти низомии таҳсилоти тиббии солҳои охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон роҳандозӣ гардида истода, пеш аз ҳама ба омӯзиши модули таълимӣ нигаронида шуда, мақсади асосии он ташаккули қобилияти салоҳиятнокии донишчӯ ҷиҳати ба роҳ мондани фаъолияти худомӯзӣ, бедор кардани ҳисси шавқмандӣ ва тарбияи малакаҳои аввалини илмӣ дар бай-

ни донишчӯён мебошад. Ин падида ба рушди фаъолияти маърифатии донишчӯ мусоидат намуда, ўро аз як донишчӯи бетараф ва камтаваҷҷӯ ба иштирокчиҳои фаъоли раванди таълим табдил медиҳад ва ў имкон пайдо месозад, ки ҳадафу вазифаҳои фаъолияти худро ҳамчун донишчӯ ташаккул дода, роҳҳои муосир ва дастраси ҳалли онҳоро пайдо намояд.

Мавриди зикр, ки сифати омода соختани мутахассисони дар муассисаҳои таҳсилоти тиббӣ бевосита аз сатҳи дониши дар раванди таълими назариявӣ гирифташуда, аз худ кардан ва мустаҳкам намудани малакаҳои амалии касбӣ дар давоми таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ, дар муассисаҳои гуногуни тандурустӣ ва беморхонаҳои соҳавӣ вобастагии қавӣ дорад. Ташаккули самти касбияти табиби оянда дар раванди гузаштани таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ, дар он сурат амалӣ мегардад, ки маводи таълимии таҷрибаомӯзии амалӣ бо фаъолияти

таълимӣ ва илмии донишҷӯён пайваста ва ба талаботҳои замони муосир ҷавобгӯ бошад.

Омӯзиши амалӣ дар раванди таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣю иҷтимоӣ аз гузаронидани таҷрибаҳои тибқи нақшаҳо ва барномаҳои таълимӣ дар ҳаҷме, ки Стандартҳои давлатии таҳсилот дар самтҳои дахлдори омодагии мутахассисон муқаррар кардааст, гузаронида мешавад. Марҳилаи мазкур барои таҳкими донишҳои назариявӣ муҳим ҳисобида мешавад.

Қобили зикр аст, ки раванди таҷрибаомӯзии истеҳсолии донишҷӯёни МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон» давоми се соли фаъолияти он (2020-2022) асосан дар муассисаҳои пешқадами тиббии шаҳри Душанбе сурат гирифта, дар онҳо барои аз худ намудани малакаҳои амалӣ бо истифода аз воситаҳои муосири таълим шароитҳои дахлдор фароҳам оварда мешавад. Бо ин мақсад раёсати донишкада бо 30 муассисаҳои тиббӣю стоматологӣ ва фарматсевтии шаҳрӣ ва ҷумҳуриявӣ шартномаи дучониба ба имзо расонида, ба раванди таълими амалии донишҷӯён аксаран мутахассисони соҳибтаҷрибаи ҳамон муассисаҳо ҷалб карда шуда истодаанд. Дар донишкада тамоми намудҳои таҷрибаомӯзии донишҷӯён тибқи Низомномаи намунавии бо қарори мушовараи Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз 30. 04. 2019, таҳти №6-13 тасдиқ шуда, амали гашта истодааст.

Бо дар назардошти татбиқи донишҳои назариявӣ дар амалияи касбӣ, муошират бо беморон ва имкони иҷрои амалҳои тиббӣю иҷтимоӣ ба ташаккули ҳисси мансубияти донишҷӯён ба ҷомеаи касбӣ мусоидат намуда, ҳавасмандии онҳоро ба омӯзиш ва хоҳиши ба таври ҷиддӣ қабул кардани донишҳои назариявӣ бештар мекунад.

Амалияи таълимӣ аз рӯи ҳамаи фанҳои клиникӣ дар муассисаҳои таълимӣ гузаронида шуда, аз назорати беморон бо сабаби таърихи беморӣ, иҷрои амалҳои тиббӣ таҳти роҳбарии омӯзгор иборат мешавад. Таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ дар муассисаҳои тиббӣю иҷтимоӣ, ки бо Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон оиди имконияти гузаштан аз амалияи тиббӣ шартнома

бастаанд ва захираи зарурии кадрӣ ва илмӣ доранд, гузаронда мешавад. Донишҷӯёни риштаи фарматсевтӣ ва стоматологӣ бошанд, таҷрибаомӯзии истеҳсолиро дар клиникаю марказҳои стоматологӣ ва муассисаҳои фармасевтӣ мегузаранд.

Аз рӯи мушоҳида ва таҷрибаҳои ҳосилшуда усулҳои таълими амалии донишҷӯён танҳо дар сурате самара мебахшанд, ки агар устодони кафедраҳои клиникӣ ва роҳбарони таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ коидаҳои зеринро ба таври ҳатмӣ риоя намоянд:

– барои пурра ва босифат татбиқ намудани барномаи амалии таълимию истеҳсолӣ шароити заруриро фароҳам оваранд;

– ба кормандони муассисаҳои тиббӣю фармасевтӣ ва стоматологӣ барои донишҷӯёни таҷрибаомӯз имкони аз худ кардани дониш ва малакаҳои амалиро муҳайё созанд;

– иштироки фаъолонаи донишҷӯён дар конференсияҳои илмию амалӣ ҷиҳати баррасии дастовардҳои илмии аввалини амалии онҳоро таъмин намоянд;

– назорати мунтазами гузаронидани амалияи таълимӣ, таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ ва сифати иҷрои масъалаҳои барномавии онҳоро ба таври доимӣ дар мадди назар нигоҳ доранд;

– дараҷаи азхудкунии маводи барномаи таълимӣ-амалии донишҷӯёнро ҳангоми гузаронидани санҷиши малакаҳои амалию истеҳсолӣ ҳолисона баҳо диҳанд;

Бояд гуфт, ки дар давраи таҷрибаомӯзии истеҳсолӣ шартҳои зарурии ташаккули маҳорати касбӣ, яъне гирифтани тафаккури клиникӣ табибӣ маҳз дар раванди фаъолияти тиббӣ сурат мегирад.

Таҳқиқотҳои солҳои охир анҷомдодаи олимону мутахассисони соҳаи таҳсилоти тиббӣю фармасевтӣ нишон медиҳанд, ки барои ташаккул додани маҳорат ва салоҳияти касбии корманди тиббӣ ва фармасевтӣ дар оянда дар раванди таълимию муассисаи таълими тиббӣю иҷтимоӣ як қатор тағйиротҳоро дар амал татбиқ намудан лозим меояд. Зеро ташаккули амалияи таълимӣ ва истеҳсолӣ дар муассисаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ бо мақсади ташаккул додани салоҳияти касбии корманди тиббӣ оянда хусусиятҳои хоси худро дорад,

ки он аз предмети меҳнат, вазифаҳо, воситаю имкониятҳо, шароит ва натиҷаҳои кор, мавҷудияти сифатҳои муҳими касбӣ сарчашма гирифта, барои фаъолияти самараноки кормандони соҳаи тиббию иҷтимоӣ заруранд.

Хулоса.

1. Омӯзиши амалӣ дар раванди таълими муассисаҳои таҳсилоти олии тиббию иҷтимоӣ аз гузаронидани таҷрибаҳои тибқи нақшаҳо ва барномаҳои таълимӣ дар ҳаҷме, ки Стандартҳои давлатии таҳсилот дар самтҳои дахлдори омодагии мутахассисон муқаррар карда шуда гузаронида мешавад. Ин марҳилаи раванди таълим барои таҳкими донишҳои

амалӣ яке аз раванди муҳим ҳисобида мешавад.

2. Таҳқиқотҳои гузаронида шуда нишон дод, ки дар оянда барои ташаққул додани маҳорат ва салоҳияти касбии кормандони тиббӣ ва фармасевтӣ дар раванди таълими муассисаҳои тиббию иҷтимоӣ як қатор тағйиротҳо ворид намудан лозим аст.

3. Раванди таҷрибаомӯзии истеҳсоли пеш аз ҳама ба пурзӯр намудани нақши кори мустақилонаи донишҷӯён нигаронида шавад, зеро хушсифат анҷом додани таълимӣ-амалӣ истеҳсоли дар раванди таълими донишҷӯён ба хеле боло рафтани фаъолияти маърифатӣ ва мустақилияти онҳо мусоидат мекунад.

М.Ҳ. Сайфуллоева

ОМУЪЗИШИ МУВОЗИНАТҲОИ ФАЗАГӢ ДАР СИСТЕМАИ $K_2Ca||SO_4, Cl-H_2O$ ДАР ҲАРОРАТИ $75^{\circ}C$

МТФ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Сайфуллоева Мавчигул Хайдаркуловна – мудири кафедраи химияи умумӣ, гайриорганикӣ, биоорганикӣ, таҳлилӣ, биологӣ, физиколоидӣ ва химияи токсикологӣи МТФ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”. тел: (+992) 934 34 45 20

Мақсади таҳқиқот. Раванди омӯзиши мувозинатҳои фазাগӣ дар системаи $K_2Ca||SO_4, Cl-H_2O$ дар ҳарорати $75^{\circ}C$.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Қонуниятҳои мувозинати фазাগии системаи мутақобилаи чоркомпонентии $K, Ca||SO_4, Cl-H_2O$ дар ҳарорати $75^{\circ}C$ дар фишурда баррасӣ шудааст. Барои омӯзиши мувозинати фазাগии системаи таҳқиқшавандаи обиву намакии иборат аз хлоридҳо ва сульфатҳои калию калсий, муаллиф аз усули транслятсия истифода бурдааст, ки моҳияти он дар мақола ба таври муфассал оварда шудааст. Барои сохтани диаграммаи мувозинати фазাগии системаи чоркомпонентаи таҳқиқшаванда дар сатҳи чоркомпонентагӣ, муаллиф дар асоси талаботи методи транслятсия, аз маълумотҳо дар бораи ҳалшавандагии системаҳои секомпонентаи таркибии ин системаи чоркомпонента

истифода бурдааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Системаи таҳқиқшавандаи чоркомпонентаи иборат аз хлоридҳо ва сульфатҳои калию калсий аз чунин зерсистемаҳои секомпонента: $K_2SO_4 - CaSO_4 - H_2O$, $KCl - CaCl_2 - H_2O$, $KCl - K_2SO_4 - H_2O$ ва $CaCl_2 - CaSO_4 - H_2O$ иборат аст. Дар ин сатҳи компонентнокӣ ба системаи мазкур мавҷудияти 7 нуқтаи нонварианти ба назар мерасад. Ҳангоми транслятсияи ин нуқтаҳо ба сатҳи чоркомпонентагӣ 5 нуқтаи нонвариантии ин сатҳи компонентнокӣ пайдо мешаванд.

Хулоса. Дар асоси ин далелҳо диаграммаи сарбастаи мувозинати фазাগии системаи таҳқиқшаванда сохта шуда, майдонҳои кристаллизатсияи фазаҳои сахти мувозинатӣ нишон дода шудаанд.

М.Б. Хакимова, Ф.Дж. Шарифзода

ДЕФИЦИТ ЙОДА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибни Сино»

Хакимова Мухаббат Баходуровна - к.м.н., и.о. заведующий кафедры гигиены и экологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», тел: +(992) 935-72-00-09.

Цель исследования: Изучить распространённость, пути профилактики йодного дефицита, проанализировать ретроспективно динамику основных эпидемиологических показателей первичной заболеваемости.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы и интернет ресурсов-статьи, диссертации, посвященные йод дефициту и репродуктивному здоровью женщин.

Результат исследования и их обсуждения: Заболевания, возникающие в результате дефицита йода, как эндемический зоб относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.

По данным ВОЗ (2007), в настоящее время около 2 миллиардов жителей Земли живут в условиях йодного дефицита, приводящего к развитию таких заболеваний, как эндемический зоб, гипотиреоз, умственная и физическая отсталость, кретинизм.

Таджикистан по проблемам йодного дефицита не остался в стороне. В структуре эндокринных заболеваний эндемический зоб в республике, возникающий как осложнение йод дефицитных заболеваний, занимает первое место. Наиболее проблемным по этому вопросу в республике остается территория Согдийской области, на которой население подвержено риску йод дефицитных заболеваний

В этих регионах по данным статистики здравоохранения ежегодно регистрируется эндемический зоб у 4.5% - 6% населения (563,5 на 100 тыс. нас; 2019г), что вероятно свидетельствует о недостаточном использовании йодированной соли в домашних хозяйствах и

недостаточности йода в почвах этого региона. Почва в регионе в основном серозем и считается бедной по содержанию йода (1,3- 3.8 мг/кг). Для сравнения в прибрежных областях Японского моря содержание йода может достигать до 135 мкг/кг (Studref.com).

Не отстает по показателям первичной заболеваемости по эндемическому зобу и ГБАО, уступая Согдийской области всего лишь на 1%.; (473,5 на 100 тыс. нас). Почти в два раза меньше этот показатель зарегистрирован в Хатлонской области (236,5 на 100 тыс. нас.), где вероятно, регистрация первичной заболеваемости эндемическим зобом оставляет пожелать лучшего.

Заболевания щитовидной железы у женщин встречаются в 10-17 раз чаще, чем у мужчин. Столь частое возникновение заболеваний у женщин, обусловлено характерными для них гормональными особенностями. Дефицит йода неблагоприятно отражается на репродуктивном здоровье женщины, приводя к бесплодию, невынашиванию беременности (24,8 на 1000 ж/р-2019г.), мертворождению (30.8 на 1000 ж/р). В республике около 3% из каждых 1000, взятых на учет новорожденных (2019 г.) появились на свет с различными врожденными аномалиями.

Ликвидация йодной недостаточности признается решением одной из глобальных и социально значимых проблем человечества

Выводы

1. Распространенность йодной недостаточности среди населения республики, особенно Согдийской области, свидетельствует о том, что существующие на сегодняшний день подходы к йодной профилактике недостаточно

эффективны.

2. Проблема йод дефицитных заболеваний остается нерешенной, что диктует необходимость внедрения всеобщего обязательного йодирования соли на фабриках по производ-

ству соли и поиск путей повышения знания населения о способах хранения йодированной соли и повышения знания девочек подросток по вопросам йодного дефицита и их репродуктивного здоровья на территории республики.

Б.Х. Охунов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНТЕРНЕТ - РЕСУРСОВ НА ЗАНЯТИЯХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Охунов Башер Худжакулович - к.п.н., доцент кафедры языков НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», e-mail: bashir_okhunov@mail.ru; тел: (992) 93 510 00 21

Цель исследования. Выявить эффективность использования информационно-коммуникативные технологий на занятиях английского языка и их влияние на повышение познавательной активности студентов.

Материал и методы исследования. К наиболее часто используемым в учебном процессе средствам информационно-коммуникативные технологий относятся: электронные учебники и пособия, демонстрируемые с помощью компьютера и мультимедийного проектора, электронные энциклопедии и справочники, тренажеры и программы тестирования, образовательные ресурсы интернета, DVD и CD диски с картинками и иллюстрациями, видео и аудиотехника, научно-исследовательские работы и проекты.

Результаты исследования и их обсуждение. Использование информационно-коммуникативные технологий и интернет - ресурсов на занятиях английского языка позволяет нас более полно реализовать целый комплекс методических, дидактических, педагогических и психологических принципов. Применение компьютерных образовательных программ на занятиях английского языка повышает эффективность решения коммуникативных задач, развивает разные виды речевой деятельности учащихся, формирует устойчивую мотивацию иноязычной деятельности учащихся на занятиях. Сочетание информационных техноло-

гий с методом проекта позволяет студентам практически применять свои знания, умения и навыки, потому и является одной из форм организации исследовательской и познавательной деятельности, при которой успешно реализуется кооперативная коллективная деятельность, позволяющая повысить мотивацию изучения иностранного языка.

Применение информационно-коммуникативные технологий и интернет-ресурсов на занятиях английского языка даёт возможность достичь стабильных положительных результатов и позволяет нас вести преподавание в разноуровневых курсах с углубленным изучением английского языка – и достигать хорошего результата.

На наш взгляд, использование информационно-коммуникативные технологий и интернет-ресурсов на занятиях английского языка актуально на сегодняшний день, т.к. преподаватель должен быть интересным для своих студентов, идти в ногу со временем, повышать свое педагогическое мастерство и уровень интеллекта.

Информационно-коммуникативные технологий способствуют усилению учебной мотивации изучения ИЯ и совершенствованию знаний учащихся. информационно-коммуникативные технологий направлено на совершенствование форм и методов процесса обучения. Современный период развития общества ха-

рактирует процесс информатизации. Одним из основных направлений процесса информатизации образования является внедрение средств новых информационных технологий в систему образования. В связи с развитием процесса информатизации образования изменяется объем и содержание учебного материала. В настоящее время значительные преобразования в области образования затронули и обучение иностранному языку в ВУЗах. В частности стали внедряться новые информационные технологии, такие использование Интернет-ресурсов, обучающих компьютерных программ в учебный процесс. Мы живем в век информационной, компьютерной революции, которая началась в середине 80-х годов и до сих пор продолжают наращивать темпы. Компьютеры стремительно вошли в нашу жизнь и в процесс обучения английскому языку. Компьютер в учебном процессе является средством обучения детей, усиливающим и расширяющим возможности их обучающей деятельности. Компьютеры существенно расширяют возможности преподавателей по индивидуализации обучения и активизации познавательной деятельности учащихся в обучении английскому языку, позволяют максимально адаптировать процесс обучения к индивидуальным особенностям учащихся.

Сегодня, умение использовать в своей предметной области средства вычислительной техники и телекоммуникаций следует рассматривать как критерий общей грамотности, сопоставимый на сегодняшний день с традиционной трактовкой данного понятия – как уметь читать, писать и считать.

Использование информационно-компьютерных технологий открывает для нас новые возможности в преподавании иностранного языка, т.к. используя информационно-коммуникативные технологий на занятиях английского языка, мы сталкиваемся с новыми формами и методами преподавания, а также ищем новые подходы и стили к процессу обучения.

И так, назовем наиболее часто используемые элементы информационно-коммуникативных технологий в учебном процессе:

– электронные учебники и пособия, де-

монстрируемые с помощью компьютера и мультимедийного проекта, интерактивной доски;

– электронные энциклопедии и справочники;

– образовательные ресурсы Интернета;

– DVD и CD диски с картинками и иллюстрациями;

– видео и аудиотехника;

– интерактивные конференции и конкурсы;

– материалы для дистанционного обучения;

– научно-исследовательские работы и проекты;

– дистанционное обучение

Изучение английского языка с использованием информационно-коммуникативных технологий дает возможность принимать участие в тестированиях, в информационно-коммуникативных технологиях орианах, конкурсах.

Одним из наиболее революционных достижений за последние десятилетия, которое значительно повлияло на образовательный процесс во всем мире, стало создание всемирной компьютерной сети, получившей название Интернет, что буквально означает “международная сеть” (англ. international net). Использование кибернетического пространства (syberspace) в учебных целях является абсолютно новым направлением общей дидактики и частной методики, так как происходящие изменения затрагивают все стороны учебного процесса, начиная от выбора приемов и стиля работы, кончая изменением требований к академическому уровню обучающихся.

На занятиях английского языка с помощью Интернета можно решать целый ряд дидактических задач: формировать навыки и умения чтения, используя материалы глобальной сети; совершенствовать умения письменной речи студентов; пополнять словарный запас учащихся; формировать у студентов устойчивую мотивацию к изучению английского языка, расширять кругозор студентов, налаживать и поддерживать деловые связи и контакты со своими сверстниками в англоязычных странах, участвовать в чатах, видео-

конференциях и т.д.

Эти ресурсы могут быть активно использованы на занятии. Однако нельзя забывать о том, что Интернет - лишь вспомогательное техническое средство обучения, и для достижения оптимальных результатов необходимо грамотно интегрировать его использование в процесс занятия.

Несомненно, Интернет может использоваться в качестве эффективного приложения для развития грамматических, лексических навыков и умений, проверки знаний. Сюда входят всевозможные тренировочные лексические, грамматические, фонетические упражнения, тесты на чтение, грамматику, IQ-тесты и т.д. Преподаватели или сами студенты могут находить такие сайты на WWW.

Большим плюсом использования ресурсов интернета является развитие межкультурной компетенции, т.е., знакомству с различными культурами, определению путей их взаимодействия и взаимопроникновения друг в друга,

формированию культурных универсалий, необходимых для достижения взаимопонимания и плодотворного сотрудничества при непосредственном общении.

Выводы:

1. Занятия с использованием информационно - коммуникативных технологий дает возможность проводить занятия с разноуровневыми студентами, давать им задания различной степени сложности, предлагать набор заданий и упражнений соответственно их способностям, обеспечивать 100% участия, сохраняя атмосферу доброжелательности, спокойствия.

2. Необходимо использование электронных ресурсов в своей поурочной деятельности.

3. При правильной организации учебного процесса повышается мотивация самоподготовки студентов и появляется сознательное отношение к учебе.

4. Студентов перестают быть пассивными участниками учебного процесса и становятся его активными участниками.

Н.Д. Саидов

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Саидов Некруз Давлатович - к.фарм.наук, ассистент кафедры общей химии, биоорганической, органической, физколлоидной и токсикологической химии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» E-mail: drnekruz@mail.ru, тел: 982 48 48 88

Цель исследования. Изучение стандартизации лекарственных средств.

Материалы и методы исследования. Изучить данные литературы по стандартизации лекарственных средств.

Результаты исследования и их обсуждения. Стандартизация лекарственных средств является, как правило, основным гарантом их высокого качества при серийном производстве и обеспечивает эффективность и безопасность применения. Управление качеством достигается путем осуществления совокупности мероприятий, методов и средств, которые обеспечивают и поддерживают качество продукции. Основой системы управления ка-

чеством продукции является стандартизация. Стандартизация решает следующие основные задачи: разработка нормативных требований к качеству готовой продукции, а также к качеству сырья, полуфабрикатов, используемых при ее изготовлении; разработка требований и норм в области проектирования и производства продукции, методов и средств ее испытания и контроля; обеспечение единства и правильности измерений в стране, разработка новых и совершенствование существующих эталонов единиц измерений; совершенствование систем терминологии и обозначений в различных отраслях науки и техники, участие в работе международных организаций по стан-

дартизации; обеспечение высокого качества продукции через единую систему показателей качества, методов контроля и исследований готовой продукции, а также сырья и материалов, необходимых для ее изготовления; повышение степени соответствия продукта, процессов и т. п. их функциональному назначению, а также устранение технических барьеров в международном товарообмене, содействие НТП и сотрудничеству в различных областях; разработка международных рекомендаций и стандартов и др.

Заключения. Стандарт в целях добровольного (рекомендательного) многократного

использования устанавливает характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг. Национальный стандарт применяется на добровольной основе и может служить доказательной базой выполнения требований соответствующего технического регламента. Он содержит обязательные требования к отдельным видам продукции, процессам их производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации.

С.С. Мурадов

ТАЪЛИМУ ТАРБИЯ АЗ НИГОҶИ МУТАФАККИРОНИ ШАРҚ

MTF “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Мурадов Сайфулло Сафарович - н.и.т, мудири кафедраи фанҳои ҷомеашиносии MTF “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” E-mail: muradov_1957@mail.ru

Мақсади таҳқиқот: бо роҳи мувофиқ пеш бурдани таълиму тарбияи насли наврас, ба маданияти халқи мо хос буда ба хотири нигоҳ доштани фарҳанг ва таърихи тамаддуни аҷдодони мо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: сарчашмаҳои таърихии миллати Форсу тоҷик, пеш аз ҳама “Авесто”-и бузург ва “Шоҳнома”-и бузургвор А.Фирдавсӣ дар масъалаи тарбияи насли наврас, таҳлил ва дастовардҳои илму техникаи муосири ҳамон давра, мавриди таҳлил қарор дода шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар шароити имрӯза тарбияи насли наврас, ҳамчун масъалаи аввалиндараа дар Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор дорад. Ҳанӯз дар ҷамъияти аҷдодони мо қабилаҳои Ориёнӣ, ба сифати тарбия ва фарҳанги насли наврас аҳамияти хоса зоҳир менамуданд. Қисми зиёди адабиёти классикии форсу тоҷик низ, ба мавзӯи тарбияи насли наврас бахшида шудааст. Лекин дар ҳолати имрӯза, ки ба принципҳои тарбиявӣ ва анъанаҳои таърихии халқи тоҷик

зухуротҳои глобализатсияшавӣ (ҷаҳонишавӣ) таъсири манфӣ мерасонанд, мо набояд фирефтаи зухуротҳои глобализатсияи (ҷаҳонишавӣ) ҷилодору пучу бемаъно шуда, аз фарҳангу адабиёти ҳазорсолаамон дур шавем ва онро ҳамчун сарчашмаи асосии таълимии миллат, нигоҳ дорем. Чунки Глобализатсия на танҳо барои шуури ҷамъиятӣ, балки барои тамоми муҳаққиқон, мавзӯи душвор ва гуногунҷабҳа ба ҳисоб меравад. Мо бояд ягона роҳи мувофиқи ба маданияти халқи мо хоссаро, дар тараққиёти давлат ва ҷамъият ба хотири нигоҳ доштани фарҳанг ва тамаддуни таърихии хеш, пеша гирем.

Таърихи афкори мутафаккирони Шарқ гувоҳи он аст, ки шуруъ аз давраҳои бостон тавачҷуҳи хосса ба тарбияи дурусти инсон ҳамчун субъекти пешбарандаи ҷамъият назар карда, барои инкишоф додани арзишҳои ахлоқии онҳо назарияҳои гуногун пешниҳод менамуданд. Мусбиаҳои афкори ахлоқӣ дар инкишофи сифатҳои шахсият ҷӣ дар таълимоти мутафаккирони Шарқ ва ҷӣ Ғарб зарурияти

ба илми алоҳида чудо намудани «Ахлоқ» аз фалсафа гардид. Назарияи ахлоқ паҳлӯҳои гуногуни ахлоқро ҳамун шакли махсуси шурури ҷамъиятӣ мавриди омӯзиш қарор дода, ҳамзамон хонандаро бо муҳтавои афкори ахлоқии олимону мутафаккирони гузаштаву имрӯза ошно менамояд.

Дар ин самт Закариёи Розӣ, Абунастри Форобӣ, Камолиддини Биноӣ, Абуалӣ ибни Сино, Абдурахмони Ҷомӣ ва ғайра, фаъолияти пурсамар намуда, асарҳои зиёди илмиву бадеӣ иншо намудаанд. Худи Абуалӣ ибни Сино этика (ахлоқ)-ро ҳамчун илми амалие баррасӣ менамояд, ки ба воситаи ташаккули сифатҳои накукорӣ рафтори одамро ба танзим мебарорад, тарбияро яке аз унсурҳои муҳими ахлоқ дар оила ва ҷамъият пиндошта, тарафдори таълиму тарбияи коллективӣ фард буд. Ба андешаи файласуф таълим ва тарбия аз шашсолагӣ шуруъ шуда, ду зинаро дар бар мегирад. Зинаи аввал агар ба омӯзиши илм равона карда шуда бошад, зинаи дуввум касбомӯзӣ ва ё тарбияи меҳнатдӯстӣ аст.

Мутафаккир таъкид менамояд, ки агар шахс аз ҷудакӣ бо меҳнат машғул гардад, пас вай дар синни балоғат оилаи худро бе ёрии волидайн таъмин карда метавонад. Меҳнат омили асосии инкишофи ҷисмонӣ ва зеҳнӣ ба шумор меравад. Таълимоти марксизм низ дар ташаккули инсонӣ боақл роли меҳнатро махсус қайд намудааст, ки шаходати зина ба зина дар натиҷаи истеҳсолот дигаргун гаштани

ҷамъият гардидааст.

Абунастри Форобӣ дар асари худ ““Ору аҳл-ил-мадинат-ил-фозилати” андешаҳои ҷолиб баён намудааст. Тибқи ақидаи ӯ ҳамаи хислатҳои ахлоқӣ, ҳам нек ва ҳам бад иқтисодӣ мебошанд, яъне ирсӣ набуда, дар зерӣ таъсири таълиму тарбия ба даст меоянд. Асоси хушбахтии инсон дар хушахлоқист ва дар зерӣ мафҳуми хушахлоқӣ хислатҳои нақӯкорӣ, шараф, вичдон адолатро қайд менамояд.

Закариёи Розӣ дар “Тибби рӯҳонӣ” нақш ва мақоми аҳлоқро дар пешбурди зиндагӣ таъкид намуда, қайд месозад, ки инсоният танҳо таваҷҷути ақл аз ҳайвони ғайри нотик афзалият пайдо намуда, онҳоро молик гардид. Ӯ дар ҳама қору амал ба ақл муроҷиат намуданро маслиҳат медиҳад. Файласуф сифатҳои ахлоқиро иқтисодӣ пиндошта, нақши таълиму тарбияро дар худдорӣ намудан аз аъмоли ношоиста ва тобеъ шудан ба ақл ёдрас мешавад.

Ахлоқ дар ботини инсон ҷавҳари асосӣ буда, дар тамоми марҳилаҳои гуногуни ҳаёт инсонро ҳамроҳӣ мекунад ва сифатҳои шахсии ҳар як фардро инкишоф медиҳад.

Хулоса. Дар ҳалли масъалаи тарбияи насли наврас, ҷамъияти мо бори дигар ба таъриху адабиёти ҳазорсолааш, аз нуқтаи назари масъалаи мубрами имрӯз (муносибатҳои бозоргонӣ ва хатари глобализатсияшавӣ) дар асоси, бояд стратегияи нави имрӯзаи тарбияи насли наврасро таҳия намуда, ба роҳ монад.