



Министерство здравоохранения и  
социальной защиты населения  
Республики Таджикистан



ГОО «Таджикский государственный  
медицинский университет им.  
Абуали ибни Сино»

# ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ



Материалы международной научно-практической  
конференции (68-ой годичной), посвященной «Годам  
развития села, туризма и народных ремёсел  
(2019-2021)»

## Том-2

Душанбе

27 ноября 2020 года



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



**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

**ЗАМИНАҲОИ БУНЁДИИ РУШДИ ИННОВАТСИОНИИ  
ИЛМ ВА ТАЪЛИМ**

**ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИННОВАЦИОННОГО  
РАЗВИТИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ**

**FUNDAMENTAL BASICS OF INNOVATIVE DEVELOPMENT  
OF SCIENCE AND EDUCATION**

Материалы международной научно-практической  
конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовщина)  
«Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины»,  
посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)»

**Том-2**

27 ноября 2020  
Душанбе (Dushanbe)

**Организационный комитет международной научно-практической конференции  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная)**

<b>Абдуллозода Дж.А.</b>	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
<b>Гулзода М.К.</b>	зам. председателя оргкомитета, ректор ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
<b>Мухаббатов Дж.К.</b>	зам. председателя оргкомитета, проректор по науке и издательской работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
<b>Юсуфи С.Дж.</b>	начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, академик АМН МЗ и СЗН РТ, д.фарм.н., профессор
<b>Ибодзода С.Т.</b>	проректор по учебной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
<b>Кобилов К.К.</b>	проректор по лечебной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
<b>Курбонбекова П.К.</b>	проректор по идейно-воспитательной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
<b>Хокиров Т.З.</b>	проректор по хозяйственно-административной части ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
<b>Джамолова Р.Дж.</b>	начальник отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
<b>Рузбойзода К.Р.</b>	начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
<b>Табаров М.С.</b>	начальник учебно-методического управления, д.м.н., профессор
<b>Додхоев Д.С.</b>	начальник международного отдела, д.м.н.
<b>Носири К.Н.</b>	начальник службы ректора, к.м.н., доцент
<b>Бабаева Л.А.</b>	ученый секретарь ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
<b>Холматов П.К.</b>	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
<b>Салимов Дж.С.</b>	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н.
<b>Али-заде С.Г.</b>	ведущий специалист отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
<b>Исматуллоева С.С.</b>	ученый секретарь диссертационных советов, к.м.н.
<b>Мавлонова С.Н.</b>	специалист отдела науки и инноваций
<b>Сабурзода М.</b>	специалист отдела науки и инноваций
<b>Шосафоева М.Ш.</b>	специалист отдела науки и инноваций
<b>Нарзиева Ф.А.</b>	специалист отдела подготовки научных кадров
<b>Субхонова Г.С.</b>	специалист отдела подготовки научных кадров
<b>Миршарофов М.М.</b>	специалист отдела подготовки научных кадров
<b>Охонниёзова Ш.А.</b>	делопроизводитель отдела науки и инноваций
<b>Ходжаева Н.М.</b>	декан медицинского факультета, д.м.н., доцент
<b>Усмонова Г.М.</b>	декан педиатрического факультета, д.м.н.
<b>Каландарзода Ё.К.</b>	декан стоматологического факультета, к.б.н., доцент
<b>Юлдашева У.П.</b>	декан фармацевтического факультета, к.м.н., доцент
<b>Саидзода Б.И.</b>	декан медико-профилактического факультета, к.м.н., доцент
<b>Ворисов А.А.</b>	заведующий отделом делопроизводства службы ректора, к.м.н., доцент
<b>Расулов С.М.</b>	заведующий научной библиотекой, д.ф.н.
<b>Абдурахмонов З.В.</b>	начальник отдела по воспитательной работе, к.и.н.
<b>Файзов Э.М.</b>	начальник отдела социального маркетинга
<b>Азизов Дж.Н.</b>	директор центра информационных технологий
<b>Сафаралиев Ф.Б.</b>	администратор сети
<b>Юлдошев У.Р.</b>	заведующий кафедрой иностранных языков, д.п.н., профессор
<b>Лысых О.А.</b>	преподаватель кафедры иностранных языков
<b>Юсупов А.И.</b>	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии, к.ф.н., доцент
<b>Эгамназаров Х.Н.</b>	ведущий специалист международного отдела, ответственный за доклады на иностранном языке
<b>Баротов А.К.</b>	ответственный редактор журнала «Вестник Авиценны», к.м.н., доцент
<b>Раджабов Г.О.</b>	директор образовательного научно-производственного центра «Фармация», к.б.н.
<b>Мазитёв М.Г.</b>	главный редактор газеты «Ворисони Сино»
<b>Назриев Н.Х.</b>	заведующий типографией ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

*«В нынешних условиях наука и знания являются основными показателями степени развития каждого государства и нации и напрямую связаны с развитием человеческого потенциала. Исходя из этого, 2020-2040 годы объявлены Годами изучения и развития естественных, точных и математических наук... Наука является бесценным достоянием, а интеллектуальный потенциал каждой страны связан с её мощной силой».*

*Эмомали Рахмон*

### **Уважаемые коллеги!**

Наша годовая конференция проходит в неординарных условиях мировой пандемии COVID-19. Вирус, практически, изменил полностью обычную жизнь всего населения Земли. Сегодня в обиход прочно вошли такие понятия как карантин, самоизоляция, коронакризис, болезнь и т.д. Но среди всех этих пессимистических слов имеются и слова надежды такие как иммунитет, вакцинация, биотехнологии, биологические лаборатории. Данные слова чётко подходят под понятия фундаментальная наука и инновационное развитие, то есть те слова, которые вынесены в название данной конференции.

Необходимо признать, что разработка фундаментальной науки – это основа инновационного развития общества. И гонка крупных держав по разработке вакцин от COVID-19 очень хорошо показало, где наиболее развита фундаментальная наука. Именно такие события показывают, чего добилось общество и его научно-исследовательские институты в своём развитии. В частности, чего добилась медицинская наука. При этом, можно констатировать, что в нашей республике, не смотря на развитие научно-медицинских центров и научно-исследовательских институтов, основной костяк научной мысли сосредоточен в Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино. Этим можно гордиться, но вместе с тем необходимо помнить и об ответственности перед обществом. Конечно, основная задача университета – это обучение, но высокая концентрация учёных в стенах университета, обязывает его быть в авангарде медицинской науки. Поэтому руководство старается создать все условия не только для комфортного преподавания, но и для развития научной мысли.

Восстановление Центральной научно-исследовательской лаборатории в 2009 году, продолжающаяся оснастка научной аппаратурой, восстановление вивария – все это для того, чтобы была возможность для коллектива университета проводить исследования, и прежде всего в фундаментальной медицине. Не секрет, что большая часть научных работ нашего коллектива основана на прикладных исследованиях, тем не менее от радно, что появляются работы с элементами фундаментальных исследований. Однако этого мало. Чтобы увеличить подобные работы необходима интеграция исследований кафедр теоретической медицины и клинических кафедр на базе ЦНИЛ. Только подобный симбиоз позволит выполнять значимые исследования.

Задача прикладной науки – адаптация, подстраивание, усовершенствование, модификация и оптимизация. Но это конечный ограниченный процесс, в то время как задачи фундаментальной науки – закладка основ для новых гипотез и знаний, разработки инновационных методов диагностики и лечения – является стартовым процессом, который даёт большой простор для научного творчества. Поэтому научное творчество должно стать атмосферой университета.

Французский писатель Оноре де Бальзак сказал: «Истинный учёный – это мечтатель, а кто им не является, тот называет себя практиком». Но у нас с Вами в университете



нет такой роскоши быть только практиками. Мы работаем с молодым поколением. Мы обязаны своим примером обучать будущее поколение медиков не только лечить (практиковать), но и уметь «мечтать, фантазировать» на основании научных фактов. Если в университете будут работать только консервативные практики, то наука остановится.

И здесь встаёт вопрос о медицинском образовании. Все вы являетесь свидетелями как меняется медицинское образование. В нашем университете к вопросам реформирования администрация подошла ещё в 2009 году. Но как показывает наш опыт, на тот момент коллектив был не очень готов. Тем не менее те начинания легли в основу сегодняшних преобразований медицинского образования. Более того, появились запросы со стороны как общества, так и государства. В том числе и большинство профессорско-преподавательского состава осознаёт, что назрела необходимость изменений системы образования. И в данном вопросе мы не должны слепо подходить к преобразованиям, т.к. есть научный подход. Не просто научный, но инновационный подход.

В рамках реформирования медицинского образования в нашем университете запущена программа «Инновационный преподаватель». Большинство ассистентов кафедр прошли обучения на различных курсах и стали свидетелями новых методов онлайн обучения. Это тоже инновационная практика. Благодаря пандемии скачкообразное развитие получили цифровые технологии обучения. Сегодня уже многие преподаватели нашего университета познакомились с такими платформами как Zoom, Cisco WebEx, Moodle.

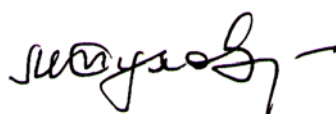
Введение электронных журналов, личных кабинетов, разработка на основе цифровых технологий разделов по самостоятельной работе студентов позволит оптимизировать учебный процесс. Но это только начало. Нам предстоит трансформировать весь образовательный процесс. Наши студенты должны получать не «лоскутные», а цельные знания на основе интеграции фундаментальных и клинических предметов. Более того, они должны научиться уже со студенческой скамьи решать клинические задачи по распознаванию и диагностике, и правильному принятию решений, научиться брать ответственность за принятые решения, уметь находить информацию и уметь пользоваться накопленным знанием.

В конце концов наша с Вами цель подготовить компетентного специалиста, хорошо владеющего не только практическими навыками, но и умеющего творчески мыслить.

Именно об этих вопросах нам необходимо поговорить на данной конференции. Поднятые вопросы очень актуальны. Свидетельством тому служит количество поступивших научных работ в адрес организационного комитета конференции. Итого поступило 1110 работ, из них 310 работ из-за рубежа. Заявлено 188 докладов, из которых 71 доклад будет сделан из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Дорогие коллеги! Разрешите пожелать Вам плодотворной работы на площадках конференции! Выражаю надежду, что работа конференции будет продуктивной, и каждый участник приобретёт для себя новые идеи и знания!

**Ректор ГОУ «ТГМУ  
им. Абуали ибни Сино»  
д.м.н., профессор**



**М.К. Гулзода**

Абдувоҳидов А.А.<sup>1,2</sup>, Мухитдинов З.<sup>1</sup>, Юнусов Н.Х.<sup>2</sup>

ТАЪСИРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИН БА КОБИЛИЯТИ ШАХВОНИИ БЕМОРОНИ

<sup>1</sup>Бемористони “Ибни Сино”

<sup>2</sup>Кафедраи урологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тоҷикистон

**Мухимият.** Простатит аз беморихо пахншудаи урологи ба шумор рафта, аз рӯи адабиётҳо байни мардони кобилияти фаъоли меҳнатидошта аз 20 то 40% ро ташкил медиҳад [1,3]. Яке аз оризаҳои муҳим ва мубрами простатит ин ихтилол дар фаъолияти чинсӣ мебошад, ки аҳамияти тиббӣ иҷтимоиро дорост. Барои тақсимбандии простатит ва намудҳои он таснифоти зиёде аз тарафи олимони пешниҳод шудааст. Таснифоте, ки Институти миллии тандурустии Амрико соли 1995 пешниҳод намуд, яке аз таснифоти асосӣ, имрузҳо дар бисёре аз кишварҳо ба қор бурда мешавад. Аз рӯи ин таснифот простатитро ба гурӯҳҳои зерин рафтабандӣ мекунам: простатити шадид, простатити музмин ба бактериялӣ, простатити музмин абактериялӣ ва простатити бе аломат. Простатити музмин абактериялиро ҳамчун синдроми музмин дарди қос низ тафсир дода шудааст, ки дар навбати худ ба ду зергӯрӯҳ ҷудо мешавад: простатити музмин абактериялии илтиҳобӣ, яъне категорияи IIIа ва простатити музмин абактериялии ғайриилтиҳобӣ – IIIб. Дар заминаи таснифоти мазкур ва тадқиқоти олимони 80 – 90% беморони простатити музминро, простатити музмин абактерияли ташкил медиҳад [1-3].

Аксари беморони гирифтори простатити музмин, мардони синни фаъоли меҳнатӣ мебошанд, ки ин гувоҳӣ аз мубрам будани мушкилоти ташхис ва табобати простатити музмин шаҳодат медиҳад [3-5].

Мухаққикон бар ин назаранд, ки простатити музмин ҳатари мустақим ба қони беморро надорад, аммо боиси паст шудани сифати ҳаёти мард мегардад. Ҳатто баъзе аз олимони соҳа таъсири простатити музмин ба сифтаи ҳаётро баробар медонанд ба таъсири сактаи миокард ба сифати ҳаёти бемор [3]. Хисоби омории тадқиқоти нишон медиҳад, ки аз 30 то 70% беморони гирифтори простатити музмин ҳамзамон мушкилиҳои копулятивӣ низ доранд [1]. Алалхусус простатити музмин дарозмуддат дар бештарин мавридҳо боиси паст шудани вайроншавии ҳолати психосоматики ва дисфунксияи копулятивӣ мегардад. Новобаста аз он ки дар шароити муосир усулҳои нави ташхису муолиҷаи беморони гирифтори простатити музмин мавҷуданд, то ҳол барои муайян кардани усули беҳтари ташхису табобат, бахусу мунозираҳои байни олимони соҳа идома дорад. Гуфтаҳои боло худ гувоҳи онанд, ки таъсири простатити музмин ба функсияи копулятивӣ мардон аҳамияти бузург дошта, ҳаллу фасли ин мушкили ханузам дар марҳилаи омузиши қарор дорад [1,3].

**Мақсади тадқиқот.** Баҳодихии таъсири простатити музмин ба ҳолати копулятивӣ беморон.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқот дар асоси табобати 40 нафар беморони гирифтори простатити музмин, ки дар Бемористони Ибни Сино ба таври амбулатори ташхис ва табобат қарда шуданд, гузаронида шудааст. Синни миёнаи беморон 27±5 солро ташкил дод. Дар шароити дармонгоҳи ба беморони ташхису муоиноти клиникаи лабораторӣ гузаронида шуд. Пас аз гузаронидани ташхису муоиноти маълум гашт, ки 26 нафари беморон гирифтори простатити музмин абактерияли буда, 14 нафарашон гирифтори простатити музмин ба бактерияли мебошанд. Хангоми баҳодихии ҳолати объективӣ ва субъективӣ беморон ба натиҷаи ҳолҳо аз рӯи пурсишномаи индекси байналмилалӣ функсияи эректилӣ - ИБФЭ(МИЭФ 15) таваҷҷуҳи зиёд дода шуд. Ҳамзамон вақти қабули беморон аз рӯи шикаҷҳои бемор, ҳолати психосоматики беморон низ арзёби қарда шуд. Бисёре аз беморон ба сустии умумӣ, тез асабоният шудан, ва қамҷҳои низ шикаҷ намуданд. Инчунин дар вақти тадқиқот таҳлили миқдори гормонҳои хун бахусус тестостерон аз аҳамият дур набуд.

**Натиҷаи тадқиқот.** Дар рафти тадқиқот маълум гашт, ки дар 35 нафар беморони зерин назорат буда ихтилолоти копулятивӣ ба монанди инзоли зудрас, пастшавии либидо ва дисоргазмия ҷой дорад, ки 87,5% -ро аз миқдори умумии беморони зерин назорат буда ташкил доданд. Инчунин дар вақти тадқиқот маълум гашт, ки дар аксари беморони гирифтори дисфунксияи копулятивӣ, дар ин ё он ҳад вайроншавии ҳолати психосоматикӣ мушоҳида мешавад.

Натиҷаи таҳлили пурсишномаи ИБФЭ нишон дод, ки қариб дар ҳамаи беморони дисфунксияи эректилӣ дошта, вайроншавии ҳамаи қисматҳои давраи копулятивӣ мушоҳида мешавад. Натиҷаи пурсишномаи ИБФЭ дар қадвал дарҷ шудааст.

Таблица 1. - Таҳқиқи вазифи чинсӣ аз рӯи ИБФЭ дар беморони зерин назорат буда

Нишондиҳандаи ИБФЭ	Ҳолҳо бадастовардаи беморони зерин назорат буда, ҳисоби миёна (n=40)	ҳудуди ҳолҳои ба даст овардаи беморони зерин назорат буда (n=40)
Функсияи эректилӣ	22,7±4ҳол	18-27
Қонсгардӣ аз алоқаи чинсӣ	9	8-12
Функсияи оргазмӣ	8	7-10
Либидо	7	6-9
Қонсшавии умумӣ	7	6-8

Ҷи хеле ки дар қадвали зикршуда мебинем аз рӯи қисмати функсияи эректилӣ, ки қамҷи саволҳои 1 то 5 ва 15 ро ифода қарда, меъёраш на қамҷар аз 26 ҳол мебошад, беморони зерин назорат будаи мо ба ҳисоби миёна соҳиби 23 ҳол гаштанд. Яъне дар беморони зерин тадқиқот буда, дисфунксияи копулятивӣ бараъло мушоҳида мешавад.

Аз рӯи давомнокии бемори, натиҷагирӣ нишон дод, ки раванди бемории простатити музмин дар аксари беморони мо зиёде аз 2 сол буда, қисми зиёде аз онҳо борҳо табобатҳои антибактерияли гирифтаанд. Барои таҳлил ва муайян намудани таъсири раванди илтиҳоб дар простат ба ҳолати копулятивӣ мо беморонро шартан ба се гурӯҳ

таксим намудем. Ба гурухи аввал бемороне шомил шуданд, ки давомнокии бемориашон то як сол буд. Гуруҳи дуввумро беморони собиқаи простатити то 2 сол дошта ташкил намуданд. Ба гуруҳи саввум бошад беморони зиёда аз 3 сол аз простатити музмин ранчкашида дохил буданд. Хамин тариқ дар ин се гуруҳи холҳои ба даст омадан беморонро аз рӯи пурсишномаи ИБФЭ таҳлил намудем. Дар натиҷа беморони гуруҳи аввал дар кулл, ки чамъи холҳои хамаи қисматҳои давраи копулятивиро дар бар мегирад ба ҳисоби миёна 68 холро соҳиб шуданд. Беморони гуруҳи дуввум, ки давомнокии бемориашон то 2 сол буд ба ҳисоби миёна 60 холро ба даст оварданд. Беморони гуруҳи сеюм, ки зиёда аз 2 сол гирифтори простатити музмин буданд ба ҳисоби миёна 51 холро ба даст оварданд. Аз натиҷаҳои ба даст омада бармеояд, ки давомнокии равиши илтиҳоб дар простат ба ҳолати копулятивӣ таъсир манфӣ мерасонад. Яъне чи қадаре, ки бемор дер ба табобат шуруъ кунад, ҳамон қадар зудтар ва бештар ба ихтилолотҳои ҳолати копулятивӣ дучор мегардад.

Арзёбии ҳолати психосоматикии беморон дар гуруҳҳо низ натиҷаи мушобехро нишон дод. Яъне чи қадаре, ки тули беморӣ дароз бошад, ҳамон қадар дигаргуни дар ҳолати психосоматикии бемор дида мешавад.

Ҳамзамон ба хотири ташҳиси тафриқавии дисфунксияи эректилии сабабаш рағӣ яъне органикӣ ба беморони зерин назорат буда доплерографияи рағҳои олотии мардӣ гузаронида шуд. Дар натиҷаи доплерография маълум гашт, ки дар беморони зерин назорати мо қарордошта, ки гирифтори простатити музмин мебошанд, дисфунксияи эректилии сабабаш органикӣ вучуд надоранд.

**Хулоса.** Аз натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда чунин хулоса баровардан мумкин:

1. Аксари беморони гирифтори простатити музминро дисфунксияи копулятивӣ ҳамрав мебошад.
2. Дисфунксияи копулятивӣ дар навбати худ ба ихтилолотҳои ҳолати психосоматикии оварда, боиси кохиши сифтаи ҳаёти беморон мегардад.
3. Аҳамияти давомнокии раванди илтиҳоб дар простат барои муаян намудани ҳолати копулятивӣ беморон муҳим мебошад.
4. Баҳодиҳӣ аз рӯи пурсишномаи байналмилалӣ функсияи эректилӣ (МИЭФ 15) яке аз усулҳои содда ва дастрас барои ташҳиси ҳолати шахвонии беморон буда, тамоми қисматҳои функсияи копулятивиро инъикос мекунад.

**Адабиётҳо:**

1. Абдувоҳидов А.А. Оптимизация диагностики и лечения больных хроническим абактериальным простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Д., 2019. – 47 с.
2. Абдувоҳидов А.А. Опыт применения тамсулозина у больных с хроническим абактериальным простатитом // Д.Н. Солихов, А.А. Абдувоҳидов, Ш. Ш. Шокиров // Ж. «Вестник педагогического университета». – Душанбе. – 2014. – №5 (60). – С. 79-82.
3. Алчинбаев М.К. и др. Простатит. Современный взгляд на проблему: учебно-практическое пособие – Алматы, 2011, 70 с.
4. Нусратуллоев И.Н., Солихов Д.Н., Косимов М.М., Абдувоҳидов А.А. Лечение больных хроническим абактериальным простатитом // Здоровоохранение Таджикистана – 2011. №3.- С.278-280.
5. Comparison of National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index with International Index of Erectile Function 5 in Men with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Large Cross -Sectional Study in China / Gao J. [et al.] // Biomed Res Int. – 2015. – P. 560239.

*Абдуллозода Д. А., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.*

## **АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

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

**Актуальность.** Самое частое и серьезное осложнение сахарного диабета (СД) – синдром диабетической стопы (СДС). Этот синдром возникает у 80% больных СД через 10-15 лет после начала заболевания и в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих нижних конечностей [1]. Учитывая темпы распространения этого заболевания, эксперты Всемирной Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты. [2,3]. В Таджикистане к 2014 г. зарегистрировано 34853 больных СД, из них 5249 человек с впервые выявленным СД, что составляет 63,6 на 100000 населения и наиболее характерным для больных с осложненными формами СДС является проблема поздней госпитализации. Синдром диабетической стопы является одной из важнейших проблем, требующих качественного подхода в лечении, как медикаментозного, так и хирургического [4]. Однако число локальных операций, сохраняющих опорную функцию конечности, в последние годы возрастает. Значительная часть таких вмешательств приводит к образованию гранулирующих поверхностей, которые при самостоятельном заживлении в условиях нарушенного раневого процесса при синдроме диабетической стопы, превращаются в язвы. Закрывание гранулирующей раны одним из способов свободной или несвободной пластики — важное условие успеха локальной операции и сохранения опорной функции стопы.

**Цель исследования.** Добиться улучшения результатов пластического закрытия ран при длительно незаживающих ранах после трансметатарзальной ампутации у больных сахарным диабетом.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены результаты аутодермопластики длительно незаживающих ран после трансметатарзальной ампутации у больных сахарным диабетом. Нами обследованы 42 больных, которым были выполнены трансметатарзальные ампутации на стопе в Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии и Республиканского ожогового центра на базе ГУ ГМЦ № 3 г. Душанбе. Возрастной спектр больных колебался от 35 до 73 лет. Женщин было 26, мужчин – 16. Длительность сахарного диабета составила от 5 до 10

лет. У всех отмечен сахарный диабет II типа, СДС смешанную форму – 18 (42,8 %), нейропатически-инфицированную – 24 (57,1%).

Критерии оценки готовности ран к аутодермопластике проводилась на основании изучения данных динамики цитогрaмм раневых отпечатков на 1,3,7 и 14 сутки и на основании клинических признаков и бактериологического исследования в исследуемых группах.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех больных, которым была произведена трансметатарзальная ампутация, в последующем осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом толщиной от 0,2 до 0,4 мм, взятым с передне-наружной поверхности бедра. Показателем готовности раны послеоперационной культи к кожной пластике служило наличие равномерных, зернистых, сочных и достаточно плотных некровоточащих грануляций, с умеренным отделяемым и развитой периферической эпителизацией по краям раны. После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. На донорский участок также накладывали кожные узловые швы. В 29 случаях отмечено полное приживление трансплантата в 9 случаях частичное приживление и лишь у 4 больных произошел полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и сохраненной регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности.

**Выводы.** Трансметатарзальная ампутация с последующей свободной аутодермопластикой является операцией выбора для предотвращения развития порочной культи.

#### **Список литературы**

1. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы// Вестник хирургии. Том 175. № 5.2016. с. 63-68.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом// Анналы хир. 2013, №6. С.48.
3. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // Вестник хирургии. Том 174. №5. 2015. С. 61-65.
4. Набиев М.Х., Юсупова Ш.Ю., Сайхунув К.Д., Боронов Т.Б. Предупреждение развития гнойных осложнений у больных с синдромом диабетической стопы//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения №4. 2017. С. 69-72.

*Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.*

### **ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

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

**Актуальность.** Хроническая гипергликемия, как первичное звено в патогенезе диабета инъецирует мощный спектр гормонально-метаболических нарушений, которые в конечном итоге приводят к поражению практически всех функциональных систем организма [1,5]. В 2013 г. в мире, по данным ВОЗ, насчитывается 374 млн. больных с сахарным диабетом (СД), а в России - 3 млн 782 тыс. чел. Сахарный диабет имеет распространение от 2,5 до 3,8% в популяции с удвоением числа больных каждые 10-15 лет [2,3]. Частота развития (СДС) за последние годы возросла более чем в 5 раз (у каждого шестого пациента с СД), а результаты лечения данной категории больных оставляют желать лучшего. Каждые 40 секунд в мире выполняется ампутация нижней конечности, связанная с СД, а за год конечность теряют 1 млн человек [4].

**Цель исследования.** Изучить влияние антиоксидантов в лечении синдрома эндогенной интоксикации у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы.

**Материал и методы исследования.** В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 120 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутого на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе. Среди них мужчин было 65 (54,1%), женщин – 55 (45,8%). Возраст больных колебался от 30 до 65 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 9 (6,5%), СД 2-го типа у 111 (92,5%). Длительность заболевания СД составила от 1 до 15 лет, причем большую часть составили больные с диабетическим анамнезом от 6 до 15 лет – 82 (68,3%). Уровень гипергликемии при поступлении в среднем составлял 15,9 ммоль/л с глюкозурией до 4%. В срок до 14 суток от начала заболевания поступили в стационар 28 больных, более 14 суток – 92. Оценка клинической эффективности антиоксидантов проведена у больных, получавших мексидол и актовегин (n-60) и традиционное лечение (n-60).

При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пиллопериоксидации малоновокислого диальдегид (МДА), диеновые конюгаты (ДК) и супероксид-дисмутаза (СОД) в сыворотке крови. Интенсивность ПОЛ оценивали в плазме крови по продуктам пиллопериоксидации МДА и ДК по методике С.Г. Конюковой (Конюкова С.Г. с соавт 1986). Оценка коагулологических свойств крови основывалась на исследовании уровня фибрина и фибриногена, фибриноген В, тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и времени. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследования биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по клиническим признакам и состояние регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии стопы. Для

оценки микрогемодинамики и тканевого обмена на этапах лечения исследовали динамику транскутанного напряжения кислорода ( $\text{TrO}_2$ ) с помощью аппарата ТСМ-400 фирмы «Radiometer» (Дания).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы наблюдается критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови- МДА –  $6,3 \pm 1,25$  (мкм/мл), ДК –  $0,92 \pm 0,14$  (мкм/мл), СОД –  $11,4 \pm 0,2$  (мкм/мл), и при распространённых гнойно-септических процессах МДА –  $7,82 \pm 0,92$  (мкм/мл), ДК –  $1,24 \pm 0,05$  (мкм/мл), и снижение активности СОД до  $10,1 \pm 0,2$  (мкм/мл). У больных контрольной группы содержания МДА в плазме крови составила  $5,9 \pm 1,23$  мкм/мл, ДК –  $0,90 \pm 0,32$  (мкм/мл) и СОД до  $10,1 \pm 0,2$  мкм/мл. Эти показатели до лечения были значительно выше у больных основной группы с осложненными формами синдрома диабетической стопы. Это свидетельствует одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-септического процесса под действиями продуктов ПОЛ.

Полученные предварительные данные указывают, что наряду с клиническими проявлениями заболевания, а так же данных инструментальных методов исследования, объективными критериями выбора метода лечения являются показатели ПОЛ, гемостаза и реологии крови. В зависимости от степени распространения СДС, сопутствующих заболеваний больным выполняли различные методы хирургического лечения и антиоксидантная терапия. В комплексное лечение больных СДС включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная и общеукрепляющая терапии, а также препараты улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводилась плазма-гемотрансфузия.

При поступлении у больных обеих групп отмечалось повышение показателей ПОЛ (МДА) в плазме крови в два раза относительно нормальной величины. На 8-10 сутки традиционного лечения содержание МДА в плазме крови составила 72,5%. Внутривенная инфузия 10,0 мл мексидола и 1000 мг актовегина в течение 10 - дней в комплексном лечении у больных основной группы с осложненными формами синдрома диабетической стопы приводила к снижению МДА в плазме крови до 40,4%. В процессе лечения осложнённых форм синдрома диабетической стопы, всегда стремились к снижению процессов ПОЛ. При поступлении у всех больных в ране имелись участки некротизированных и частично лизированных тканей. Сроки очищения ран от некротических тканей в основной группе составили 8-10 суток. Появление грануляции наблюдалось через 10 суток.

Во второй группе (контрольной) эти показатели соответствовали, очищение раны наблюдалось на 10-12 сутки, уменьшение отёков, гиперемия и появление признаков грануляции начало на 14-16 сутки. Клиническая эффективность антиоксиданта мексидола и актовегина путем в/в ведения в комплексе консервативной терапии пациентов наблюдали у больных основной группы по сравнению с традиционной терапией, что способствовало более выраженному снижению продуктов ПОЛ (МДА) в плазме крови. Применение комплексного традиционного лечения с применением препаратов антиоксидантов улучшает микроциркуляторное нарушение и оказывает антиоксидантный эффект о чём свидетельствовало уменьшение продуктов ПОЛ на 8-10 сутки лечения.

Клиническая эффективность антиоксиданта мексидола путём в/в ведения в комплексе консервативной терапии больных наблюдали у первой группы пациентов по сравнению с традиционным методом, что способствовало более выраженному снижению процессов липопероксидации (МДА) в плазме крови. Внутривенные введения мексидола и актовегина в комплексном лечении больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы снижает содержание продуктов ПОЛ (МДА), что положительно влияет на динамику раневого процесса. Частота первичных высоких ампутаций у больных с дистальной формой ишеймической и инейроишеймической формы СДС у больных контрольной группы составила 6 (10%), а у больных основной группы у 2 (3,3%). У 4 (6,6%) - больных контрольной а у 2 (3,3%) – больных основной группы с распространённым и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, после малых операций, произведены высокие ампутации на уровне в/3 голени. Летальность после ампутации больных контрольной группы произошла у 6 (10%) а у 1 (1,6%) больного основной группы. Общая летальность у больных контрольной группы составила 13,3%. (8 больных), а у 5% (3-больных) контрольной группы. Основными причинами смерти больных были острая сердечно - сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

**Выводы.** Таким образом, по результатам наших исследований процессов свободно-радикального окисления у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы выявлено наличие окислительного стресса, о чём свидетельствует увеличение конечного продукта ПОЛ – МДА. При этом отмечена прямая зависимость между интенсивностью ПОЛ и тяжестью течения гнойно-некротического процесса. При прогрессировании патологического процесса и активации ПОЛ в крови появляется избыточное количество продуктов нарушенного метаболизма, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, обладающих токсическим действием, что приводит к повреждению и гибели клеток. Но наиболее значимой причиной может являться развивающаяся антиоксидантная недостаточность, что подтверждает положительный эффект антиоксидантов, при применении которых окислительный стресс не формируется.

#### Список литературы

1. Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. и др. Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы, осложнённого гнойно-некротическими процессами // *Вестник Авиценна*. 2014; (2). С. 69-73.
2. Войнов А. В., Бедров А.Я., Войнов В.А. Синдром «диабетической стопы» // *Вестник хирургии*. 2012. №3. С. 106-109.
3. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свёртывающей системы крови у больных с синдромом диабетической стопы // *Здравоохранение Таджикистана*. №3. 2017. С. 55-61.
4. Осинцев Е.Ю., Слободской А.Б., Мельситов В.А. и др. Оптимизация аспирационно-промывного дренирования гнойных ран. *Вестник хирургии*. 2012. №5. С.61-64.
5. Суковатых Б.С., Панкрушева Т. А., Абрамова С. А.. Оптимизация лечения гнойных ран у больных с синдромом диабетической стопы. *Вестник хирургии имени И.И.Грекова*. Том 173. №3. 2014. С. 28-32.



## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УДАЛЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

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

**Актуальность.** Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний в развитых индустриальных странах. Его распространенность достигает 120–140 случаев на 1000 взрослого населения [1, 5]. В структуре заболеваний прямой кишки и анального канала геморрой составляет 34–41% [2, 5]. Средний возраст больных, страдающих геморроем, составляет 30–50 лет [1,5]. Распространенность геморроя среди лиц трудоспособного возраста ведут к временной нетрудоспособности в период обострений и снижению качества жизни, поэтому ставит лечение геморроя в ряд важных общемедицинских и социально-экономических проблем.

В России хирургическое лечение геморроя применяется у 75% больных, обратившихся за медицинской помощью. Несмотря на активное внедрение в практику малоинвазивных методов лечения, наиболее распространенным методом лечения остается операция Миллигана – Моргана и ее модификации, направленные на ликвидацию основных групп геморроидальных узлов [3, 5]. Хирургическое лечение хронического геморроя остается до настоящего времени непростой и до конца нерешенной проблемой. Постоянный интерес к ней вызван не вполне удовлетворительными результатами оперативного лечения. Различные ранние и поздние осложнения после геморроидэктомии продолжают оставаться достаточно частыми, достигая 20–34% [1, 4,5].

Несмотря на совершенствование хирургических методов лечения геморроя и его осложнений, до настоящего времени результаты оставляют желать лучшего. Более чем у 48% больных с хроническим геморроем течение заболевания осложняется острым геморроидальным кризом (острым тромбозом геморроидальных узлов), и тяжелыми упорными геморроидальными кровотечениями с сопутствующей анемией, которые могут повторяться от 2 до 6 раз в год, и при этом период временной нетрудоспособности при очередном обострении может составить от 6 до 35 дней.

**Целью настоящего исследования** является совершенствование хирургического лечения внутреннего геморроя.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 19 больных с внутренним геморроем с периодическими кровотечениями, из них все женщины, возраст больных колебался от 40 до 50-ти лет. Длительность заболевания колебалась от 3 до 5 лет. Оперативные вмешательства проводились в хирургическом отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Клиническое исследование больных с геморроем состояло из общепринятых методов: выяснением жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного обследования, клинико-лабораторные исследования и эндоскопическое исследование. Математическая обработка регистрируемых параметров выполнена на персональном компьютере типа «IBM PC/AT» с пакетом прикладных программ CSS/3 и CSS for Windows методом дискриминантного анализа по F-критерии Фишера и корреляционного анализа по t-критерию Стьюдента. Для сравнения относительных величин использовали метод арксинусного преобразования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Методика операции практически соответствует классической геморроидэктомии по Миллигану-Моргану с помощью биполярной электрохирургической установки Ligasure производства Американской фирмой Vallecilab. Методика основана на биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которой не сопровождается кровотечением. Внутренние геморроидальные узлы после дивульсии ануса оттягивают зажимом Люэра, надсекают слизистую, на ножке накладывают Ligasure, который коагулируется и отсекается. Для профилактики нагноения на слизистой накладываются 2-3 сера-серозных швов. Таким образом, иссекаются и удаляются внутренние геморроидальные узлы на 3,7 и 11 часах по Циферблату. В анус вводят газоотводную трубку. Преимущества; во первых во время операции нет необходимости в перевязке геморроидальных сосудов, что значительно сокращает время операции и делает ее практически бескровной. Во вторых дозированное время и мощность подаваемой энергии делает операцию менее травматичной, что уменьшает неприятные ощущения и сроки послеоперационного периода. Сроки госпитализации в стационаре от 3 до 7 дней. В ближайшем послеоперационном периоде возможных осложнений в виде кровотечения, нагноения, стриктуры заднего прохода и недостаточности анального сфинктера не наблюдаются.

**Вывод.** Таким образом, дозированное время и мощность подаваемой энергии делает операцию менее травматичной, что уменьшает неприятные ощущения и сроки послеоперационного периода. Сроки госпитализации в стационаре от 3 до 7 дней. В ближайшем послеоперационном периоде возможные осложнения в виде кровотечения, нагноения, стриктура заднего прохода и недостаточность анального сфинктера не было.

### Список литературы.

1. Благодарный, Л.А. Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя / Л.А. Благодарный, Ю.А. Шелыгин // Consilium medicum. Хирургия. – 2006. – № 1. – Т. 8. – С. 49–52.
2. Борисов, И.Ф. Геморроидэктомия плазменным скальпелем: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Ф. Борисов. – М. – 2011. – 16 с.
3. Воробьев, Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. – М.: Литтерра, 2010. – 200 с.
4. Гаин, М.Ю. Малоинвазивные технологии в комплексном лечении геморроя / М.Ю. Гаин, С.В. Шахрай // Новости хирургии. – 2011. – № 4. – Т. 19. – С. 113–122.
5. Е.В. Житихин, Д.Н. Лега. Современные способы хирургического лечения хронического комбинированного геморроя Вестник Российской военно-медицинской академии. 4(44) – 2013. С. 209-213.

## **ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЗАПОЗДА- ЛОМ ПОСТУПЛЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ**

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

**Актуальность.** В настоящее время не имеется единого мнения по вопросам активной хирургической тактики в аспекте профилактики и по срокам и способам остеосинтеза у больных с переломами костей опорно-двигательного аппарата. Это связано со многими объективными причинами. Как показывают клинические исследования, проблема лечения переломов длинных костей ещё далека от окончательного решения. Стремительный научно – технический прогресс привёл к значительному росту травматизма. Поздние обращения больных в специализированные клиники и неправильный выбор лечебной тактики практически неизбежно ведёт к развитию ложных суставов, дефектов костной ткани, возникновению гнойно-инфекционных осложнений. Проблема лечения ложных суставов, неправильно срастающихся переломов длинных костей не только не утратила своей актуальности, но и приобрела важное медико-биологическое и социальное значение [1,2,3,4,5,6].

**Цель исследования.** Улучшить результаты оперативного лечения больных с переломами длинных костей конечности при запоздалом поступлении в травматолого-ортопедические отделения.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 123 больных, поступивших в травматолого - ортопедические отделения ГУ НМЦ РТ в периоде 2015-2018 годы. Все больные поступили из лечебных учреждений районов нашей республики. После получения травмы в течение 3 суток из указанных больных поступили 57 (46,4 %) пострадавших; Из поступивших пациентов в сроки от 3-х дней до 3 недель - были 34 (27,6 %) пациента, до 3-х месяцев -19 (15,4%), от 6 месяцев и более 1 года - были 13 (10,6%) пострадавших. Поздние обращения больных от момента получения травмы до поступления в клинику травматологии были обусловлены большим расстоянием от места получения травмы - из отдалённых районов. При тяжёлом состоянии больных после получения травмы возникала необходимость проведения на месте противошоковых мероприятий. В клинику травматологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан больные поступали после полного выведения из шока и оказания первой медицинской помощи.

Тщательный анализ поступивших медицинских документаций и обследования больных показала, что причинами запоздалого поступления являлись дальность расстояния места проживания больных, тяжесть полученного перелома сегмента конечности и другие медицинские и социальные факторы. У этой категории пострадавших были следующие переломы: бедренной кости -18 (14,8%), костей голени -27 (21,9%), плечевой кости -21 (17,1%), костей предплечья -51 (41,4%), надколенника -4 (3,2%) и других локализаций -2 (1,6%).

**Результаты исследования и обсуждение.** Все пациенты до выполнения оперативного вмешательства проходили комплексное обследование, которое позволило оценить общее состояние здоровья, изменения коагуляционных свойств крови, и определяли показания и противопоказания к операции.

Тактика лечения больных зависела от вида, характера и уровня поражённого сегмента.

После предоперационной подготовки 57 больным с переломами длинных костей различной локализации произведена открытая репозиция. Из них с фиксацией инновационным БИОС 26 пострадавшим, остеосинтез LCP, DCP-LC, МРО использован 31 пострадавшему.

В структуре изучаемых пациентов у 34 больных имеется неправильно срастающийся и у 20 больных - неправильно сросшийся перелом длинных костей. Во всех случаях произведена открытая репозиция с фиксацией: БИОС 17 пострадавшим, остеосинтез LCP, DCP-LC использованы 31 пострадавшему и в 6 случаях использованы аппараты внешней фиксации.

Больные с ложными суставами длинных костей составили 12 пациентов, которым были произведены краевая резекция ложного сустава, декорткация, открытие костномозгового канала с фиксацией, у 6 больных интрамедуллярными блокирующими штифтами, 3 больным применяли костную пластику + плазмолифтинг и фиксацию пластинками с угловой стабильностью, 2 больным проезвели по методу русского замка и фиксацию пластинами и 1 больному аппарат внешней фиксации.

В послеоперационном периоде у 111 ( 90,2%) больных отмечено первичное заживление раны. Краевой некроз кожи выявлен у 5 (4,1%), пациентов нагноение мягких тканей у 7 (5,6%) пострадавших, которые были обусловлены применением репозиционного манёвра и дополнительной травматизацией мягких тканей у больных с неправильно срастающимся переломом и анатомическими особенностями сегмента (голень) и сильным натяжением краев раны при ушивании, которым проведено соответствующее лечение с благоприятным исходом.

Изучение отдалённых результатов лечения - у 110 (89,4%) больных сроком до 3-5 лет показало, что анатомо-функциональное восстановление повреждённой конечности отмечено у 97 (88,1%) больных, а различные осложнения выявлено у 13 (11,9%) пациентов (хронический остеомиелит - у 2, ложные суставы - у 2, неправильное сращение у 3 и контрактуры суставов -у 6). Этим пострадавшим проведено соответствующее оперативное и консервативное лечение с благоприятным исходом для большинства больных. У 2-х больных отмечено укорочение конечности (1) и контрактура суставов (1) больных.

**Выводы.** Таким образом, наш материал показывает, что относительно высокие показатели развития осложнений зависят от качества догоспитальной помощи и времени поступления в специализированные отделения.

### **Список литературы.**

1. Барабаш Ю.А., Барабаш А.П., Гражданов К.А. Эффективность видов остеосинтеза при переломах плечевой кости и их последствиях // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №10-2. – С. 76-80.

2. Бережной С.Ю. Фиксаторы с угловой стабильностью в повседневной практике травматолога / С.Ю. Бережной // Современные технологии в травматологии и ортопедии: материалы 3 междунар. конгр. - М., 2006. - С. 19.
3. Битчук Д.Д. Интрамедуллярный блокирующий остеосинтез при лечении ложных суставов костей предплечья // Харьков.- Kharkiv surgical school. – 2016. – №1 (76). – С. 89-93.
4. Джумабеков, С.А. Предварительные результаты оценки травматизма в Кыргызстане в 2009 году [Текст] / С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, Б.С. Кулиев // Медицина Кыргызстана. - Бишкек, 2011. - №4. - С. 15-17.
5. Зуев П.П., Барабаш А.П., Барабаш Ю.А. Блокируемый интрамедуллярный остеосинтез при лечении последствий переломов бедренной кости // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С.8-11.

*Абдулов М.С., Курбонов С.Х., Аскарлов А.Т., Аишуров Б.О.*

## ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЗАПОЗДА- ЛОМ ПОСТУПЛЕНИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ

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

**Актуальность.** В настоящее время не имеется единого мнения по вопросам активной хирургической тактики в аспекте профилактики и по срокам и способам остеосинтеза у больных с переломами костей опорно-двигательного аппарата. Это связано со многими объективными причинами. Как показывают клинические исследования, проблема лечения переломов длинных костей ещё далека от окончательного решения. Стремительный научно-технический прогресс привёл к значительному росту травматизма. Поздние обращения больных в специализированные клиники и неправильный выбор лечебной тактики практически неизбежно ведут к развитию ложных суставов, дефектов костной ткани, возникновению гнойно-инфекционных осложнений. Проблема лечения ложных суставов, неправильно срастающихся переломов длинных костей не только не утратила своей актуальности, но и приобрела важное медико-биологическое и социальное значение [1,2,3,4,5,6].

**Цель исследования.** Улучшить результаты оперативного лечения больных с переломами длинных костей конечности при запоздалом поступлении в травматолого-ортопедические отделения.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 123 больных, поступивших в травматолого-ортопедические отделения ГУ НМЦ РТ в периоде 2015-2018 годы. Все больные поступили из лечебных учреждений районов нашей республики. После получения травмы в течение 3 суток из указанных больных поступили 57 (46,4%) пострадавших; из поступивших пациентов в сроки от 3-х дней до 3 недель были 34 (27,6%) пациента, до 3-х месяцев - 19 (15,4%), от 6 месяцев и более 1 года - были 13 (10,6%) пострадавших. Поздние обращения больных от момента получения травмы до поступления в клинику травматологии были обусловлены большим расстоянием от места получения травмы - из отдаленных районов. При тяжёлом состоянии больных после получения травмы возникала необходимость проведения на месте противошоковых мероприятий. В клинику травматологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан больные поступали после полного выведения из шока и оказания первой медицинской помощи.

Тщательный анализ поступивших медицинских документов и обследования больных показал, что причинами запоздалого поступления являлись дальность расстояния места проживания больных, тяжесть полученного перелома сегмента конечности и другие медицинские и социальные факторы. У этой категории пострадавших были следующие переломы: бедренной кости – 18 (14,8%), костей голени - 27 (21,9%), плечевой кости - 21 (17,1%), костей предплечья - 51 (41,4%), надколенника - 4 (3,2%) и других локализаций - 2 (1,6%).

**Результаты исследования и обсуждение.** Все пациенты до выполнения оперативного вмешательства проходили комплексное обследование, которое позволило оценить общее состояние здоровья, изменения коагуляционных свойств крови, и определяли показания и противопоказания к операции.

Тактика лечения больных зависела от вида, характера и уровня поражённого сегмента.

После предоперационной подготовки 57 больным с переломами длинных костей различной локализации произведена открытая репозиция. Из них с фиксацией инновационным БИОС 26 пострадавшим, остеосинтез LCP, DCP-LC, МІРО использован 31 пострадавшему.

В структуре изучаемых пациентов у 34 больных имеется неправильно срастающийся и у 20 больных - неправильно сросшийся перелом длинных костей. Во всех случаях произведена открытая репозиция с фиксацией: БИОС 17 пострадавшим, остеосинтез LCP, DCP-LC использованы 31 пострадавшему и в 6 случаях использованы аппараты внешней фиксации.

Больные с ложными суставами длинных костей составили 12 пациентов, которым были произведены краевая резекция ложного сустава, декорткация, открытие костномозгового канала с фиксацией, у 6 больных интрамедуллярными блокирующими штифтами, 3 больным применяли костную пластику + плазмолифтинг и фиксацию пластинками с угловой стабильностью, 2 больным произвели по методу русского замка и фиксацию пластинами и 1 больному аппарат внешней фиксации.

В послеоперационном периоде у 111 (90,2%) больных отмечено первичное заживление раны. Краевой некроз кожи выявлен у 5 (4,1%) пациентов, нагноение мягких тканей у 7 (5,6%) пострадавших, которые были обусловлены применением репозиционного манёвра и дополнительной травматизацией мягких тканей у больных с неправильно срастающимся переломом и анатомическими особенностями сегмента (голень) и сильным натяжением краев раны при ушивании, которым проведено соответствующее лечение с благоприятным исходом.

Изучение отдалённых результатов лечения у 110 (89,4%) больных сроком до 3-5 лет показало, что анатомо-функциональное восстановление повреждённой конечности отмечено у 97 (88,1%) больных, а различные осложнения выявлено у 13 (11,9%) пациентов (хронический остеомиелит - у 2, ложные суставы - у 2, неправильное сращение

у 3 и контрактуры суставов - у 6. Этим пострадавшим проведено соответствующее оперативное и консервативное лечение с благоприятным исходом для большинства больных. У 2-х больных отмечено укорочение конечности (1) и контрактура суставов (1) больных.

**Выводы.** Таким образом, наш материал показывает, что относительно высокие показатели развития осложнений зависят от качества догоспитальной помощи и времени поступления в специализированные отделения.

#### **Список литературы**

1. Барабаш Ю.А., Барабаш А.П., Гражданов К.А. Эффективность видов остеосинтеза при переломах плечевой кости и их последствиях // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №10-2. – С. 76-80.
2. Бережной С.Ю. Фиксаторы с угловой стабильностью в повседневной практике травматолога / С.Ю. Бережной // Современные технологии в травматологии и ортопедии: материалы 3 междунар. конгр. - М., 2006. - С. 19.
3. Битчук Д.Д. Интрамедуллярный блокирующий остеосинтез при лечении ложных суставов костей предплечья // Харьков.- Kharkiv surgical school. – 2016. – №1 (76). – С. 89-93.
4. Джумабеков, С.А. Предварительные результаты оценки травматизма в Кыргызстане в 2009 году [Текст] / С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, Б.С. Кулиев // Медицина Кыргызстана. - Бишкек, 2011. - №4. - С. 15-17.
5. Зуев П.П., Барабаш А.П., Барабаш Ю.А. Блокируемый интрамедуллярный остеосинтез при лечении последствий переломов бедренной кости // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С.8-11.

*Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Муминов С.*

### **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

Кафедра Общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Наиболее частой локализацией эхинококкоза является печень. Поддиафрагмальное его расположение, отмечающаяся в 15-36,6% наблюдений эхинококкоза печени, вследствие сложных топограф анатомических особенностей локализации, представляет большие трудности в диагностике, выборе хирургического доступа и тактике оперативного лечения, из-за отсутствия дифференцированных способов оперативных пособий[1,2-5].

**Цель исследования.** Изучит оперативного доступа и тактики хирургического лечения эхинококкоза печени при поддиафрагмальной локализации.

**Материал и методы исследования.** Среди наблюдавшихся нами с 2010 по 2020 годы, 112 больных с эхинококкозом печени поддиафрагмальная локализация была у 32 (28,6%).

Гидратиды диафрагмальной поверхности печени (субкапсулярная, поверхностная) под воздействием положительного давления брюшной полости и отрицательного давления плевральной полости при сопротивлении росту кисты ткани печени и грудной стенки устремляется в росте вверх в сторону диафрагмы, коллабирует легкое и оттесняет печень вниз.

Глубоко расположенные гидратиды недоступны пальпации, отсутствие патогномичных проявлений и неспецифичность лабораторных методов объясняют позднюю диагностику. При такой локализации из-за поздней диагностики чаще всего обнаруживаются большие и гигантские кисты. Так, из 112 больных небольшие кисты (диаметром до 5 см) были у 3,6%, средних размеров (до 10 см) – у 11,4%, большие (до 20 см) – у 63% и гигантские (вместимостью 2 л) – у 22%.

При диагностике поддиафрагмального эхинококкоза до сих пор встречается ряд затруднений. Прежде всего лабораторные методы (РИФА, РНГА, РДДГ и РЛА) помогают в уточнении характера заболевания, но они малоэффективны в топической диагностике. Рентгенологические методы являются основными при обнаружении гидратидов диафрагмальной поверхности печени (высокое стояние купола диафрагмы, деформация ее контуров, смещение тени желудка влево при локализации гидратиды в левой доле). Достоверность рентгенологических признаков составляет 54-67%. Анализ исследований, проведенных нами у 112 больных с эхинококкозом, показал, что компьютерная томография (КТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяют выявить очень тонкие структурные изменения органов. При эхинококкозе печени КТ дает возможность определить увеличения размеров органов, деформацию контуров, смещение анатомических структур (печеночные и желчные протоки). Комплексное исследование больных эхинококкозом печени с применением КТ и УЗИ повышает достоверность топического диагноза до 93-100%. На компьютерных томографиях паразитарные кисты представляются в виде округлых образований с четкими ровными контурами. Дифференцировка их значительно облегчается, если кисты по периферии содержат отложения кальция, особенно при распространении его по всей длине капсулы. Внутренние структуры в кисте указывают на наличие дочерних пузырей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Известно, что единственный радикальный метод лечения эхинококкоза, особенно поддиафрагмального, - хирургический, причем наиболее часто применяется эхинококкэктомия, хотя в литературе имеются указания на использование резекций печени с кистой, перистэктомия (эхинококкэктомия совместно с фиброзной капсулой), которые вряд ли можно считать рациональными.

В связи с тем, что эхинококкоз диафрагмальной поверхности печени в 81% наблюдений располагается справа, а сочетанное поражение встречается в 16% наблюдений, в применении технических приемов операции ключевой проблемой является хирургический доступ.

До 2000 года при поддиафрагмальной локализации кисты нами чаще всего (78 больных) через подреберный и срединные доступы производились открытая эхинококкэктомия с наружным дренированием остаточных полостей, различные варианты тампонирования, капитонаж по Дельбе и реже марсупиализация. Послеоперационные осложнения в виде нагноения операционных ран, желчных свищей, нагноение остаточной полости, поддиафрагмальных

абсцессов, плевритов и пневмоний отмечались у 32 (41%) больных, неблагоприятные исходы – у 9 (12%), а повторные и многократные операции выполнялись у 23 (29,5%) больных.

Последние 15 лет в нашей клинике при поддиафрагмальном эхинококкозе применяют следующие хирургические доступы, при первично - множественной и сочетанной локализации предпочтительным является торакоабдоминальный доступ по седьмому – восьмому межреберью с пересечением реберной дуги и лапаротомией. Доступ целесообразен при множественных поддиафрагмальных кистах печени и при выраженном спаечном процессе, он создает условия для выполнения адекватного вмешательства на диафрагмальной поверхности и других отделах печени.

При одиночных предпочтительнее отдаём разрез в правом подреберье параллельно реберной дуге по Федорову. Этот доступ не так удобен, как торакофренолапаротомия, но менее травматичен и дает возможность удалить гидатиды из поддиафрагмальной области правой и левой долей печени, одновременно выполнить эхинококкэктомию из брюшной полости. Срединная лапаротомия рациональна при поддиафрагмальном эхинококкозе левой доли печени. Во всех случаях метод должен быть щадящим и органосохраняющим.

При поверхностной локализации гидатид различных размеров, когда  $\frac{1}{2}$  или  $\frac{2}{3}$  их объема выступает над поверхностью печени, производим пункцию кисты после предварительного тщательного ограничения кисты от свободной брюшной или плевральной полостей, производим эхинококкэктомию с антипаразитарной обработкой стенок остаточной полости спиртовым раствором йода или 96° спиртом, затем иссекаем избыточную часть фиброзной капсулы, для ликвидации остаточной полости формируем два лоскута из свободных участков фиброзной капсулы, которые на двух зажимах Холстеда сворачиваем и сшиваем погружающими двухрядными кетгутowymi узловыми швами над хлорвиниловым дренажом, предварительно фиксированному к передне-нижнему краю фиброзной капсулы рассасывающимся шовным материалом. Отдельно дренируем поддиафрагмальное пространство. Оба дренажа раздельно выводим в правом подреберье по передне-подмышечной линии наружу. Второй ряд узловых швов над дренажом создаёт муфту обеспечивающей герметичность остаточного пространства. Однако при небольшом участке фиброзной капсулы на поверхности печени обходимся однорядным погружным швом из рассасывающегося шовного материала.

Согласно накопленному опыту, оставление дренажа в томпонированной остаточной полости краями фиброзной капсулы, для профилактики образования абсцессов при незамеченном желчном свище и нагноившихся кистах или длительно рассасывающихся стерильных остаточных полостях при больших и гигантских кистах, считаем необходимым. Сроки удаления дренажа из остаточной полости зависят от времени прекращения отделяемого и УЗИ контроля размеров полости вокруг дренажа. Раннее удаление дренажа чревато развитием длительно существующих остаточных полостей, нагноением полости и длительному желчеистечению из образовавшегося свища. Применяя вышеуказанную тактику оперативного лечения эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени мы добились следующих результатов: из 112 оперированных больных послеоперационные осложнения в виде нагноения операционных ран, желчных свищей, нагноение остаточной полости, поддиафрагмальных абсцессов, плевритов и пневмоний отмечались у 11 (10%) больных, неблагоприятные исходы – у 2 (2%), а повторные и многократные операции выполнялись у 5 (5%) больных, причем у 1 больного повторные операции проведены по поводу резидуального эхинококкоза печени и других органов брюшной полости из торакоабдоминального и последующих срединных доступов в три этапа с благоприятным исходом.

При наличии гидатид диафрагмальной поверхности печени с кальцинацией фиброзной капсулы кисты от операции следует воздержаться, если заболевание не сопровождается нарушением функций жизненно важных органов и печени.

**Выводы:** Длительное бессимптомное течение поддиафрагмального эхинококкоза печени обуславливает развитие гидатид до большого и гигантского размеров, а также осложненных форм. В настоящее время благодаря внедрению КТ, УЗИ, МРТ и других инструментальных методов правильно поставить диагноз возможно у каждого больного. Тампонада остаточной полости краями фиброзной капсулы погружными узловыми швами с дренированием является малотравматичным и эффективным способом при хирургическом лечении эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени.

#### **Список литературы:**

1. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика / Нишанов Ф.Н. [и др.] // Вестн. хирургии им. Грекова. - 2011. - №2. - С.91-94.
2. Мусаев Г.Х. Принципы и современные тенденции лечения эхинококкоза печени / Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова, В.В. Левкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017. - № 12. - С. 90-94.
3. Хирургическое лечение паразитарных заболеваний печени / Барыков В.Н. // Уралмедицинский журнал - 2013. - № 8. - С. 99-102.



*Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Муминов С.*  
**ГИГАНТСКАЯ ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА СЕЛЕЗЕНКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**  
Кафедра Общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Эхинококкоз - весьма распространенное заболевание во многих странах мира, в том числе и в Таджикистане, он носит характер эндемии [1,2]. Республики Средней Азии и все южные регионы России и Северный Кавказ [1,2]. Эхинококкозом наиболее часто - в  $\frac{3}{4}$  всех случаев данного заболевания - поражаются органы и ткани брюшной полости, причем более чем в половине наблюдений поражается печень. К сожалению, заболевание не всегда своевременно распознается, в результате чего хирургическое лечение эхинококкоза органов брюшной полости не менее чем в 70-80% случаев выполняется при уже возникших осложнениях. Летальность при этом достигает 10-15% [3].

Гигантской обычно принято называть кисту, занимающую более половины органа или имеющую емкость, превышающую 3-4 л. Большая эхинококковая киста селезенки является редчайшим заболеванием. В доступной литературе мы не нашли описание подобного наблюдения [4].

**Материал и методы исследования.** Шарипов Т., 39 лет, поступил в клинику 10 августа 2019 г. жалобами на постоянные боли в поджелудочной области, в подреберьях, иррадиирующие в спину, увеличение живота, тяжесть в левом подреберье, общую слабость, исхудание. Заболевание началось постепенно с увеличения живота, тяжести в нем. С ноября 1979 г. появились умеренные боли, затем - чувство давления в животе. Повышения температуры не отмечалось.

Состояние больного удовлетворительное, питание пониженное. Кожа и видимые слизистые бледны. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Живот резко увеличен в объеме, деформирован больше в левом подреберье, подкожная венозная сеть умеренно расширена. При пальпации живот мягкий, определяется тугоэластической консистенции неподвижное образование, занимающее почти всю брюшную полость. При перкуссии над образованием тупость, определяемая до седьмого межреберья слева.

Перистальтика кишечника выслушивается только в правой половине живота. Анализ крови: Hb 110 г/л, эр, 3,1 \*10(12) /л, л. 9,0\*10(12)/л. 9,0\* 10(9)/л, э. 2%; СОЭ 22 мм в час. Реакция гемагглютинация с эхинококковым антигеном слабоположительная. Рентгенологически: левый купол диафрагмы приподнят, имеет ограниченную подвижность, желудок смещен вправо, деформирован, привратник проходим.

Установлен диагноз: эхинококкоз брюшной полости, возможно селезенки.

30 сентября произведена операция, при которой обнаружена огромная киста, исходящая из левого подреберья, занимающая почти всю брюшную полость - от диафрагмы до полости таза. Кишечник отодвинул в правый боковой канал. Имеются спайки между кистой и брюшной стенкой, последние частично рассечены. Из-за невозможности выделения кисты она опорожнена. Произведено отделение капсулы от задней брюшной стенки и нижней поверхности диафрагмы, перевязана ножка селезенки и удалена капсула кисты. Рана ушита наглухо с оставлением трубки в ложе селезенки.

Из кисты эвакуировано 7 л желтоватого жидкого гноя с хлопьями и обрывками хитиновой оболочки. Капсула представляет собой утолщенную (0,5 см) фиброзную стенку, в одном ее углу имелась дряблая ткань селезенки (3\*4 см). Гистологическое исследование стенки кисты: фиброзная ткань с воспалением.

Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан на 16 день после операции в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 1 и 3 года состояние хорошее.

**Выводы.** Таким образом, несмотря на гигантские размеры паразитарной кисты, длительно существующий компрессионный синдром, выраженные топографо-анатомические изменения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, было выполнено радикальное оперативное вмешательство, которое позволило добиться хороших ближайших результатов лечения пациента Ш.

**Список литературы:**

1. Ионкин Д. А. Эхинококкоз селезенки: особенности диагностики и хирургического лечения / Д.А.Ионкин, Р.З.Икрамов, В.А.// *Анналы хирургической гепатологии.* - 2017, №1. - С. 88.
2. Современная диагностика и лечение эхинококкоза печени/ С.М. Ахмедов [и др.] // Душанбе. - 2009. - 134 с.
3. Одномоментная операция при эхинококкозе легкого и селезенки у ребенка / М.Д. Жуков [и др.] // *Вестник хирургии.* - 2015. - № 11. - С. 81-83.
4. Харнас С.С. Лечение пациентов с непаразитарными кистами селезенки. / С.С.Харнас, А.Н.Лотов, С.А.Кондрашин, Г.Х.Мусаев // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2018. - № 2. - С. 36-40.

*Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Муминов С.*  
**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ,  
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ВЫЯВЛЕННЫХ АКТИВНЫМ ПУТЕМ**

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

**Актуальность.** На исход операции по поводу эхинококкоза существенное влияние оказывает выявление больных до возникновения осложнений. С целью улучшения результатов хирургического лечения больных эхинококкозом в очагах инвазии необходимо заниматься активным выявлением больных, а также проводить диспансеризацию лиц, перенесших операцию. На исход оперативного лечения больных эхинококкозом существенное влияние оказывают не только правильная организация и выполнение операции, но и величина, количество и состояние эхинококковых кист. Частота осложненного эхинококкоза, по данным отечественных авторов [1-3], колеблется от 19 до 42 %,

послеоперационная летальность достигает 10%. Следовательно, выявление больных эхинококкозом до развития клинической стадии заболевания и их оперативное лечение, безусловно, будут способствовать снижению этих показателей до минимума[4,5].

**Цель исследования.** Улучшения методов диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом.

**Материал и методы исследования.** Приводятся результаты лечения 125 оперированных больных эхинококкозом различной локализации, госпитализированных по обращаемости, и 32 больного, выявленного активным путем. В группе оперированных больных эхинококкозом, поступивших по обращаемости, отмечен высокий процент осложнений (16,1%), летальность составила 4,1 %. В группе выявленных активным путем и затем оперированных послеоперационные осложнения составили 8,1%, летальность — 0,5%.

Как известно, основной причиной летальных исходов при эхинококкозе являются различные осложнения (нагноение, перфорация) эхинококковой кисты; кроме того, длительно существующие большие и осложненные паразитарные кисты вызывают глубокие необратимые дистрофические изменения в паренхиме пораженных органов, что является главной причиной инвалидности заболевших.

Мы изучили результаты хирургического лечения больных эхинококкозом, госпитализированных по обращаемости и выявленных активным путем, с последующим сопоставлением основных показателей. Проанализированы истории болезни 125 оперированных больных эхинококкозом различной локализации, госпитализированных по обращаемости в лечебные учреждения с 2007 по 2018 г., и 32 больного с этим же заболеванием, выявленного активным путем. Лиц мужского пола было 51, женского 74, возраст больных от 20 до 80 лет.

Путем профилактического обследования в республике Таджикистан очагах инвазии с применением иммунологических реакций (латекс-агглютинации, реакции непрямой гемагглютинации) и комплексных исследований (иммунологические реакции, флюорография и ультразвуковое исследование) с 2007 по 2018 г. нами выявлен и оперирован 120 больной эхинококкозом различной локализации.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Локализация и характер осложнений эхинококковых кист у больных, выявленных активным путем из которых, осложнения наблюдались у 9,4 %, при этом такое грозное осложнение, как перфорация кисты, не наблюдалось.

Предоперационная подготовка больных, операционные доступы не отличались от общепринятых.

На наш взгляд, из множества предложенных классификаций операций при эхинококкозе наиболее полноценной и удобной для применения на практике является классификация, разработанная Б. В. Петровским и И.Н.Мадалиева[1], в основу которой положено два момента: способ удаления эхинококковой кисты и способ закрытия или дренирования остаточной полости.

Методом обезболивания при эхинококкэктомии служит эндотрахеальный наркоз с применением мышечных релаксантов, который был применен у 95,6 % больных.

При неосложненном эхинококкозе, при наличии мобильной фиброзной капсулы, оставшуюся полость закрывали, используя капитанаж (22,9%) и инвагинацию (12,5%) (с наложением вворачивающих швов) или их комбинацию (12,4%).

При локализации полости по проекции крупных сосудов во избежание их повреждений полость закрывали путем инвагинации или пломбировки сальником на ножке. Пломбировка оставшейся полости сальника на ножке была применена у 32 больных (25,6%) только при локализации кист небольших размеров на нижней поверхности печени при неосложненном эхинококкозе.

Эхинококковая киста вместе с фиброзной капсулой удалена у 25(20%) больных, в основном при краевом расположении кисты. При печеночной локализации кисты этот способ удаления опасен, так как отделение фиброзной капсулы от ткани печени обычно сопровождается сильным кровотечением. Рекомендовать эту операцию широкому кругу хирургов нельзя, тем более что оставшаяся фиброзная капсула не является источником рецидива болезни. Фиброзная капсула подлежит удалению только при резком обызвествлении, оставление ее приводит к образованию незаживающего свища.

Резекция доли печени выполнена у 5 (4%) больных при множественном поражении с сегментарным расположением паразита.

Закрытие остаточной полости с глухим ушиванием фиброзной капсулы с глухим ушиванием фиброзной капсулы по Торнтону — Боброву произведено у 34 больных (24,2%). Осложнения после этой операции наблюдались у 8 больных (6,4%). Наиболее частым видом осложнений явилось нагноение остаточной полости, требующее повторной операции.

Чаще осложнения и летальные исходы наблюдались после открытой эхинококкэктомии с марсупиализацией или с тампонированием полости кисты марлевыми тампонами. Эти операции были выполнены тяжелобольным с различными осложнениями. Тем не менее после марсупиализации возникали длительно не заживающие свищи, порой требующие повторной операции. В последние годы мы полностью отказались от этого вида вмешательства и применения марлевых тампонов. При нагноившихся или больших кистах с ригидной капсулой оставшуюся полость дренируем резиновой двухканальной трубкой и оставляем ее до полного прекращения выделений. Послеоперационные осложнения после эхинококкэктомии печени отмечены у 22 больных (17,6%), летальный исход наступил в 7 наблюдениях (5,6%).

Идеальную эхинококкэктомию производили при поверхностном расположении небольших кист и отсутствии спаечного процесса. Из 80 больных, которым пытались выполнить идеальную эхинококкэктомию, у 7 киста при выделении вскрылась, у остальных она удалена целиком без повреждения хитиновой оболочки.

Полость фиброзной капсулы, ушивали атрауматической иглой П-образными швами. Полость фиброзной капсулы при небольших размерах кист закрывали путем погружения, инвагинации в полость кисты свободными краями фиброзной капсулы с наложением сверху однорядного непрерывного шва.

Из всех существующих способов закрытия остаточной полости кисты безупречным мы считаем капитанаж по Дельбе. При этом используем атравматические иглы и осторожное ушивание. Способ, предложенный А. А. Вишневым, применяли при лечении 18 больных. Недостатком его следует считать оставление открытой раневой поверхности, что влечет за собой образование спаечного процесса. Фиброзную капсулу полностью иссекать не нужно, поскольку она является пластическим материалом, следовательно, ее целесообразно использовать при ликвидации остаточной полости.

**Выводы.** При поражении разных органов предпочтение отдавали оперативному удалению; кисты. Оптимальным сроком между операциями считаем 2—3 мес. В группе больных эхинококкозом разной локализации, выявленных активным путем, послеоперационные осложнения составили всего 8,3%, летальность — 0,5%, т. е. уменьшилась в 8 раз по сравнению с летальностью больных поступивших по обращаемости. Следовательно, комплексное обследование населения позволяет выявить больных в ранней стадии заболевания, что существенно на исход операции.

#### **Список литературы:**

1. Гулов М.К. Классификация осложнений эхинококкоза печени/ М.К.Гулов, Д.С.Салимов, Р.А.Турсунов, Ш.Р.Умаров// Вестник Авиценны. - 2010, №3. - С. 18-24.
2. Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени/ Т.Г.Гульмурадов [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 2. - С. 29-33.
3. Диагностика и тактика хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени/ К.М.Курбонов [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2014. - № 2 (321). - С. 36-43.
4. К вопросу о мини-инвазивной хирургии эхинококкоза печени/ Е.Л.Калмыков [и др.] // Новости хирургии. - 2019. - № 5 (27). - С. 63-73.

*Абдурахманова Ф.М., Умарова Т.С., Акрами П.С.*

### **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА**

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

**Актуальность.** Антенатальная смерть плода продолжает вносить существенный вклад в структуру перинатальной смертности, достигая 77,90%, не имея тенденции к снижению частоты.

Среди причин антенатальной смерти плода значительное место занимают заболевания беременных инфекционной природы (грипп, пневмония, пиелонефрит и др.), пороки сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, анемия и другие экстрагенитальные заболевания, а также воспалительные процессы в половых органах. Причиной смерти плода нередко бывают тяжелый поздний токсикоз беременных, патология плаценты (предлежание, преждевременная отслойка, пороки развития) и пуповины (истинный узел), многоплодие, маловодие, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору. К факторам, способствующим смерти плода, относят хроническую интоксикацию беременной, неправильное применение (например, передозировка) лекарств, гипо- и авитаминоз, травмы, а также неблагоприятные социально-экономические условия [1,5].

**Целью исследования** явилось изучение клинико-статистических характеристик беременностей, завершившихся антенатальной смертностью плода в репродуктивных центрах № №5, 6,8 г. Душанбе за период 2019-2020 годы, на основе данных статистической отчетности.

**Материал и методы исследования.** Для анализа факторов, имеющих отношение к антенатальной гибели плода, использовался популяционный подход. Был проведен анализ статистической документации - формы 21. За период 2019-2020 гг. в репродуктивных центрах №№ 2,5 наблюдались 400 беременных, из них - 290 остались беременными на момент окончания исследуемого периода. Из под наблюдения выбыли 110 женщин из 400 наблюдавшихся (5,64%). То есть у 400 наблюдавшихся женщин беременность завершилась. Кроме того, родами закончилась беременность у 56 женщин, которые не наблюдались в женской консультации. Таким образом, всего, за изучаемый период, беременность завершилась у 400 женщин. Из них у 12 беременность завершилась прерыванием до 22 недель гестации (2,78%). Родами завершились 397 беременностей (97,22%). Из них у 15 женщин имело место антенатальная гибель плода (7,54%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенное популяционное исследование показало, что достоверно чаще в случае антенатальной гибели плода беременность завершалась преждевременно, т.е. антенатальная гибель плода в 2 раза чаще наблюдалась при недоношенной беременности, чем при доношенной. При этом в 2 раза реже женщины, у которых произошла антенатальная гибель плода, стали на учет в женской консультации до 12 недель беременности, а значит, по всей вероятности, имели меньше возможностей получить прекоцептуальную подготовку и коррекцию образа жизни в ранние сроки беременности. Эта группа женщин достоверно реже была осмотрена терапевтом, обследована дважды на реакцию Вассермана и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) до 30 недель гестации. Кроме того, им достоверно реже было проведено скрининговое ультразвуковое обследование дважды до 22 недель беременности, и в два раза реже они были обследованы на альфа-фетопrotein.

Несмотря на то, что в данном исследовании не изучалось, насколько планируемыми были данные беременности, можно предположить, что большинство беременностей, завершившихся антенатальной гибелью плода, были unplanned, учитывая позднее обращение женщин за медицинской помощью.

Анализ экстрагенитальной патологии и особенностей течения беременности в популяции показал, что беременности, завершившиеся антенатальной гибелью плода, отличались достоверным увеличением частоты заболеваний щитовидной железы (в 3 раза), тогда как инфекции мочеполовой системы и анемии чаще наблюдались в общей популяции. Гипертензивные нарушения в 2 раза чаще, а тяжелая преэклампсия почти в 5 раз чаще наблюдались в случае антенатальной гибели плода, хотя ввиду малого количества случаев разница не носила достоверного характера.

**Выводы.** 1. Популяционное исследование позволило предположить, что при большинстве беременностей, завершившихся антенатальной гибелью плода, отсутствовала преконцептуальная подготовка, и, по всей видимости, большинство этих беременностей были unplanned.

2. Инфекции мочеполовой системы и анемия беременной часто встречаются у беременных, и не повышают риск антенатальной гибели плода в популяции.

3. Заболевания щитовидной железы у женщин повышают риск антенатальной гибели плода.

4. Оценка роли сахарного диабета и гипертензивных нарушений при беременности в возникновении антенатальной гибели плода требуют изучения на больших популяциях (не менее 100 000).

5. Детальный анализ особенностей анамнеза у женщин с антенатальной гибелью плода, используя подход «случай – контроль», позволит установить роль тех факторов, информация о которых является недоступной в существующей статистической отчетности, в возникновении антенатальной гибели плода.

#### Список литературы

1. Краснополский В. И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин / В. И. Краснополский, О. Ф. Серова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2014. - № 5. - С. 11-16.
2. Пестрикова Т. Ю. Перинатальные потери, резервы снижения // Т. Ю. Пестрикова, Е. А. Юрасова, Т. М. Бутко. - М.: Литтера, 2015. - 199 с.
3. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. - М.: Триада-Х, 2012. - 304 с.
4. Prenatal administration of progesterone for preterm birth / J. M. Dodd, V. Flenady, R. Cincotta [et al.] // The Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2016, Issue 1.
5. Maternal obesity and risk of stillbirth: a metaanalysis / S. Y. Chu, S. Y. Kim, J. Lau [et al.] // Am. J. Obstet. Gynec. - 2017. - Vol. 197, № 3. - P. 223-228.

*Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д.*

#### ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ

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

**Актуальность.** Метаболический синдром (МС) определяется как комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия [1]. В мире 30–60% женщин репродуктивного возраста имеют избыточную массу тела, а 25–27% страдают ожирением [3]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2025 г. ожирением будут страдать 50% женщин [1, 2]. Частота бесплодия у женщин с МС составляет 33,6% [2]. Специфических прогностических признаков, определяющих развитие бесплодия при МС, не существует. Учитывая значительную актуальность демографической проблемы, оправдан поиск альтернативных диагностических и прогностических моделей, которые могли бы с достаточной степенью доказательности определить тактику ведения пациенток с МС для успешной реализации их репродуктивной функции.

**Цель исследования.** Создание прогностической модели развития эндокринного бесплодия у женщин с МС и использованием показателей углеводного, липидного, аминокислотного обменов и уровня сывороточного магния.

**Материал и методы исследования.** Для достижения поставленной цели была выделена основная группа — 45 пациенток, страдающих МС, имеющих нарушения генеративной функции (эндокринное бесплодие) и/или нарушения менструального цикла. Эндокринным бесплодием страдали 64,44% женщин основной группы. Нарушения менструального цикла зарегистрированы у 82,22% в данной группе. В структуре нарушений менструального цикла выявлена олигоменорея — 54,1%, аменорея — 18,9%, дисфункциональные маточные кровотечения — 13,5%, дисменорея — 13,5%. Синдром поликистозных яичников диагностирован у 44,44% женщин. Основная группа пациенток с МС выделена методом случайной выборки из женщин, состоящих на учете у врача гинеколога-эндокринолога. Группу сравнения составили 30 женщин репродуктивного возраста с МС и реализованной репродуктивной функцией на фоне МС. Диагноз МС выставлялся согласно критериям International Diabetes Federation (2005). Состояние углеводного обмена оценивали по уровню глюкозы в сыворотке крови утром натощак с помощью аппарата «Konelab 30». Липидный спектр сыворотки крови определяли на биохимическом анализаторе «Konelab 30». Коэффициент атерогенности (КА) определяли по формуле:  $КА = (ХС - ХСЛПВП) / ХСЛПВП$  (Климов А.Н., 1977).

Идентификация определяемых соединений и количественная обработка хроматограмм проводилась с использованием метода внутреннего стандарта (ванилиновой кислоты). Уровень магния в сыворотке крови определяли на автоматическом биохимическом анализаторе «Konelab 30», фотометрическим методом с ксилиоловым синим.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведен линейный дискриминантный, канонический анализ, анализ сопряженности с пошаговой процедурой включения показателей углеводного, липидного, аминокислотного обмена. В настоящее время значимое место в медицинских исследованиях приобретает вычислительная математика. Создание прогностических формул и моделей реализации той или иной патологии широко используется, например, в онкогинекологии [4]. Что касается прогноза фертильности женщин, используют различные методы, каждый из которых имеет определенные недостатки. Традиционно комплексное обследование женщины, страдающей бесплодием, многогранно и сложно, включает в себя гормональное обследование по тестам функциональной диагностики, определение гормонов 57 и их метаболитов в крови и моче, функциональные пробы, эндоскопические и ультразвуковые методы исследования. В случае верификации диагноза эндокринного бесплодия пациентке предлагают комплекс индукции фолликулогенеза и овуляции, а также разнообразные методы вспомогательных репродуктивных технологий. Эта область гинекологии на сегодняшний день чрезвычайно финансово затрата.

Предлагаемый нами метод выполняется путём однократного исследования крови, определения триптофана, цистеина, треонина, глицина, валина, коэффициента атерогенности, триглицеридов, магния, липопротеидов низкой плотности. Приводим примеры, подтверждающие возможность использования предлагаемых нами формул.

**Пример 1.** Пациентка М., 36 лет. Планирует беременность. Менархе в 15 лет через 28–45 дней. В настоящее время менструации редкие (через 66–122 дней). Задержки менструации начали прогрессировать с 30 лет. Половая жизнь с 19 лет, беременности не было. Масса тела увеличилась с 30 лет после перенесенного стресса на 30 кг за 3 года. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Объективный статус: рост 163 см, вес 102 кг, ИМТ — 38,4 кг/м<sup>2</sup>. Белые стрии на молочных железах, ягодицах, бедрах. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. АД — 120/80 мм рт. ст. Генитальный статус: наружные половые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка размерами 51×37×46 мм нормальной эхоструктуры, М-эхо — 2 мм, яичники: левый — 39×35 мм, правый — 41×35 мм, оба кистозно изменены с утолщенной капсулой.

**Диагноз:** Метаболический синдром: Ожирение II ст. Нарушение менструальной функции по типу опсомено-реи. Синдром поликистозных яичников. Трубы проходимы (гистеросальпингография). Спермограмма мужа в норме. Концентрация триптофана — 49,7118 нмоль/л, цистеина — 271,074 нмоль/л, треонина — 143,678 нмоль/л, глицина — 117,732 нмоль/л, α-аминомасляной кислоты — 18,643 нмоль/л, валина — 300,05 нмоль/л, липопротеидов низкой плотности — 1,46 ммоль/л, триглицеридов — 2,45 ммоль/л, магния — 0,86 ммоль/л, коэффициент атерогенности — 2,5. При решении дискриминантного уравнения получили результат: — 8,3298, что соответствует высокому риску бесплодия. В течение последующих 1,5 лет беременность не наступила.

**Пример 2.** Пациентка Д., 28 лет. Планирует беременность. Месячные с 13 лет, регулярные. Половая жизнь с 20 лет. Масса тела увеличилась с 15 лет после перенесенного стресса. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Объективный статус: рост 162 см, вес 99 кг, ИМТ — 37,7 кг/м<sup>2</sup>. АД — 120/80 мм рт. ст. Генитальный статус: наружные половые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка 57×35×50 мм с ровными, нечеткими контурами, однородной эхоструктуры, М-эхо — 2 мм, яичники: левый — 30×22 мм, правый — 31×25 мм, без изменений. **Диагноз:** Метаболический синдром: Ожирение II ст.

Концентрация триптофана — 21,3782 нмоль/л, цистеина — 182,083 нмоль/л, треонина — 108,51 нмоль/л, глицина — 56,0284 нмоль/л, α-аминомасляной кислоты — 10,2934 нмоль/л, валина — 129,318 нмоль/л, липопротеидов низкой плотности — 2,18 ммоль/л, триглицеридов — 2,96 ммоль/л, магния — 0,81 ммоль/л, коэффициент атерогенности — 2,27. При решении дискриминантного уравнения получили результат — 2,0386, что соответствует низкому риску бесплодия. Пациентка забеременела в течение 3 месяцев.

**Выводы.** На основании показателей углеводного, липидного, аминокислотного обменов, уровня сывороточного магния создана прогностическая модель, позволяющая оценивать риск эндокринного бесплодия у женщин с МС для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

#### Список литературы.

1. Диденко, В.А. Метаболический синдром X: история вопроса и этиопатогенез / В.А. Диденко // Лаб. медицина. — 2011. — № 4. — С. 49–57.
2. Дубоссарская, З.М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / З.М. Дубоссарская // Мед. аспекты здоровья женщины. — 2016. — № 3. — С. 28–38.
3. Михалевич, С.И. Метаболический синдром в акушерстве / С.И. Михалевич, А.В. Ещенко, Н.Л. Андреева // Искусство медицины. — 2015. — № 2. — С. 157–166.
4. Сергеева, Н.С. Опухолеассоциированные маркеры в скрининговых программах, направленных на активное выявление рака яичников: реальность, проблемы и перспективы / Н.С. Сергеева, Н.В. Маршутина // Практ. онкология. — 2016. — Т. 11, № 4. — С. 110–119.

*Адизова С.Р., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И.*

### ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Кафедра акушерства и гинекологии БГМИ им. Абу Али ибн Сины, Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на достижения современной медицины, преэклампсия беременных по-прежнему является одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности. Удельный вес преэклампсии в структуре осложнений беременности колеблется от 10,1 % до 20,0%, а среди причин материнской и перинатальной смертности составляет соответственно 21,3% и 12,10% [1].

Иммунный баланс в функциональной системе мать-плацента-плод формируется под влиянием факторов, среди которых значительную роль играют состояние здоровья женщины перед гестацией, иммунные генетические различия супругов, местные иммунные реакции в сферах мать-плацента-плод. Поскольку нарушение плодово-материнских иммунных взаимоотношений при плацентарной недостаточности является важным звеном патогенеза, оценка цитокинового статуса должна быть неотъемлемой частью комплексного обследования беременных с осложненным течением беременности и родов с преэклампсией, дородовое излитием вод, антенатальной гибелью плода (АГП) [3,5].

Данные о роли факторов иммунной системы матери в формировании при осложненных родах многообразны. Следовательно, изучение иммунной реактивности у беременных с плацентарной недостаточностью открыла новые



возможности ранней диагностики перинатального гипоксического ишемического поражения плацентарного комплекса и, несомненно, будет способствовать разработке приемлемой тактики ведения и прогнозирования дальнейшего течения родов и послеродового периода при осложненных родах [2,4].

**Цель исследования.** Изучение роли провоспалительных цитокинов при осложненных родах, для разработки оптимальной тактики ведения и вида индукции, с одновременным прогнозированием течения родов и послеродового периода у женщин с преэклампсией.

**Материалы и методы исследования.** Всего было обследовано в сыворотке крови содержание провоспалительных интерлейкинов у 95 беременных, из них 75 с преэклампсией и перинатальными патологиями до и после индукции и 20 с физиологическим течением родовой деятельности. Индукция проводилась по национальному протоколу.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Общеизвестным фактом является, то что при перинатальной патологии с преэклампсией особое место занимает фетоплацентарная недостаточность и основными причинами которой является выраженная воспалительная реакция всего организма, в том числе и матки. Патогенезе развития антенатальной гибели плода заболеваний особое место отводится медиаторам воспаления, особенно провоспалительных таких как IL-6 и IL-8. Большой интерес представляют результаты исследования провоспалительных цитокинов и возможности использования этих данных для прогнозирования родов: о сроках, методах родоразрешения и исхода послеродового периода в акушерской практике, которые помогают для последующей разработки тактики ведения. Высокие значения IL-6 и IL-8 указывают на процесс созревания шейки матки перед предстоящими родами, которые также могут послужить диагностическим маркером.

Повышение уровней провоспалительных цитокинов под действием внутриутробной инфекции ВУИ во II и III триместрах беременности приводит к увеличению синтеза простагландина амниотическими оболочками, способствующее преждевременному развитию родовой деятельности, исходя из этого мы смогли прогнозировать ближайшие сроки родоразрешения.

Из 75 женщин основной группы роды завершились через естественные родовые пути у – (89%), кесарево сечением – (11%) у женщин с рубцами на матке. Продолжительность АГП составила от 2 до 4 суток. Сыворотку для определения цитокинов собирали на первые же сутки после поступления в стационар с диагнозом преэклампсия, АГП. Сроки гестации в двух сравниваемых группах были идентичны. IL-6 и IL-8 относятся к провоспалительным цитокинам, концентрация которых были повышены. Содержание концентрации IL-6 повысилась в 14,3 раз, что означало генерализацию воспалительного процесса. IL-6 в основном регулирует иммунный ответ, реакции острой фазы и воспаления, тормозит синтез TNF- $\alpha$ , что наблюдалось и в наших исследованиях. У больных где были высокие значения IL-6, показатель TNF- $\alpha$ , снижался, приближаясь к нормативным данным.

Концентрация IL-8 также была высокая, где средняя концентрация составила  $60,8 \pm 7,9$  пг/мл, превышая в 1,8 раз больше показателей контрольной группы, составив  $35,6 \pm 10,2$  пг/мл. Местное действие IL-8 приводит к повышению проникновения активированных макрофагов, что может способствовать плацентарной дисфункции.

В патогенезе развития преэклампсии, антенатальной гибели плода особое место отводится медиаторам воспаления, особенно провоспалительных таких как IL-6 и IL-8. Большой интерес представляют результаты исследования провоспалительных цитокинов и возможности использования этих данных для прогнозирования родов: о сроках, методах родоразрешения и исхода послеродового периода в акушерской практике, которые помогают для последующей разработки тактики ведения.

Также изучение параметров провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8 в сыворотке крови у пациенток, как возможного теста для оценки состояния иммунитета, установление степени зрелости шейки матки и родовой доминанты и прогнозирования возможного инфекционного риска, а также их между собой взаимосвязи.

Провоспалительные цитокины обеспечивают мобилизацию воспалительного ответа. IL-6, IL-8 обладая выраженной плейотропной эффективностью и основное действие их имеет большую роль в развитие и течение родового доминанта с последующими реакциями всего организма.

При патоморфологическом исследовании биоптатов женщин с преэклампсией при АГП выявлялись признаки хронического воспалительного процесса, с одновременным повышением концентрации интерлейкинов в сыворотке указывает на наличие выраженной и продолжительной воспалительной реакции, что перекликается где при выраженных воспалительных процессах у беременных были высокие значения таких интерлейкинов как IL-6 и IL-8, относятся к провоспалительным цитокинам, концентрация которых были повышены. Содержание концентрации IL-6 повысилась в 14,3 раз, что означало генерализацию воспалительного процесса. В анализах взятых у 75 женщин с преэклампсией при АГП ни у одной не были результаты нормальными, напротив в 8 пробах они были в 8,2 раз больше, составив 73 пг/мл.

IL-6 в основном регулирует иммунный ответ, реакции острой фазы и воспаления, тормозит синтез TNF- $\alpha$ , что наблюдалось и в наших исследованиях. У женщин где были высокие значения IL-6, показатель TNF- $\alpha$ , снижался, приближаясь к нормативным данным. Таких результатов было у 16 из 45 проб. Основными функциями IL-6 является регуляция процессов созревания антитело образующих клеток и продукция сывороточных иммуноглобулинов. Концентрация IL-6 составила в среднем у пациенток с АГП  $73,7 \pm 17,4$  пг/мл, почти в 9 раз превышая значения у здоровых беременных ( $8,9 \pm 3,1$  пг/мл).

В тех пробах, где показатели IL-6 были высокие, в сравнении с контрольной (таких было у 32 пациенток преэклампсия с АГП), клинически совпадало сроком давности антенатальной гибели свыше 2-х недель и характеризовалось с глубокими изменениями фетоплацентарного комплекса, что и подтвердили данные морфологических исследований плаценты и биоптатов после родов.

Концентрация IL-8 также была высокая, где средняя концентрация составила  $60,8 \pm 7,9$  пг/мл, превышая в 1,8 раз больше показателей контрольной группы, составив  $35,6 \pm 10,2$  пг/мл. Прогностическая ценность IL-6 и IL-8 составила 86,6% в 39 случаях и совпала с клиникой декомпенсированной ФПН на фоне ВУИ с преэклампсией при синдроме потери плода. Анализ полученных данных показал, что изначальное повышение уровня провоспалительных цитокинов у беременных с осложненным течением родов свидетельствует о наличии в организме выраженного иммунного ответа на развитие дегенеративно-воспалительных процессов, после завершения родов уже на 2-3-е сутки, при благоприятном течении патологического процесса начинало достоверно снижаться.

**Выводы.** Повышенный исходный уровень провоспалительных цитокинов и последующее выраженное их снижение у больных с преэклампсией при синдроме потери плода, возможно, отражают изменение направленности иммунного ответа в процессе лечения в результате переключения доминирующего изначально клеточного -Th-1-типа, на гуморальный, что следует расценивать как благоприятный прогностический показатель.

Достоверное повышение уровней IL-6 и IL-8 у больных с преэклампсией, ДИОВ и при АГП позволяет использовать их в качестве дополнительных критериев иммунодиагностики и помогают к экстренному завершению беременности.

В целом прогностическая ценность провоспалительных цитокинов при перинатальных патологиях высокая и варьирует в пределах от 62,2% до 81%, что можно рекомендовать как одним их достоверных маркеров диагностики ФПН и как при мониторинге за течением воспалительного процесса, который возможно может развиваться в родах и послеродовом периоде, а также для прогнозирования исхода патологического состояния плода и матери во время беременности.

#### **Список литературы.**

1. Аюпова Ф.М. Факторы риска перинатальных осложнений по данным ретроспективного анализа / Ф.М. Аюпова, Г.А. Ихтиярова, Г.М. Нигматова // Журнал Педиатрия. - 2019. - №1. - С 224.
2. Ихтиярова Г.А. Прогностическая ценность цитокинов у женщин при осложненных родах с преэклампсией / Г.А. Ихтиярова, С.Р. Адизова // Журнал Новый день в медицине.- 2019. - №3(27). - С.117.
3. Тошева И.И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек / И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова // Журнал Мать и дитя. - 2020. - №1(3). - С.6.
4. Ikhtiyarova G.A. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times // Ikhtiyarova G.A., Iroda Tosheva, Nargiza Nasrullayeva // Asian Journal of Research. -2017. - № 3 (3). - P.32.
5. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation / N.N. Mavlyanova [et al.] // Journal of Medical - Clinical Research & Reviews-2020.-№4(6).-ISSN 2639-944X.-P.18.

*Адылова Ф.Х., Махамдиев А.А., Саидов Д.Х.*

### **АУДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ**

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Все пациенты с травматическим повреждением структур уха или характерными жалобами нуждаются в консультации специалиста – оториноларинголога. Барабанная перепонка (БП) является барьером, ограничивающим барабанную полость от наружного слухового прохода, выполняет защитную роль. Нарушение целостности барабанной перепонки сопряжено с нарушением и даже утратой этих ее функций.

Использование пластических материалов при консервативной мирингопластике позволяет экранировать барабанную полость от воздействия внешней среды и стимулирует процессы репарации. Эффективность консервативной мирингопластики с применением различных материалов (комбутек, куриный амнион, полимерная пленка «Омидерм», полоски стерильной бумаги, MeroGel, Gelfoam и силиконовая полоска, эпидермальный фактор роста и фактор роста фибробластов и др.) составляет 85-95%.

При травмах уха наиболее частыми жалобами являются: боль, выделения из уха (кровяные, слизистые, прозрачные и смешанного характера), снижение слуха, появление шума и чувство заложенности в ухе, вестибулярные расстройства (головокружения различного характера, чувство неустойчивости). Разрыв барабанной перепонки возникает в 43,8-62% случаев при любом механизме травмы и более чем в 40% случаев сопровождается повреждением структур среднего и внутреннего уха. Травматические перфорации барабанной перепонки в 60-89% случаев заживают самостоятельно в течение 1-3 месяцев.

**Цель исследования.** Эффективность раннего обследования и лечения пациентов при травмах барабанной перепонки.

**Материал и методы исследования.** В условиях ЛОР-клиники НМЦ РТ «Шифобахш» на кафедре оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» нами было обследовано 34 пациента с травматическим повреждением барабанной перепонки в возрасте от 16 до 45 лет. Исследование проводилось с февраля 2019 по июнь 2020 гг. Исследование включало: тщательный сбор анамнеза и жалоб, который может в значительной степени облегчить диагностику и своевременно провести адекватное лечение, риноскопию, отомикроскопию, что позволяет детально визуализировать состояние стенок наружного слухового прохода, барабанной перепонки, цепи слуховых косточек (видимую часть), край перфорации и слизистой оболочки медиальной стенки барабанной полости, также объективные и субъективные методы исследования слуха - акустическая импедансометрия с рефлексометрией, тонально-пороговая аудиометрия (ТПА).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Причиной возникновения данной патологии явились: механическое повреждение (ушными палочками, острыми предметами и т.д.) – у 11 пациентов (32,4%), ныряние в воду – у 5 (14,7%), при ударе по уху (шлепок) – у 18 (52,9%). Основными жалобами пациентов были: острая боль, шум в

ушах, заложенность, снижение слуха. После проведения тимпанометрии в здоровом ухе регистрировали тип «А», а на другой стороне тимпанометрия не проводилась из-за перфорации БП. На ТПА на пораженной стороне наблюдали тугоухость I степени (у 29 пациентов - 85,3%) и II степени (у 5 пациентов - 14,7%) по кондуктивному типу (рис 1).

Из 34 пациентов с травмой БП у 5 пациентов (14,7%) самостоятельно закрылась перфорация, 26 пациентам (76,5%) была проведена мирингопластика, а лишь 3 пациентам (8,8%) была рекомендована тимпаноластика, из-за того что размер перфорации был более 50% площади её поверхности.

Мирингопластика пациентов с изолированной травматической перфорацией БП осуществляется амбулаторно, а тимпаноластика стационарно. Консервативная мирингопластика проводится под местной аппликационной или инфильтрационной анестезией раствором лидокаина или аналогичных препаратов с применением увеличительной оптической техники, а тимпаноластика под общим эндотрахеальным наркозом. Для осуществления доступа достаточно использовать ушную воронку. Для проведения миринголастики применяли материал - капроновую операционную бумагу, которая является опорным материалом для самостоятельного расправления краёв разрыва БП и её регенерации. После тщательного туалета НСП и БП (при необходимости - освежения краёв перфорации) материал плотно укладывается поверх дефекта, перекрывая его. Размер материала должен превышать размер перфорации БП. Для тимпаноластики использовали фасцию височной мышцы.

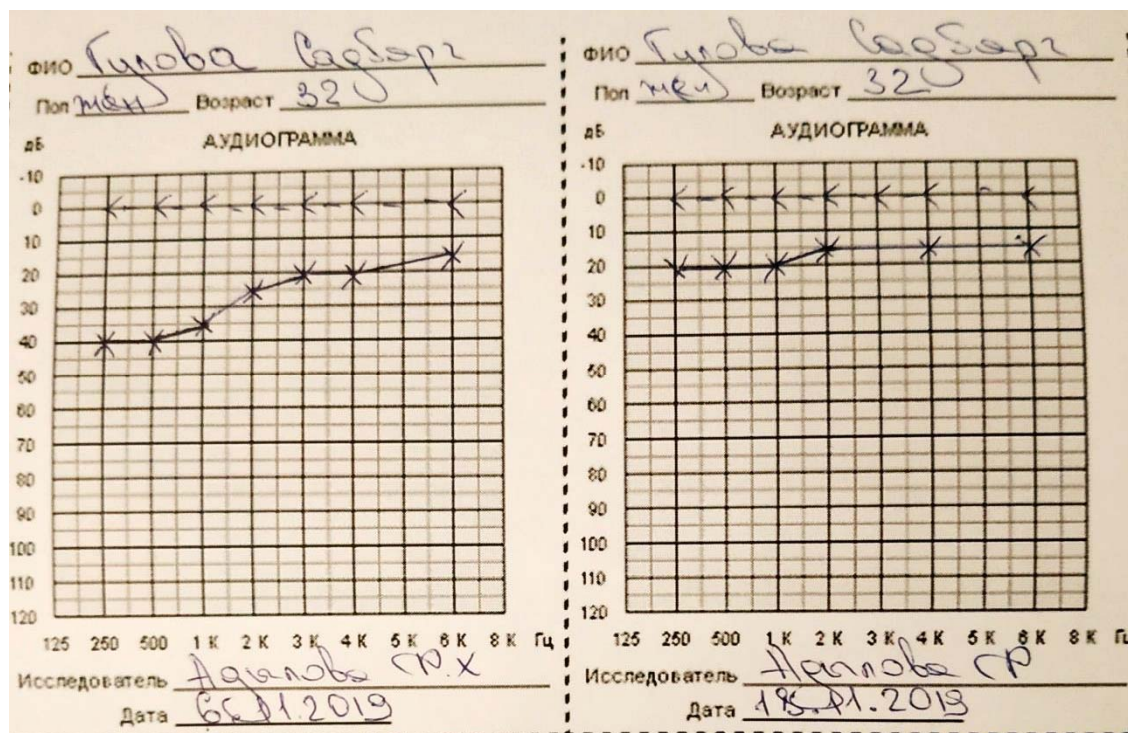


Рисунок 1. Аудиограмма больной А. с диагнозом травма барабанной перепонки слева до и после миринголастики.

В результате проведенного лечения после миринголастики из 26 пациентов у 24 (92,3%) был хороший функциональный и анатомический результат. После тимпаноластики из 3 пациентов у 2 (66,7%) был хороший функциональный и анатомический результат, а у 3 пациентов (10,3%) был неудовлетворительный результат, в связи с присоединением воспаления в слуховой трубе.

#### Выводы

1. Состояние слуховой функции при травматических повреждениях барабанной перепонки зависит от размера травматической перфорации барабанной перепонки.
2. Эффективность лечения зависит не только от соблюдения лечебно-диагностического алгоритма, но и от соблюдения пациентом рекомендаций врача.
3. Отсутствие оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи пациентам с травматическим повреждением барабанной перепонки ведёт к формированию стойкой перфорации БП, хронизации воспалительного процесса и прогрессированию тугоухости, что может потребовать в дальнейшем реконструктивного или saniрующего хирургического вмешательства.

#### Список литературы

1. Маркова, М. В. Травматическая перфорация слухового прохода и барабанной перепонки у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04 / М. В. Маркова. – Москва, 2010. – 23 с.
2. Оториноларингология в клинической практике / Р. Пробст, Г. Гревсер, Г. Иро; пер. с англ. под ред. А. С. Лопатина. – М.: практическая медицина, 2012. – С 217–240.
3. Lou Z. Prognosis and outcome of the tympanic membrane flap at traumatic tympanic membrane perforation edge / Z. Lou, Y. Hu, Y Tang // ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. – 2011.- № 73(4). – P. 212-218.

*Адылова Ф.Х., Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.*  
**СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ**

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

**Актуальность.** В последние годы наблюдается все большее количество детей, имеющих проявления аутизма или расстройства аутистического спектра (РАС). По данным Центра по контролю заболеваемости (США), частота встречаемости РАС составляет 1 случай на 161 новорожденного, что аналогично данным Всемирной организации аутизма: в 2008 г. 1 случай аутизма приходился на 150 детей. В то время как, по данным литературы, тугоухость различного генеза у детей является распространенной патологией и встречается от 0,9% до 7%. Использование объективных аудиологических методов позволяет своевременно и точно установить или исключить нарушения слуха у детей раннего возраста, и своевременно проводить необходимые реабилитационные мероприятия.

Дети с РАС реагируют на сенсорные стимулы или слишком сильно, или очень слабо. Так, они склонны игнорировать человеческую речь, но проявляют интерес к «неживым», механическим звукам. У родителей детей с РАС нередко возникают подозрения, что ребенок не слышит. Однако подобное поведение не связано с нарушением слуха, а может быть обусловлено недостаточной реакцией на звуки средней и интенсивной громкости. В то же время у них возможны проявления гиперчувствительности, вплоть до затыкания ушей, в ответ на бытовые звуки окружающей обстановки или на новые звуки умеренной интенсивности. Также важно выявлять даже незначительное снижение слуха, так как у маленьких детей они приводят к задержке и нарушению речевого развития.

**Цель исследования.** Дифференциальная диагностика состояния слуха у детей с аутизмом и нейросенсорной тугоухостью.

**Материал и методы исследования.** В условиях ЛОР-клиники НМЦ РТ на кафедре оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» нами было обследовано 48 детей в возрасте от 11 мес. до 5 лет. Исследование проводилось с октября 2019 по август 2020 гг. Исследование включало: сбор жалоб со слов родителей, анамнез, клинический осмотр ЛОР-органов (риноскопия, отоскопия, фарингоскопия). Наряду со стандартным клиническим осмотром ЛОР-органов всем детям были проведены наблюдательная аудиометрия, также объективные методы исследования слуха - отоакустическая эмиссия, акустическая импедансометрия с рефлексометрией, регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) и слухового ответа на постоянный модулированный тон (ASSR).

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Основные жалобы со слов родителей приведены в таблице 1.

**Таблица 1- Жалобы при аутизме и при нейросенсорной тугоухости**

Симптомы	Нейросенсорная тугоухость (35 детей)	Аутизм (13детей)
Снижение слуха	35 (100%)	5 (38,5%)
Не обращаемость внимания на разговорную речь	27 (77,1%)	13 (100%)
Малый словарный запас	25 (71,4%)	9 (69,2%)
Отсутствие слов	10 (28,6%)	4 (30,8%)
При разговоре не смотрят в глаза	-	11 (84,6%)
Повторяющиеся действия на протяжении долгого времени (бег по кругу или со стороны в сторону)	-	13 (100%)

При передней риноскопии, отоскопии и фарингоскопии патологии со стороны Лор-органов не обнаружены. При проведении наблюдательной аудиометрии в основном использовали телефон с любимым мультиком, реакция была лишь у 13 детей (27,1%).

На тимпанометрии у всех пациентов диагностирован тип «А» с двух сторон. На акустической рефлексометрии у 13 детей выявили рефлексы на различных частотах (500- 4000 Hz), а у 35 детей рефлексы на всех частотах отсутствовали.

После проведения ОАЭ у 13 пациентов (27,1%) был зарегистрирован результат Pass. У 35 пациентов (72,9%) - REFER, что свидетельствовало о снижении слуха более чем на 35 дБ.

35 детям были проведены КСВП и ASSR. На КСВП - V пик визуализировался с двух сторон при стимуле 30-40 дБ у 8 детей (22,9%), при стимуле 50-60 дБ у 20 детей (57,1%), 70-80 дБ у 7 детей (20%).

После проведения всех методик исследования слуха, по данным наблюдательной и объективной аудиометрии, у 13 детей был диагностирован нормальный слух, которым был рекомендован невролог, а также посещение центра “Ирода” для постановления степени РАС. У 35 детей выявили слуховые нарушения по типу звуковосприятия (ASSR) - I степень у 8 детей, II - у 20 детей, III - у 7 детей. После диагностики нарушения слуха детям с I степенью тугоухости было назначено консервативное лечение, а детям со II- III степенями тугоухости назначены реабилитационные мероприятия, т.е. слухопротезирование.

**Выводы.**

1. Поведение ребёнка при аутизме и при нарушении слуха примерно одинаково, поэтому дети в раннем возрасте должны проходить комплексное аудиологическое обследование у ЛОР-врача.
2. При ранней диагностике и реабилитации детей с аутизмом и нейросенсорной тугоухостью могут иметь хорошие результаты, такие как интегрирование ребёнка в общество.

**Список литературы.**

1. Бенилова С.Ю. Новые подходы к проблеме дифференциальной диагностики системных нарушений речи и детского аутизма / С.Ю. Бенилова, Т.С. Резниченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. -М., 2010.- №1.- С 127-132.

2. Микиртумов Б.Е. Аутизм. История вопроса и современный взгляд / Б.Е. Микиртумов, П.Ю. Завитаев.- М, 2012. – 144 с.
3. A multisite study of clinical diagnosis of different autism spectrum disorders / C. Lord et al. // ArchGen Psychiatry. - 2012.- №69.- P. 306-313
4. Kanji A. Pediatric physicians` referral of children aged 0-3 years for audiological evaluation in the public health care sector / A. Kanji, R. Kara // Audiology Research.- 2013.- V 3:e7. - P. 48-51.
5. Northern J.L. Hearing in children: Sixth edition / J.L. Northern, M.P. Downs. –Plural Publishing, 2014. - 720 p.

*Азиззода З.А., Холматов П.К., Курбонов И.К., Али-Заде С.Г.*

## **МИНИИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ**

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

**Актуальность.** Хирургическое вмешательство на сегодняшний день является основным методом лечения эхинококкоза печени (ЭП) и его осложнений. Однако важнейшей проблемой в хирургии ЭП, которая остаётся дискуссионной и противоречивой среди хирургов, является выбор метода и объёма оперативного вмешательства, направленный на снижение травматичности и частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов [1,3].

В настоящее время в литературе встречается много работ об эффективном применении минимально инвазивных технологий в лечении ЭП и его осложнений. Преимуществами миниинвазивных методик является малая травматичность, меньшее число осложнений, низкая стоимость и кратковременность стационарного лечения [2,4].

Однако выбор между традиционными методами и применением миниинвазивных технологий при хирургическом лечении эхинококкоза печени остаётся дискуссионным среди хирургов [1,4,5].

**Цель исследования.** Оценка результатов миниинвазивного хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений.

**Материал и методы исследования.** За период с 2008 по 2019 гг. в хирургических отделениях ГУ Комплекс здоровья «Истиклол», ГУ городского центра скорой медицинской помощи г. Душанбе получили хирургическое лечение 165 пациентов.

Мужчин среди исследуемых больных было 90 (54,6%), женщин 75 (45,4%). Эхинококковые кисты правой доли печени наблюдали у 94 (57%) больных, левой доли у 60 (36,3%). Наличие эхинококковых кист в обеих долях встречалось у 11 (6,7%) больных.

Неосложненный эхинококкоз печени наблюдали в 77 (46,7%) случаях. Нагноившиеся эхинококковые кисты печени (НЭКП) наблюдали у 49 (29,7%) больных, прорыв эхинококковых кист в желчные пути у 39 (23,6%). Рецидивные кисты отмечены у 15 (9,1%) больных.

Для диагностики эхинококковых кист печени и его осложнений больным проводили клинико-биохимические исследования крови, лучевые методы исследования, в том числе УЗИ, КТ, МРТ и видеолапароскопию.

**Результаты исследования и их обсуждение.** УЗИ выполнено всем 165 больным с ЭП и его осложнениями, что позволило в 84,8% случаев определить размеры и расположение кист, толщину стенок, характер кистозного содержимого, изучить структуру печени, уровень эхогенности и выбрать оптимальный доступ и вид оперативного вмешательства.

С целью дифференциальной диагностики паразитарных кист с непаразитарными, опухолевыми поражениями печени, для определения первично-множественного поражения печени, вовлеченности в патологический процесс крупных сосудов и желчных протоков, а также с целью определения дальнейшей тактики ведения больного и выбора способа оперативного лечения 28 (16,9%) больным выполнено КТ, а у 14 (8,4%) - МРТ.

Выбор патогенетически обоснованного метода миниинвазивного лечения ЭП и его осложнений основывался на следующих критериях: локализации и размеров эхинококковых кист (ЭК), характера осложнений, наличии сопутствующих заболеваний и возраста больных.

При осложненных формах предпочтение отдавали двухэтапным миниинвазивным вмешательствам. При этом выполняли как плановые, так и ургентные миниинвазивные вмешательства. Больным выполнены следующие методы хирургического лечения (Таблица 1).

Из 77 больных с неосложненным эхинококкозом печени 37 больным выполнена открытая эхинококкэктомия из различных минидоступов. В этой группе больных технология PAIR применена в 6 случаях. Радикальные и условно радикальные вмешательства выполнены 29 пациентам.

Среди пациентов с нагноившимися эхинококковыми кистами печени (n=49) двухэтапные вмешательства выполнены у 9 больных. В 5 случаях применена технология PAIR. При проведении чрескожно-пункционных вмешательств у больных с нагноившимися эхинококковыми кистами под контролем ультразвукового исследования наблюдалось заметное улучшение общего состояния, что было обусловлено уменьшением интенсивности эндотоксемии, что позволило в последующем после нормализации всех показателей произвести операции на кисте. Лапароскопическая эхинококкэктомия, в том числе радикальные и условно-радикальные вмешательства применены у 35 больных.

Всем пациентам с прорывом эхинококковых кист в желчные пути (n=39) были выполнены двухэтапные вмешательства с применением миниинвазивных чрескожных и эндоскопических вмешательств. В том числе в этой группе у 9 пациентов произведено ЭПСТ с удалением фрагментов эхинококковой кисты из желчных путей, после чего производили санацию желчных протоков 0,06% раствором гипохлорита натрия и транспапиллярно дренировали общий желчный проток и остаточную полость путем выполнения назобилиарного дренирования.



Таблица 1.

## Характер оперативных вмешательств у больных с ЭП и его осложнений

Характер выполненных оперативных вмешательств	Кол-во	%
Открытая эхинококкэктомия из минидоступов	37	22,4
РАИР	6	3,7
Лапароскопическая открытая эхинококкэктомия	5	3,1
Лапароскопическая резекция печени	18	10,9
Лапароскопическая субтотальная перицистэктомия	11	
Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ + лапароскопическая эхинококкэктомия	4	2,4
Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ + традиционная открытая эхинококкэктомия.	5	3,1
РАИР	5	3,1
Лапароскопическая открытая эхинококкэктомия	19	11,5
Лапароскопическая эхинококкэктомия с тотальной перицистэктомией	10	6,1
Лапароскопическая эхинококкэктомия с субтотальной перицистэктомией	6	3,7
Чрескожная чреспеченочная холедохостомия под контролем УЗИ + лапароскопическая эхинококкэктомия	7	4,2
Чрескожная чреспеченочная холедохостомия под контролем УЗИ + традиционная открытая эхинококкэктомия	4	2,4
ЭПСТ с удалением фрагментов эхинококковой кисты, НБД + традиционная открытая эхинококкэктомия	9	5,4
Видеолапароскопическая холедохотомия с удалением элементов эхинококковой кисты из просвета общего желчного протока + традиционная эхинококкэктомия	3	1,8
ЭПСТ + лапароскопическая тотальная (n=2) и субтотальная (n=14) перицистэктомия	16	9,6
Всего	165	100

После достижения уровня билирубина нормальных величин и улучшения общего состояния, пациентам на втором этапе выполнялась традиционная открытая эхинококкэктомия.

Для снижения частоты рецидивов заболевания у 120 (72,7%) больных применялась химиотерапия альбендазолом.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения после миниинвазивных вмешательств были отмечены в 29 (17,5%) случаях. В том числе желчеистечение из остаточной полости отмечено у 8 (4,8%) больных, нагноение послеоперационной раны у 5 (3,1%), нагноение остаточной полости у 2 (1,2%), внутрибрюшное кровотечение у 2 (1,2%), реактивный плеврит у 11 (6,4%) и жидкостное скопление в зоне операции у 2 (1,2%) больных. Во всех случаях консервативные методы лечения были успешными.

**Выводы.** Результаты исследований показывают, что миниинвазивные технологии могут успешно применяться в диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений. Низкая травматичность этих операций способствует снижению послеоперационных осложнений и летальности, а также уменьшению срока пребывания больных в стационаре.

**Список литературы:**

1. Анваров ХЭ. Особенности диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений. Вестник экстренной медицины. 2017;X(1):97-103.
2. Ахмедов СМ, Иброхимов НК, Сафаров БД, Расулов НА, Табаров ЗВ. Резекция печени при эхинококкозе. Анналы хирургической гепатологии. 2014;2:49-54.
3. Гулов МК, Зардаков СМ. Неосложнённый эхинококкоз печени: опыт открытых и лапароскопических операций. Вестник Авиценны. 2016;2:7-12.
4. Курбанов УА, Давлатов АА, Джанобилова СМ, Джононов ДД. Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза печени. Вестник Авиценны. 2014;59(2):13-17.
5. Molina T, Wu G.Y. Hepatic Echinococcal Cysts: A Review. J. Clin Transl Hepatol. 2016 Mar 28;4(1):39-46.

*Азимова Дж.К., Кадамалиева М.Д.*

### ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И АОС ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

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

**Актуальность.** Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин на протяжении многих лет остаётся одной из наиболее актуальных в клинической практике в связи с их высокой частотой, несмотря на имеющиеся успехи в профилактике, диагностике и лечении [5]. Одним из ключевых звеньев патогенеза воспалительного заболевания является эндогенная интоксикация, в развитии которой большое значение придается бактериальному эндотоксину грамотрицательных микроорганизмов — классическому стимулятору функции макрофагов. В результате имеет место активация генерации активных форм кислорода (АФК) и развитие окислительного стресса, ведущего к гиперпродукции свободных радикалов и деструкции мембран, нарушению функции антиоксидантной защиты [1,3]. В норме антиоксидантная система (АОС) обеспечивает дезинтоксикацию экзогенных и эндогенных токсинов, но в условиях прогрессирования патологического процесса неадекватность её деятельности ведёт

к нарастанию эндотоксикоза с вторичным поражением клеточных мембран и усугублению нарушений биофизических процессов [2, 4].

**Цель исследования.** Выявить показатели пол и аос при воспалительных заболеваниях половых органов у женщин

**Материал и методы исследования.** Обследованы 73 пациентки с острыми ВЗОМТ, находившиеся на стационарном лечении, в том числе 41 — с эндометритом и 32 — с сальпингоофоритом. Средний возраст больных составил  $24,6 \pm 3,2$  года. Проведены общеклинические гинекологические и клинико-лабораторные методы исследования: бактериоскопическое и бактериологическое исследование материала из цервикального канала и влагалища и содержимого матки при выскабливании, изучение эндогенной интоксикации по состоянию мембраны эритроцитов, ее проницаемости и сорбционной способности [4]; ультразвуковое исследование (УЗИ) по трансабдоминальной и трансвагинальной методике; применены специальные методики для изучения оксидативно-антиоксидантного статуса, которые выполнены на хемилуминометре ИРА-03 с использованием ФЭУ-127 и радиоспектрометре РЭ-1306.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Почти у всех пациенток с острыми ВЗОМТ имело место острое начало заболевания. Клиническая картина характеризовалась болевым синдромом различной степени выраженности почти у всех больных и типичной «срединной» локализацией болей при эндометрите (31 пациенток — 78,2 %), и в гипогастральных областях при сальпингоофорите (32 пациенток — 100 %), о чем сообщают и другие исследователи [1, 2]. Распространенный характер болей наблюдался у 30 (15,1 %) пациенток при сопутствующем пельвиоперитоните. Лихорадка отмечена у двух третей пациенток с эндометритом (69,0 %) и у большинства с сальпингоофоритом (80,4 %). Патологические выделения из влагалища — один из постоянных симптомов острых ВЗОМТ [1, 3], нами отмечен почти у всех пациенток при эндометрите — 38 (96,5 %) и у одной трети при сальпингоофорите — 18 (29,1 %). Ультразвуковые критерии острого эндометрита регистрировались как изолированные, так и в различных сочетаниях у 28 (81,6 %) больных, из них у 29 после родов (83,0 %) и у 25 (80,9 %) после абортов в виде субинволюции матки, ее гипотонуса и расширения полости, неровного контура и утолщения эндометрия, нечеткой границы с миометрием, патологических эхо включений в полости матки за счет газа, фибрина и остатков элементов плодного яйца. Признаки сальпингоофорита при УЗИ выявлены у 27 (86,9 %) пациенток в виде увеличения объема яичника (26 наблюдения — 66,3 %), гипозоженной его структуры (31 — 70,6 %), нечеткого наружного контура яичника (21 — 54,8 %), наличия в нем кистозных включений (6 — 6,0 %), отека стенки маточной трубы (2 — 3,0 %), расширения ее просвета с жидкостным содержимым (10 — 10,1 %), наличия свободной жидкости в малом тазу (12 — 23,1 %). Болезненность при проведении трансвагинального УЗИ нами оценивалась как существенный критерий при постановке диагноза и выявлена у 21 (84,9 %) пациенток. Гистероскопия выполнена 28 больным с эндометритом, при этом выявлена очаговая или диффузная гиперемия слизистой оболочки матки с кровоизлияниями и фибринозным налетом с примесью гноя, легко кровоточащими сосудами, наличием сгустков крови в полости матки. Остатки плацентарной ткани (плодного яйца) выявлены у 22 (87,5 %) пациенток, из них у 9 (25,0 %) после родов, у 23 (62,5 %) после абортов в виде красно-фиолетовой или синюшно-багровой губчатой ткани. Эффективное удаление патологических субстратов под контролем гистероскопии способствовало более быстрому купированию воспалительного процесса и сокращало пребывание больных в стационаре до 3–6 суток. Выполнение лапароскопии позволило дифференцировать катаральный сальпингит у 19 (49,4 %) пациенток, гнойный сальпингит у 15 (32,9 %) больных и пиосальпинксы в 7 (17,7 %) наблюдениях. Острый оофорит сопровождался незначительным отеком белочной оболочки и мелкими кровоизлияниями на его поверхности у 27 (72,9 %) пациенток и почти всегда сочетался с сальпингитом. Достоинством лапароскопии явилась не только возможность оценить стадию и распространенность воспалительного процесса, но и одновременное проведение лечебных манипуляций для санации очагов воспаления, о чем сообщают и другие авторы [5].

Анализ хЛ-тестов сыворотки крови всех больных с острыми ВЗОМТ до лечения показал достоверное увеличение уровня ГПЛ до  $87,16 \pm 4,8$  отн. ед. ( $p < 0,01$ ), что составило 115 % от нормы, при этом зарегистрировано более выраженное снижение суммарной активности АОС до  $24,37 \pm 1,32$  отн. ед. ( $p < 0,01$ ) — 77 % от нормы. Для математической оценки оксидативно-антиоксидантного дисбаланса нами использован коэффициент К, равный отношению ГПЛ % от нормы к АОА % от нормы и при оксидативно-антиоксидантном равновесии соответствующий 1 [5]. Выявленные разнонаправленные отклонения уровней ГПЛ и АОА при острых ВЗОМТ позволили зарегистрировать дисбаланс ОГ и АОС, который выражался повышенным коэффициентом К, равным 1,5.

Отдельное изучение ОГ в группах пациенток с эндометритом и сальпингоофоритом до лечения не выявило различий показателей. При анализе данных ЭПР-метода, отражающего степень инициации СРО при острых ВЗОМТ, у всей группы пациенток до лечения отмечено достоверное повышение уровня ЦП ( $65,26 \pm 2,99$  отн. ед.;  $p < 0,05$ ) и выраженное снижение, почти в два раза, ТР ( $46,03 \pm 3,69$  отн. ед.;  $p < 0,01$ ), что соответствует высокой компенсаторной антиоксидантной (АО) активности ЦП и ТР в ответ на снижение клеточной АО защиты, а также значительное повышение активности АОС ЦП/ТР ( $1,92 \pm 0,17$  отн. ед.; 252 % от нормы;  $p < 0,01$ ), так как отражает реакцию подавления избытка продуктов СРО в тканях зоны воспаления и деструкции. Математическую оценку антиоксидантного дисбаланса проводили по коэффициенту К1, который рассчитывали как отношение АОС ЦП/ТР % от нормы к АОА % от нормы. При антиоксидантном равновесии коэффициент К1 соответствует 1 [5]. При острых ВЗОМТ нами выявлен выраженный антиоксидантный дисбаланс, так как коэффициент К1 определен достаточно высоким — 3,3. В разных нозологических группах достоверной разницы показателей антиокислительной активности сыворотки крови до лечения также не выявлено. АФК, образуемые активированными клетками-фагоцитами, химически исключительно активны, иницируют цепную реакцию СРО, вызывают повреждение белков, нуклеиновых кислот и липидов биологических мембран [4]. Оценка ОГ и АОС при острых ВЗОМТ, проведенная после лечения, при имеющемся клиническом выздоровлении и нормализации лабораторных показателей в виде субъективного улучшения

самочувствия, отсутствия болевого синдрома, патологических выделений из влагалища, нормализации температурной реакции тела, лейкоцитарной формулы крови, эхографических показателей воспаления матки и придатков, характеризовалась сохраняющимся оксидативно-антиоксидантным дисбалансом за счет повышенной активности СРО и сниженной АОА.

**Вывод.** Таким образом, применение в комплексном лечении острых ВЗОМТ синтетических антиоксидантов приводит, помимо ускорения клинического выздоровления, нормализации лабораторных показателей, снижения стадии ЭИ, улучшения эхографических данных воспаления, к нормализации биорадикальных процессов и нивелированию оксидативно-антиоксидантного дисбаланса за счет снижения уровня ГПЛ, повышения суммарной АОА и снижения активности АОС ЦП/ТР, что обосновывает необходимость включения синтетических антиоксидантов в комплексное лечение острых ВЗОМТ.

#### **Список литературы:**

1. Современные методы диагностики тяжелых гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов / Краснопольский В. И., Буянова С. Н. [и др.] // Вест. Росс. ассоц. акуш.-гин. — 2012. — № 2. — С. 118–121.
2. Стрижова Н. В. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у гинекологических больных в послеоперационном периоде и коррекция нарушений / Стрижова Н. В., Дугиева М. З., Багдасарова З. З. [и др.] // Вест. Росс. ассоц. акуш.-гин. — 2013. — Т. 1, Вып. 1. — С. 116.
3. Хамадянова А. У. Состояние свободнорадикального окисления у больных хроническим рецидивирующим воспалением придатков матки и возможности фармакологической его коррекции / Хамадянова А. У. // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». — М., 2013. — С. 484–485.
4. Irshad M. Oxidant — antioxidant system: role and significance in human body / Irshad M., Chaudhuri P. S. // Indian J. Exp. Biol. — 2015. — Vol. 40. — P. 1233–1239.
5. Vladimirov Y. A. Enhancement of chemiluminescence associated with lipid peroxidation by rhodamine dyes / Vladimirov Y. A. // Free Radic. Biol. Med. — 2016. — Vol. 12, N 1. — P. 43–52.

*Али-Заде С.Г., Назаров Ш.К., Назаров Т.Ш., Додихудоев Р.А.*

### **КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЁННОГО ЖИДКОСТНЫМ СКОПЛЕНИЕМ В САЛЬНИКОВОЙ СУМКЕ**

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

**Актуальность.** На современном этапе диагностика острого панкреатита и его осложнений строится на клинических симптомах и использовании вспомогательных лабораторных и инструментальных методов исследования [1,2,3,5]. По данным литературы, основными лабораторными критериями острого панкреатита считаются следующие: определение  $\alpha$ -амилазы крови по унифицированной методике Каравея ( $\alpha$ -амилаза крови – индикаторный гликолитический фермент, который преимущественно синтезируется в ацинусах поджелудочной железы и, в меньшей степени в слюнных железах). На сегодняшний день не менее востребованным методом диагностики острого панкреатита в современных условиях является УЗИ и КТ. Как отмечают многие исследователи, эти исследования считаются «золотым» диагностическим стандартом в urgentной панкреатологии и абдоминальной хирургии [3,4,5].

**Цель исследования.** Изучить особенности диагностики острого деструктивного панкреатита, осложнённого жидкостным скоплением в сальниковой сумке

**Материал и методы исследования.** В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 85 больных с панкреонекрозом, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «Городской центр неотложной медицинской помощи города Душанбе» с 2008 по 2019 гг. В ходе исследования у 85 исследуемых пациентов лабораторные методы исследования включали: общеклинические развернутые анализы крови и мочи; развернутые биохимические анализы крови, С-реактивного белка (исследования выполняли турбидиметрическим методом с помощью диагностического набора "ORION DIAGNOSTICA" (Финляндия), амилазы крови и мочи); Определение КЩС и газов крови; микробиологические исследования биосред организма. Показатели ПОЛ определяли по методу Hanter. Ультразвуковое исследование проводилось на эхотомографе HDI 5000 фирмы "Philips" и Elegra фирмы "Siemens" в режиме серой шкалы, тканевой гармонии, цветового и энергетического доплеровского картирования по стандартной методике. КТ выполнялась на 64-х срезовом компьютерном томографе Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions по программе AbdomenMultiPhase с толщиной слоя 5 мм в два этапа, до и после болюсного контрастного усиления («Ультравист» 370 мг/йода на 100 мл со скоростью введения 3,0 мл/сек).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В клиническом аспекте, кроме основного проявления болезни и ее осложнений различного характера и локализации болей, в ходе исследования изучались такие признаки, как: сухость языка (n-81), тахикардия (n-83), учащение дыхания (n-73), высокая температура тела (n-53), адинамия (n-53). В ходе исследования со стороны развернутого анализа крови установлено, что в обеих исследуемых группах больных отмечается анемия легкой степени, при этом уровень лейкоцитоза достигает  $14,5 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$ . Также отмечается заметное увеличение лимфоцитов до  $14,4 \pm 1,36$ , СОЭ до  $21,3 \pm 1,3$ , что свидетельствовало о наличии выраженного воспалительного процесса. В абдоминальной хирургии ранняя диагностика гнойно-септических осложнений представляет собой большие трудности. Выходом из этой ситуации в нашем исследовании являлось определение показателей СРБ, МДА, Прокальцитонина и Интерлейкина-6.

Показатели С-реактивного белка (неспецифического маркера воспалительного процесса) составили  $18,6 \pm 2,4$  мг/л, ПОЛ (маркера эндогенной интоксикации) -  $8,6 \pm 0,6$  мкмоль/л, прокальцитонина -  $0,8 \pm 0,1$  нг/мл указывающих на развитие инфекционных осложнений, и провоспалительного цитокина интерлейкина -  $6 14,2 \pm 1,4$  пг/мл, которые свидетельствовали о наличии выраженного воспалительного процесса в тканях поджелудочной железы. Однако, учитывая показатели прокальци-

тонина и МДА, можно заключить об отсутствии инфицированности имеющегося в сальниковой сумке выпота, а при увеличении этих маркеров возможно присоединение инфекции и развитие гнойного процесса. Исследования коагулограммы проводились 1 раз в сутки. Динамическое колебание количества тромбоцитов крови коррелировало с изменениями концентрации сахара и амилазы крови. Развитие тромбоцитопении, в среднем до  $138,6 \pm 12,8 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,0001$ ), было отмечено у 61% пациентов, в остальных случаях отмечалось снижение до минимально нормальных цифр. В ходе исследования было отмечено, что сахар крови при развитии очага деструкции поджелудочной железы и наблюдаемой тромбоцитопении повышался в среднем до  $10,3 \pm 2,5$  ммоль/л ( $p < 0,0001$ ), амилаза крови повышалась до  $290,0 \pm 8,6$  Ед/л ( $p = 0,0124$ ). В последующем у больных панкреонекрозом, начиная со 2 недели, отмечается рост числа тромбоцитов, в среднем до  $198,1 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,0001$ ).

На УЗИ у 17(20,0%) пациентов было выявлено наличие скопления жидкости в полости малого сальника. При этом появление по периферии эконегативного ободка за счет скопления жидкости в сальниковой сумке диагностировано у 17(20,0%) пациентов основной группы. Нечеткость и неровность контуров железы определялись более, чем в 90% случаев (ОП – 93,9%, СП – 94,9%, ИП – 96,6%). У всех 17(20,0%) пациентов на фоне жидкостного скопления в полости малого сальника было выявлено изменение эхогенности паренхимы железы. С помощью ЦДК определялся характер кровотока в основных сосудах железы, сосудах парапанкреатической клетчатки, в воротной и в нижней полой венах. Наряду с серошкальной эхографией проводили цветовую и спектральную доплерографию чревного ствола (ЧС), селезеночной (СА), общей печеночной (ОПА), гастродуоденальной (ГДА) и верхней брыжеечной артерий (ВБА), а также селезеночной (СВ) и верхней брыжеечной вен (ВБВ). Измеряли диаметр сосудов, оценивали их проходимость и геометрию. Отмечалось снижение эхогенности в области головки ПЖ. При ЦДК сосудистый рисунок ПЖ был усилен в области головки - более 3 сосудов.

Допплерографические исследования показали статистически значимое увеличение диаметров ЧС, ОПА, ГДА, ВБА (по отношению к норме) при нормальных диаметрах СА, ВБВ и СВ. Так, были увеличены скоростные показатели по ЧС, ОПА, ГДА, ВБА, и практически не изменены по СА, СВ, ВБВ при ООПУ больных с жидкостным скоплением в полости малого сальника, были несколько снижены объемные скорости кровотока по СВ и ВБВ. Наиболее показательными были изменения объемной скорости кровотока - по ЧС на 28-30% выше, по ОПА и ГДА - на 16-17% выше, по СВ и ВБВ - на 30% ниже. В результате проведенного исследования мы определили, что у больных ОП со скоплением жидкости в ранние сроки от начала заболевания статистически значимо: 1) увеличиваются размеры ПЖ - головки при ООП - на 83%, при ОДП - на 95%, тела - на 33% и 73% соответственно, хвоста - на 40% и 55% от нормы; 2) увеличиваются диаметры артерий - ЧС более 50% от нормы, ОПА - более 33%, ГДА более 50%, ВБА более 20% при нормальных диаметрах СА, СВ, ВБВ; 3) линейные скорости кровотока увеличиваются по ЧС, ОПА, ГДА на 30-40% и практически не отличаются от нормальных значений по ВБА и СА, по СВ и ВБВ; 4) объемная скорость увеличивается в ЧС более 2000-3000 мл/мин (на 100-198% от нормы), в ОПА - более 1200-1500 мл/мин (на 130-180%), ГДА - более 300-350 мл/мин (на 200%); в ВБА - не меняется при ООП и увеличивается более 1200 мл/мин (на 30-40% при ОПН); в СВ и ВБВ при ООП практически не меняется, при ОПН - уменьшается менее 360 мл/мин (на 20-40%). В ходе исследования 65(76,4%) пациентам для верификации и идентификации развития инфекционного процесса при остром деструктивном панкреатите и выбора тактики оперативного вмешательства была применена мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением. Была поставлена задача провести исследование эффективности применения МСКТ для диагностики осложнений при остром деструктивном панкреатите. Исследование проводили от диафрагмы до малого таза. Толщина коллимации колебалась от 0,6 мм (Somatom Sensation 64) до 0,75 мм (Somatom Sensation 16). Из косвенных признаков у 17(20,0%) больных со скоплением жидкости в полости малого сальника в ходе исследований наблюдались перипанкреатит, нечеткость визуализации и деформация крупных близлежащих сосудов, наличие свободной жидкости в брюшной полости, появление свободной жидкости в плевральной полости и др. Снижение денситометрической плотности по шкале Хаунсфилда было представлено следующими данными: при скоплении жидкости в полости малого сальника диапазон составлял 65-70 HU, а при ИП – 40-50 HU. В ходе нашего исследования очаговая неоднородность была выявлена при скоплении жидкости в полости малого сальника – в 80,9% случаев, диффузная неоднородность ткани поджелудочной железы - в 94,9%.

**Выводы.** Лабораторные методы исследования, УЗИ и МСКТ обязательно должны входить в перечень протокольных диагностических мероприятий при остром панкреатите и его осложнениях. Подводя итоги нашего исследования необходимо отметить, что все фазы патологического процесса при остром деструктивном панкреатите имеют полиморфную специфическую ультразвуковую картину. А совмещение серошкального УЗ-исследования с режимами цветного доплеровского картирования и энергетического доплера дает более полную характеристику текущей фазе заболевания, позволяет уточнить и дополнить данные клинического обследования больных, а впоследствии и возможность оценить эффективность интенсивного консервативного или оперативного лечения.

#### Список литературы:

1. Брехов, Е.И. Острый панкреатит. Взгляд на проблему / Е.И. Брехов, В.В. Калинин, М.В. Коробов, А.В. Сычев, А.Е. Абрсов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2015. – №3. – С. 166-174.
2. Галимзянов, Ф.В. Возможность хирургического лечения больных острым панкреатитом тяжелой степени в условиях специализированного отделения / Ф.В. Галимзянов, Б.Б. Гафуров // Вестник Авиценны. -2017. -№3. -С.338-343.
3. Курбонов, К.М. Диагностика и тактика лечения острого панкреатита / К.М. Курбонов, Ф. И. Махмадов, К.Р. Назирбоев // Вестник Авиценны. -2016. -№2. -С.18-22.
4. Махмадов Ф.И. Улучшение результатов лечения острого билиарного панкреатита / Ф.И. Махмадов, Х.Ш. Махмадеров, Дж. Мирбегиёв // Здравоохранение Таджикистана. -2018. -№4. -С.26-30.

5. Назаров, Ш.К. Современные методы лечения острого деструктивного панкреатита / Ш.К. Назаров / Материалы 66 научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. Душанбе. - 2018. Том.1. -С.181-183.

*Али-Заде С.Г., Назаров Х.Ш., Салимов Д.С., Сараев А.Р.*

## ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

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

**Актуальность.** Несмотря на оценку различных фармакологических вмешательств при остром панкреатите, в настоящее время ни одно из них не рекомендуется для лечения острого панкреатита, за исключением антибиотиков при инфицированном некротизирующем панкреатите [1]. Систематические обзоры и метаанализы повышают точность результатов лечения (т.е. Обеспечивают более узкий диапазон среднего эффекта лечения) [2] и, таким образом, уменьшают риск ошибки типа II (вывод о том, что нет никакой разницы между методами лечения, хотя на самом деле разница есть). Систематические обзоры также помогают выявить различия в эффективности лечения между исследованиями и позволяют изучить причины этих различий. Во многих исследованиях эти вмешательства сравнивали с плацебо или отсутствием лечения [3-5]. Поэтому невозможно получить точную информацию о том, как одно лечение сравнивается с другим лечением. Множественные сравнения лечения или сетевой метаанализ позволяют сравнивать несколько курсов лечения одновременно и предоставляют информацию об относительном эффекте одного лечения по сравнению с другим, даже если прямого сравнения нет. По этой теме нет Кокрановского обзора или сетевого метаанализа. Так, мы планировали провести сетевой метаанализ, если тип участников будет включен во все сравнения. Этот систематический обзор позволит определить относительные эффекты различных методов лечения и выявить пробелы в исследованиях.

**Цель исследования:** оценить эффективность консервативной терапии пациентов с острым панкреатитом.

**Материал и методы исследования.** Мы провели поиск в Кокрановском центральном регистре контролируемых исследований (CENTRAL, 2019), MEDLINE, Embase, Science Citation Index Expanded и регистрах исследований с целью обнаружения случаев с рандомизированными контролируруемыми исследованиями (РКИ).

Критерии отбора: для включения в обзор мы рассматривали только РКИ, проведенные с участием пациентов с острым панкреатитом, независимо от этиологии и тяжести заболевания, наличия инфекции, языка публикации.

Мы рассчитали отношение шансов (OR) с 95% доверительными интервалами (CI) для бинарных исходов и отношение шансов с 95% ДИ для подсчета результатов с использованием модели фиксированного эффекта и модели случайных эффектов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Мы включили в данный обзор 84 РКИ, проведенные с участием 8234 пациентов. В шести исследованиях (N = 658) не сообщалось ни о каких результатах, представляющих интерес для нашего обзора. В оставшихся 78 исследованиях после рандомизации были исключены 210 пациентов. Таким образом, в данный обзор были включены результаты 78 исследований с участием 7366 пациентов. Лечение, оцениваемое в этих 78 исследованиях, включало антибиотики, антиоксиданты, аprotинин, атропин, кальцитонин, циметидин, ЭДТА (этилендиаминтетрауксусная кислота), габексат, глюкагон, инипрол, лексипафтант, НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты), октреофеноний, активированный протеин С, соматостатин, соматостатин плюс омепразол, соматостатин плюс улинастатин, тимозин, улинастатин. Большинство исследований включали либо только пациентов с тяжелым острым панкреатитом, либо пациентов и с легким и тяжелым острым панкреатитом (75 исследований). В целом риск систематической ошибки в исследованиях был неясным или высоким во всех случаях, кроме одного.

Поскольку к наиболее значимым результатам лечения мы отнесли показатели краткосрочной смертности (в стационаре либо в течение шести месяцев после выписки), мы подробно исследовали именно эти результаты, описываемые в аннотациях найденных публикаций. В 67 исследованиях с участием 6638 человек были приведены результаты показателей краткосрочной смертности. Ни в одном из сравнений не были обнаружены статистически значимые различия в показателях краткосрочной смертности (доказательства являлись очень низкого качества). При сравнении с контрольной группой частота серьезных нежелательных явлений была ниже в группе пациентов, принимавших лексипафтант (ОШ 0,67, 95% ДИ 0,46–0,96; N = 290; 1 исследование; доказательства очень низкого качества), октреотид (ОШ 0,74, 95% ДИ 0,60–0,89; N = 770; 5 исследований; доказательства очень низкого качества), соматостатин плюс омепразол (ОШ 0,36, 95% ДИ 0,19–0,70; N = 140; 1 исследование; доказательства низкого качества) и соматостатин плюс улинастатин (ОШ 0,30, 95% ДИ 0,15–0,60; N = 122; 1 исследование; доказательства низкого качества). Частота случаев органной недостаточности была ниже в группе пациентов, принимавших октреотид, чем в контрольной группе (OR 0,51, 95% ДИ 0,27–0,97; N = 430; 3 исследования; доказательства очень низкого качества). Частота случаев сепсиса была ниже в группе пациентов, принимавших лексипафтант, чем в контрольной (ОШ 0,26, 95% ДИ 0,08–0,83; N = 290; 1 исследование; доказательства очень низкого качества). Не было доказательств различий ни в одном из оставшихся сравнений по этим исходам или по любому из оставшихся первичных исходов (доля участников, у которых возникло хотя бы одно серьезное нежелательное явление, и возникновение инфицированного панкреонекроза). Ни в одном из исследований не сообщалось о качестве жизни пациентов, связанным со здоровьем. Доля пациентов с сепсисом в группе с лексипафтантом была ниже, чем в контрольной (OR 0,26, 95% ДИ 0,08–0,83; N = 290; 1 исследование; доказательства очень низкого качества).

**Выводы.** Доказательства очень низкого качества предполагают, что ни одно из изученных фармакологических методов лечения не влияет на снижение показателей краткосрочной смертности у пациентов с острым панкреатитом. Однако доверительные интервалы были широкими и соответствовали увеличению или уменьшению пока-

зателей краткосрочной смертности вследствие применяемой терапии. Мы не обнаружили стойких клинических преимуществ какого-либо вмешательства. Из-за ограничений в прогностических оценочных системах и из-за того, что при остром панкреатите может произойти повреждение органов до того, как они проявятся клинически, в будущих исследованиях следует рассмотреть возможность включения панкреатита любой степени тяжести, но при этом исследовать различия в подгруппе пациентов с тяжелым острым панкреатитом. Проведение исследований по изучению летальных случаев может представлять некоторые трудности. В будущих исследованиях планируется изучение таких исходов, как осложнения и качество жизни у пациентов с острым панкреатитом, в качестве основных результатов лечения. Такие исследования должны включать в себя оценку качества жизни, финансовые затраты на лечение и сроки восстановления трудоспособности пациентов в период не менее трех месяцев (желательно не менее одного года).

#### Список литературы:

1. American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis / S. Tenner [et al.] // American Journal of Gastroenterology. – 2013. – V.108, N9. – P.1400-1415.
2. Measuring inconsistency in meta-analyses / J.P.T. Higgins [et al.] // BMJ. – 2011. – V.7414, N327. – P.557-560.
3. Efficacy and safety of intravenous ulinastatin versus placebo along with standard supportive care in subjects with mild or severe acute pancreatitis / P. Abraham [et al.] // Journal of the Association of Physicians of India. – 2013. – V.61, N8. – P.535-538.
4. Guo, H. Clinical efficacy and safety of ulinastatin plus octreotide for patients with severe acute pancreatitis / H. Guo, J. Chen, D. Suo // Zhonghua Yixue Zazhi [Chinese Medical Journal]. – 2015. – V.95, N19. – P.1471-1474.
5. Activated protein C retards recovery from coagulopathy in severe acute pancreatitis / L. Kyhala [et al.] // Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. – 2016. – V.76, N1. – P.10-16.

*Али-Заде С.Г., Назаров Ш.К., Салимов Дж.С., Ганиев А.*

### АМИЛАЗА И ЛИПАЗА СЫВОРОТКИ, ТРИПСИНОГЕН И АМИЛАЗА В МОЧЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

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

**Актуальность.** Острый панкреатит обычно проявляется болью в верхней части живота с иррадиацией в спину. Однако существует несколько потенциальных причин возникновения боли в верхней части живота [1]. Чтобы начать соответствующее лечение, необходимо дифференцировать у человека с болями в животе острый панкреатит или другое заболевание [2]. Такие анализы крови, как сывороточная амилаза и сывороточная липаза, а также такие анализы мочи, как трипсиноген-2 и амилаза в моче, можно использовать для диагностирования острого панкреатита у человека, страдающего абдоминальной болью. Обычно считается, что диагноз острого панкреатита подтверждается при повышении уровня амилазы или липазы в три раза над верхней границей нормы. Также о наличии острого панкреатита свидетельствует повышение уровня трипсиногена-2 в моче выше 50 нг / мл. Что касается амилазы в моче, не существует четкого уровня, выше которого можно говорить о наличии у человека с абдоминальной болью острого панкреатита [3,4]. В настоящее время неясно, являются ли эти тесты одинаково эффективными или один из тестов лучше другого для диагностики острого панкреатита у людей с внезапно возникшей болью в животе [5]. Мы решили изучить этот вопрос, выполнив поиск в литературе исследований, сообщающих о точности вышеупомянутых анализов крови и мочи.

**Цель исследования.** Сравнить диагностическую точность сывороточной амилазы, сывороточной липазы, трипсиногена-2 и амилазы в моче, по отдельности или в комбинации, при диагностике острого панкреатита у людей с острым началом стойкой сильной боли в эпигастрии или диффузной боли в животе.

**Материал и методы исследования.** Мы провели поиск в базах данных MEDLINE, Embase, Science Citation Index Expanded и других базах данных до марта 2019 г. Мы не ограничивали исследования по языку публикации или ее статуса, а также по тому, были ли данные собраны проспективно или ретроспективно.

В наше исследование были включены публикации, где приведена оценка точности диагностических тестов сывороточной амилазы, сывороточной липазы, трипсиногена-2 и амилазы в моче для диагностики острого панкреатита. Мы исключили из нашего анализа те работы, в которых проводились исследования по типу случай-контроль, так как в подобных исследованиях существует повышенный риск совершения систематической ошибки. Нами учитывался любой из следующих эталонных стандартов: биопсия, определение, принятое на конференции, радиологические особенности острого панкреатита, диагностика острого панкреатита во время лапаротомии или вскрытия, а также органная недостаточность. По крайней мере, два автора данного обзора независимо друг от друга провели поиск и просмотр найденных ссылок для выявления соответствующих исследований.

Стоит отметить, что пороги, используемые для диагностики острого панкреатита, значительно варьировали в исследованиях, что приводило к скудным данным для каждого индексного теста. Из-за разреженности данных мы использовали 2 логарифмических значения правдоподобия, чтобы определить, какую модель использовать для метаанализа. Мы определяли чувствительность, специфичность, пост-тестовую вероятность положительного и отрицательного индексного теста вместе с 95% доверительным интервалом (ДИ) для каждого порогового значения, но представили только результаты рекомендованного порогового значения, в три раза превышающего норму для сывороточной амилазы и липазы, а также рекомендованное в аннотации производителя предельное значение 50 мг / мл для трипсиногена-2 в моче.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Десять исследований с участием 5056 участников соответствовали критериям включения в этот обзор, где оценивалась диагностическая точность индексных тестов у людей,

обратившихся в отделение неотложной помощи с острой болью в животе. Риск систематической ошибки был неясным или высоким для всех включенных исследований. Мы представили только те результаты, где в анализ были включены как минимум два исследования.

Результаты исследования показали, что сывороточная амилаза, сывороточная липаза и трипсиноген-2 в моче при стандартных пороговых уровнях, более чем в три раза превышающих норму для сывороточной амилазы и сывороточной липазы, и пороговое значение 50 нг / мл для трипсиногена-2 в моче, по-видимому, имеют схожую чувствительность (0,72 (95% ДИ от 0,59 до 0,82); 0,79 (95% ДИ от 0,54 до 0,92); и 0,72 (95% ДИ от 0,56 до 0,84), соответственно) и специфичность (0,93 (95% ДИ от 0,66 до 0,99); 0,89 (95% ДИ 0,46). до 0,99) и 0,90 (95% ДИ 0,85–0,93) соответственно). В ходе исследования было установлено, что из 100 человек с положительным тестом на сывороточную амилазу (более чем в три раза выше нормы), сывороточную липазу (более чем в три раза выше нормы) и трипсиноген в моче (более 50 нг / мл) диагноз острого панкреатита был подтвержден у 74 (95% ДИ от 33 до 94); 68 (95% ДИ от 21 до 94); и 67 (95% ДИ 57–76) человек, соответственно. А среди 100 человек с отрицательными результатами теста на сывороточную амилазу (более чем в три раза выше нормы), сывороточную липазу (более чем в три раза выше нормы) и трипсиноген в моче (более 50 нг / мл) диагноз острого панкреатита был установлен у 8 (95% ДИ от 5 до 12); 7 (95% ДИ от 3 до 15) и 8 человек (95% ДИ от 5 до 13), соответственно. Мы не смогли достоверно сравнить эти тесты из-за скудности данных.

**Выводы.** Таким образом, в 25% случаев у пациентов с острым панкреатитом данный диагноз не подтверждается с помощью оцененных тестов. В связи с этим, целесообразным считается установить минимальный порог для приема установления острого панкреатита и назначения соответствующего лечения у пациентов с наличием клинических проявлений заболевания, даже если данные тесты покажут нормальные значения. Приблизительно у 1 из 10 пациентов без острого панкреатита с помощью этих тестов может быть ошибочно диагностирован острый панкреатит, поэтому важно учитывать другие состояния, требующие срочного хирургического вмешательства, такие как перфорация внутренних органов, даже если эти тесты не соответствуют норме.

Диагностическая эффективность этих тестов снижается еще больше с течением времени, в связи с чем необходимо установить еще более низкий порог для проведения дополнительных исследований при наличии у пациента проявлений острого панкреатита.

#### **Список литературы:**

1. Острый панкреатит: современные концепции хирургического лечения / Н.М. Грекова [и др.] // Новости хирургии. – 2020. – Т. 28, №2. – С.197-206.
2. Interventions for necrotising pancreatitis / K.S. Gurusamy [et al.] // Cochrane database of systematic reviews. – 2016. – №.4.
3. Gurusamy K.S. Serum amylase and lipase and urinary trypsinogen and amylase for diagnosis of acute pancreatitis and serum C-reactive protein, procalcitonin and lactate dehydrogenase for the diagnosis of pancreatic necrosis / K.S. Gurusamy, B.R. Davidson // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – №.12.
4. Walker T. The use and abuse of serum lipase testing in the diagnosis of acute pancreatitis: P033 / T. Walker, N. Pullan, J. Hewes // British Journal of Surgery. – 2013. – V. 100. – P.16.
5. Performance of methods for meta-analysis of diagnostic test accuracy with few studies or sparse data / Y. Takwoingi [et al.] // Stat Methods Med Res. – 2017. – V.26, N4. – P.1896-1911.

*Амонов Ш.Ш, Рашидов Ф.Ш, Бокиев Ф.Б<sup>1,2</sup>, Хван И.Н<sup>1</sup>.*

#### **ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПЕРГИДРОЛЕМ**

<sup>1</sup> Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

<sup>2</sup> ГУ «Республиканский научный центр сердечно - сосудистой хирургии»

МЗ и СЗН РТ. Таджикистан

**Актуальность.** Простые кисты печени встречаются до 7% взрослого населения и составляют до 12% от всех пациентов с очаговыми образованиями печени (1,3). Непаразитарные кисты печени встречаются 3-5 раза чаще у женщин, чем у мужчин. Клинически заболевание обычно проявляется в возрасте 30-50 лет. Осложненное течение простых кист печени в виде острого разрыва кисты, кровоизлияния в полость кисты, нагноения кисты, сдавления соседних органов (желудка, двенадцатиперстной кишки, желтуха, холангит) встречаются до 5% случаев (1, 2, 4).

Вопросы этиологии, клиники, диагностики простых кист печени в настоящее время подробно изучены в отечественной и зарубежной литературе. Но среди авторов нет единого мнения в вопросах выбора метода и способа лечения простых кист печени. Для выбора метода лечения имеют значение выраженность клинических проявлений, локализация кисты, возраст и общее соматическое состояние пациента, наличие сопутствующего заболевания органов брюшной полости, требующего оперативного лечения. Ряд авторов рекомендуют пункционное лечение: чрескожная пункция, аспирация содержимого, дренирование кисты, введение склерозирующих композиций. В качестве склерозирующего агента наиболее часто используется 96% спирт. Дискутабельными остаются вопросы количества вводимого в полость кисты спирта, временной экспозиции, количества процедур склеротерапии, установки дренажа в полость кисты. Частота рецидивов простых кист печени после пункционного лечения, по данным разных авторов, составляет 10-30%. Учитывая достаточно большой риск рецидива после пункционного лечения и возможного осложнения при проведении процедуры, многие хирурги отдают предпочтение иссечению внепеченочной части кисты (фенестрации).

Поэтому, среди мер профилактики рецидивов, фенестрация (иссечения внепеченочной части кисти) должна дополняться дезэпителизирующим воздействием на внутреннюю поверхность кисты и по возможности ликвидацией остаточной полости (ушивание остаточной полости, тампонада прядью большого сальника). Предложено несколько



способов дезпителизации – электрокоагуляция в режиме спрей, аргон-усиленная коагуляция, криовоздействие (5), расфокусированный луч лазера (1). Использование электро- и аргон-усиленной коагуляции эффективно, но при этом трудно контролировать глубину деструкции стенки кисты, что может приводить к повреждению прилежащих к кисте сосудов и желчных протоков.

Наиболее радикальным методом хирургического лечения кист печени считается перистэктомия (4). Перистэктомия и резекция печени в настоящее время используются редко в связи с технической сложностью, ограничением показаний и повышенным риском осложнений данной операции.

**Цель исследования.** Изучить результаты применения 33% раствора перекиси водорода с целью дезпителизации простых кист печени.

**Материал и методы исследования.** За период 2012-2019гг. обследованы 16 пациентов с простыми кистами печени в возрасте 18-69 лет. Мужчин было 5, женщин - 11. У 12 (75%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени, у 4 (25%) в левой доле. В зависимости от размеров и объема кисты различали средние кисты до 10см – у 14, и большие до 20см – у 2 пациентов. Диагноз киста печени установлен на основании клинико-лабораторных, ультразвуковых исследований, рентгенографии, компьютерной томографии и лапароскопии. У 9 (56,2%) пациентов вмешательство было выполнено из минидоступа, у 7 (43,7%) больных – из широкой лапаротомии. У 2 больных с локализацией в S. VI, VII сегментах выполнена миниторакофреникотомная цистэктомия. У 7 простые кисты локализовались в S. I, III, IVб, V, VI сегментах, больным выполнена минилапаротомная цистэктомия. Доступ выбирался с учетом локализации простых кист печени. У 5 (31,5%) из 16 больных выполнены симультанные операции: холецистэктомия у 3, грыжесечение по поводу пупочной грыжи и грыжи белой линии живота 2 больным. Осложненные кисты отмечены у 4 (25%) больных; внутренний желчный свищ имелся у 3 пациентов и нагноение кисты в 1 случае. Мини-доступ длиной 5-6см проводили в зависимости от локализации эхинококковых кист: миниторакофреникотомию справа в 8 - 9 межреберья по передней, средней или задней подмышечной линии S. VI, VII, подреберную минилапаротомию S. V, VI, или верхнесрединную минилапаротомию S. III, IVб. При всех вмешательствах из минидоступа использовали ранорасширитель Мини-Ассистент. Проекция операционного доступа уточняли перед операцией с помощью ультразвукового исследования. Для широкого доступа использовали верхнесрединную или подреберную лапаротомию справа. Показанием для лапаротомии считали: множественные кисты, необходимость выполнения симультанной операции в другой анатомической области. После пункции кисты и удаления содержимого, ревизии остаточной полости кисты, свободные участки оболочки иссекали электрокоагуляцией. С целью деструкции эпителиальной оболочки кисты нами был использован 33% раствор перекиси водорода (пергидроль), который обладает выраженным местным прижигающим действием, при контакте с тканями разлагается на активный кислород и воду, не обладает токсическим действием. Внутреннюю поверхность простой кисты обрабатывали марлевыми салфетками, смоченными пергидролем (33% раствор перекиси водорода). Время воздействия пергидроля составляло 7-10 мин. После обработки осматривали внутреннюю поверхность кисты. Критерий эффективности – ярко белый цвет всей внутренней поверхности кисты. Изменение окраски внутренней поверхности кисты способствовало выявлению желчных свищей, которые были герметично ушиты во время операции у 3 больных. Остаточную полость в зависимости от объема кисты дренировали одним или двумя силиконовыми трубками с низковакуумной аспирацией. При операции из миниторакофреникотомии ушивали диафрагму, плевральную полость дренировали по Бюлау. Интраоперационных осложнений не отмечалось.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Послеоперационные осложнения отмечены в 4 (25%) наблюдениях: желчеистечения у 1 (6,25%), плеврит – у 1 (6,25%), серома послеоперационной раны у 2-х (12,5%) пациентов. Эти осложнения были устранены консервативной терапией. Пациенты активизировались первые сутки после операции, не требовали наркотических анальгетиков. В случае миниторакофреникотомии плевральный дренаж удаляли на 2-3 сутки после операции. За динамикой размера остаточной полости кисты наблюдали с помощью ультразвукового исследования. Отмечалось уменьшение остаточной полости до полной ее ликвидации к 7-10 суткам, после чего удаляли дренажные трубки. После выписки из стационара больным выполняли УЗИ печени через 3-6-12 месяцев после операции. Рецидива болезни не выявлено ни в одном случае.

**Выводы.** Контактное воздействие 33% раствором перекиси водорода на эпителиальную выстилку простой кисты печени в течение 7-10минут приводит к эффективной дезпителизации кисты, что обуславливает отсутствие рецидива простых кист печени в дальнейшем. Деструктивные изменения стенки кисты после контактного воздействия пергидроля отмечены на глубине 1,5мм, что исключает повреждение прилежащей паренхимы печени с трубчатыми структурами. При использовании пергидроля отсутствует проблема дозирования, системное и токсическое действие используемого препарата.

#### Список литературы

1. Альперович Б.И. Применение низких температур в лечении кист печени / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало // Анн.хир.гепатол.- 2004.-Т.9.№2. – С.70.-76
2. Рашидов Ф.Ш., Бокиев Ф.Б., Мухамедова З.Ш. Видеолапароскопия при кистозных образованиях печени. Материалы 67 годичной международной научно-практической конференции, посвящённой 80 - летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино (годам развития села, туризма и народных ремесла (2019-2021). Душанбе 2019г. С. 366-367
3. Нартайлакова М.А. Хирургия печени и желчных путей / М.А. Нартайлакова /Ростов н/Д: Феникс. -2007.- С-188-197.
4. Орлов О.Г. Хирургическое лечение простых кист печени / О.Г.Орлов, М.И.Прудков, Н.Б.Крохина // Вестник Уральской медицинской академии. -2009. -№3.(26).- С.12-116.
5. Чиган А.В. Видеоэндоскопическая криохирургия кист печени / А.В.Чиган / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Томск. -2006. -С.23.

## ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск. Россия.

**Актуальность.** Лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является одной из сложных и неоднозначных проблем в современной хирургии. Приоритетным синдромом, возникающим на фоне ГПОД является гастроэзофагеальный рефлюкс, приводящий при хроническом течении к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Опасность гастроэзофагеального рефлюкса состоит в развитии эзофагита и ассоциированных с ним осложнений: пептическая стриктура, язва пищевода, пищеводные кровотечения, пищевод Баррета, рак пищевода. Следует отметить, что и при отсутствии данных осложнений, ГЭРБ приводит к стойкому снижению качества жизни пациентов. Консервативная терапия ГЭРБ приводит к купированию клиники лишь до 70% случаев, а полная отмена препаратов приводит к рецидиву заболевания [3]. Поэтому единственным радикальным методом лечения ГПОД-ассоциированной ГЭРБ является хирургическое лечение. Предложен ряд методик выполнения оперативных пособий в лечении ГПОД. Целый ряд преимуществ лапароскопической техники способствует ее широкому применению и в данной отрасли хирургии.

**Цель исследования:** оценить непосредственные и функциональные результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

**Материалы и методы исследования:** Выполнен анализ результатов лечения 16 последовательных пациентов (основная группа), оперированных лапароскопическим доступом в объеме фундопликации с крурорафией. Для сравнительной оценки проведен анализ лечения 16 последовательных пациентов (контрольная группа) оперированных классическим лапаротомным доступом. Для оценки качества жизни разработана программа – программа оценки качества жизни SF-36 [1], представляющая собой интерактивные окна, в которых пациент или врач, отвечая на вопросы, «ставит галочки» в соответствующие ответы. В результате программа на основе алгоритма выдает цифровое и графическое значения, которые заносятся в базу данных. Для оценки функционального результата лечения, проведено анкетирование пациентов «ГЭРБ-опросником» [2,4] и проведена оценка интенсивности изжоги по опроснику Джулай Г.С., Секаревой Е.В. [2].

**Результаты исследования и их обсуждение:** Все пациенты основной группы – женского пола, средний возраст составлял –  $56,3 \pm 6,42$  (ранжированный 49 – 61 год). Пациенты контрольной группы: 12 женщин, 4 мужчины, средний возраст –  $56,5 \pm 8,47$  (ранжированный 43 – 69 лет). Основная и контрольная группы не имели статистической разницы в возрасте. Показаниями к оперативному лечению в основной и контрольной группах являлось: неэффективность консервативной терапии ГЭРБ, осложненное течение ГПОД (пищевод Баррета – 2 случая), параэзофагеальная грыжа. В обеих группах применялась стандартная методика операции: передняя и (или) задняя крурорафия и фундопликация по Ниссену. Продолжительность стандартной операции составила в среднем  $68,7 \pm 15,5$  мин. Продолжительность лапароскопической операции в основной группе была больше и составила  $115 \pm 15$  мин (ранжированное время – 100 – 130 минут). Конверсий не было. В одном случае лапароскопически симультантно выполнена холецистэктомия в связи с триадой Сейнта. Осложнений операции в обеих группах не отмечено. Продолжительность послеоперационной госпитализации в основной группе  $9,66 \pm 3,05$  (7 – 13 дней), контрольной –  $9,8 \pm 1,39$  (8 – 13) дней, что не является статистически-достоверным различием. Однако, пациенты основной группы активизированы в день операции (вечером), не требовали назначения наркотических анальгетиков, могли самостоятельно себя обслуживать и передвигаться, не имели функционального дефицита, не требовали применения бандажного пояса и к моменту выписки могли приступать к повседневной и трудовой деятельности. Пациенты контрольной группы находились на постельном режиме 2 суток после операции (что является риском осложнений – ТЭЛА, пневмонии и т.п.), требовали назначения наркотических анальгетиков не менее 4 раз в сутки в течение 2 суток, были ограничены в передвижении в течение не менее 1 недели после операции, требовали применения бандажного пояса не менее 1 мес для профилактики развития послеоперационных вентральных грыж, и не могли приступить к трудовой деятельности в течение 3 недель после выписки.

Функциональный результат оценивался через 3 мес после операции. До операции по «ГЭРБ-опроснику» [4] в 100% случаев имел место синдром гастроэзофагеального рефлюкса (4 положительных ответа из 4). Через 3 мес пациенты основной группы в 100% случаев не отмечали клиники рефлюкса. По опроснику Джулай Г.С. и Секаревой Е.В. [2] установлено, что до операции интенсивность изжоги составила  $25 \pm 4,35$  (ранжированное 20 – 28) баллов, после операции –  $8 \pm 0$  баллов т.е. вообще не отмечали признаки гастроэзофагеального рефлюкса. По опроснику SF-36 качество жизни оперированных пациентов достоверно не отличалось от качества жизни здоровых лиц.

**Выводы.** Лапароскопическая техника операции при ГПОД и ГПОД-ассоциированном гастроэзофагеальном рефлюксе может рекомендоваться как операция выбора т.к. позволяет достичь высоких функциональных результатов и качества жизни пациентов в минимальные сроки после операции, что способствует быстрой реабилитации пациентов, их социальной и трудовой адаптации.

### Список литературы.

1. Аникин С.В. Программа автоматического расчета качества жизни пациентов по Sf-36 /С.В. Аникин, В.В. Яновой, К.А. Литвинцева, С.А. Спасский// Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ, №2013615853 от 21.06.2013
2. Джулай Г.С., Секарева Е.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: состояние и перспективы решения проблемы. Методические рекомендации для врачей // Под ред. проф. В.В. Чернина. - Тверь: - М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2010. - 48 с.

3. Лазебник Л. Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, клиника, лечение / Л. Б. Лазебник, А.А. Машарова, О.С. Васнев, Д.С. Бордин и соавт. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. - №12. – С. 10 – 13.
4. Lundell L. Clinician's guide to the management of symptomatic gastro-oesophageal reflux disease / L. Lundell // London, Science Press. – 1998. – 54 p.

*Артыкбаев А.Ж., Исмаилов Ж.К., Джумабеков А.Т.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Кафедра хирургии с курсами колопроктологии и эстетической хирургии КазМУНО, Республика Казанстан

**Актуальность.** Панкреонекроз (ПН), как одна из самых сложных проблем хирургии, сопровождается большим количеством осложнений. Наиболее актуальным из них является абдоминальный сепсис и хирургический эндотоксикоз, летальность при которых могут достигать 95-100% и иметь большие экономические затраты на лечение [1,2]. Высокая смертность обусловлена патогенетическими особенностями течения ПН, связанное выбросом в кровь большого количества медиаторов воспаления (TLR2, TLR4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО $\alpha$ ), усилением проявления интоксикации, транслокацией в кровь низко- и среднемолекулярных токсических веществ из ЖКТ, приводящее к развитию «медиаторного хаоса» и мультиорганной дисфункции (МОД) в ответ на действие микроорганизмов. Высокий уровень эндотоксинемии является предвестником развития тяжелого сепсиса (септического шока), органических дисфункций, высокой летальности [1, 3].

Использование методов эфферентной терапии (ЭТ) в комплексном лечении пациентов с ПН, позволяет устранить гистотоксическую гипоксию и является средством предупреждения развития МОД [1].

**Цель исследования** – изучить результативность методов ЭТ в комплексном лечении ПН.

**Материал и методы исследования.** Проведено исследование 21 пациента с ПН (19 мужчин (91,3%) и 2 женщины (8,7%)), в возрасте от 18 до 62 лет. По характеру некротического поражения: с геморрагическим ПН было 8 больных (34,7%), с жировым - 1 (4,3%), и смешанная - в 12 (61%) случаях. Причинные факторы: алиментарный – 47,8%, злоупотребление алкоголем – 34,8%, не установленная - 17,4%. По длительности заболевания – 80,1% больных поступило через 12-24 часа от начала заболевания. Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкале APACHE-II. Степень выраженности МОД по шкале SOFA. Всем больным проводилось традиционное комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование.

Больные были разделены на 2 группы: основная (1 группа) – 11 пациентов (все мужчины, женщин не было), получали стандартную интенсивную терапию, дополненную методами ЭТ (гемодиализация (ГДФ) и плазмаферез (ПФ)); контрольная (2 группа) – 10 человек (8 мужчин и 2 женщины), получавшие стандартную терапию и традиционный форсированный диурез.

Тяжесть по шкале APACHE II составила в 1 группе 23,2 $\pm$ 1,2 балла, во 2 группе 23,4 $\pm$ 2,3 балла. Тяжесть по шкале SOFA составила в 1 группе 12,3 $\pm$ 0,1 балла, во 2 группе 12,1 $\pm$ 0,1 балла. Различий между группами по тяжести состояния при поступлении в стационар не было.

Программа ЭТ у больных в 1 группе состояла в хирургической коррекции и использовании ПФ и ГДФ (подключали через 8-12 часов после операции). Во 2 группе проводилась хирургическая коррекция и форсированный диурез. Проведение ГДФ осуществляли в период после оперативного вмешательства и на 3 день лечения в ОРИТ, 1 раз в сутки, продолжительностью 12-24 часа, 1-2 сеанса ГДФ. Первые сеансы ГДФ начинали, как минимум, через 8-12 ч после завершения оперативного вмешательства. Лечение было дополнено проведением непрерывно поточного ПФ, которое проводили с первых суток после хирургической санации очага инфекции и антибактериальной терапии. Перед ПФ осуществляли коррекцию гипопротейнемии, гипогликемии, анемии, водно-электролитных нарушений. При неустойчивой гемодинамике использовали вазопрессоры (дофамин, мезатон и т.д.). Для оценки гемодинамических показателей выполняли измерение АД, ЦВД, ЧСС, пульса. Оценку транспорта кислорода осуществляли по газовому и кислотно-основному составу крови, пульсоксиметрии и капнографии. Забор крови для исследования проводили поэтапно в течение всего периода нахождения больного в ОРИТ: на 1, 3, 7 сутки до и после сеансов ЭТ. Лабораторные обследования больных включали ОАК и ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок, альбумины, мочевины, креатинин, билирубин общий, прямой, непрямой, АЛТ, АСТ, глюкоза, электролиты, амилаза, лактат), состояния системы гемостаза (ПТИ, фибриноген).

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных 1 группы, в течение первых 2 часов после начала сеанса ЭТ, улучшения показателей гемодинамики не отмечалось. К 3 часам ГДФ отмечено увеличение САД на 16,5%, на фоне урежения ЧСС на 12%. К началу 7 часов стабилизация системной гемодинамики позволила в 17% случаев прекратить введение катехоламинов, у 55% больных удалось снизить исходные дозы дофамина и/или адреналина в четыре и более раз, или полностью от них отказаться. В среднем дозировка дофамина составила 1-5 мкг/кг/ч к концу первых суток. В 1 группе инотропная поддержка у всех больных полностью прекращалась к 7 суткам, тогда как во 2 группе только к 12 суткам.

Незначительно повышенное ЦВД в результате эфферентной терапии нормализовалось к началу 3 суток. По показателям «красной крови» за счёт гемоконцентрации и гиповолемии на момент поступления в обеих группах отмечалось повышение уровня гемоглобина и эритроцитов. Но за счёт гемодилюции и интоксикации эти показатели достоверно были снижены.

На момент поступления в ОРИТ уровень лейкоцитов в обеих группах превышал нормальные показатели (от 9 до 16,7  $\times 10^9$ /л). Снижение лейкоцитоза в 1 группе до нормальных цифр (среднее значение 9,53 $\pm$ 1,71) отмечено к 7 суткам. Во 2 группе количество лейкоцитов сохранялось повышенным в течение всего анализируемого срока.

В биохимическом анализе крови статистически достоверно отмечались изменения уровня белка, мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АСТ, амилазы. В течение 7 суток количество белка крови у больных всех групп оставалось ниже нормы. На 3-5 сутки отмечено, что количество белка у больных 1 группы выше на 10,3% по сравнению со 2 группой. На момент поступления в ОРИТ уровень мочевины и креатинина в обеих группах превышали нормальные показатели. Снижение мочевины и креатинина в 1 группе до нормальных цифр (среднее значение  $8,9 \pm 4,15$  для мочевины и  $99,47 \pm 70,61$  для креатинина) отмечено к 3 суткам; во 2 группе - показатели сохранялись повышенным в течение всего анализируемого срока. Снижение общего билирубина в 1 группе до нормальных цифр (среднее значение  $21,20 \pm 17,49$ ) отмечено к 3 суткам по сравнению со 2 группой. Статистически достоверно отмечались снижение АЛТ ( $39,88 \pm 26,23$ ), АСТ ( $27,21 \pm 8,23$ ), амилазы ( $154,01 \pm 100,35$ ) к 3 суткам по сравнению со 2 группой, с последующей нормализацией к 7 суткам.

На 3-5 сутки в обеих группах отмечено снижение уровня фибриногена до нормальных значений. Показатели ПТИ были исходно снижены в обеих группах, но к 3 суткам в 1 группе эти показатели были стабилизированы ( $75,82 \pm 5,34$ ) по сравнению со 2 группой.

ЛИИ превышал норму в 5 раз уже с 1 суток заболевания. К 3 суткам в 1 группе отмечено уменьшение ЛИИ на 40,8% по сравнению со 2 группой.

Включение методов ЭТ в комплексное лечение ПН, снижало тяжесть эндотоксикоза на 2-3 сутки послеоперационного периода, во 2 группе - только на 15 сутки.

Уровень лактата в 1 группе приходил к норме к 7 суткам (среднее значение  $1,8 \pm 0,5$  ммоль/л), во 2 группе - к 15 суткам (среднее значение  $1,7 \pm 0,2$  ммоль/л).

У больных 1 группы отмечено двукратное снижение среднего балла по шкале APACHE II и уменьшение тяжести эндотоксикоза уже на 2-3 сутки послеоперационного периода, во 2 группе - только на 15 сутки. По шкале SOFA больные 2 группы долгое время оставались в тяжелом состоянии, что отразилось на летальности (50%), тогда как в 1 группе летальных случаев было - 9%.

Анализе полученных результатов исследования в динамике показало, что раннее включение методов ЭТ в комплексное лечение ПН обеспечивало уменьшение проявлений эндотоксикоза в 1 группе на 50% по сравнению со 2 группой. У больных 1 группы отмечено двукратное снижение среднего балла по шкале APACHE II и уменьшение тяжести эндотоксикоза уже на 2-3 сутки послеоперационного периода, во 2 группе - только на 15 сутки. Стабилизация гемодинамики, возможность уменьшения доз адреномиметиков и восстановление функции почек свидетельствуют о возможной нормализации всего висцерального кровотока, что в 62% случаев позволило предупредить развитие анурической формы ОПН, а в 32% случаев - избежать развития МОД, что позволило достоверно снизить летальность.

**Выводы.** 1. При ПН раннее включение методов ЭТ в комплекс лечения способствует элиминации медиаторов воспаления и цитокинов, обеспечивает раннюю стабилизацию гемодинамики, клинических и лабораторных показателей, препятствует развитию синдрома МОД и приводит к снижению летальности.

2. Эфферентную терапию необходимо включать в интенсивную терапию ПН.

#### **Список литературы.**

1. Исмаилов Е.Л., Ералина С.Н., Абдрасулов Р.Б., Текесбаев Б.Б. Методы экстракорпоральной детоксикации в лечении деструктивного панкреатита. // Общая реаниматология. М. 2015., Том 11, №3. С. 65-74
2. Dellinger R.P., Levy M.M., Rhodes A, et al; Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee Including the Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012.// Crit Care Med. - 2013. - 41(2). - P. 580-637.
3. Золотухин К.Н., Кронфельднер Г., Самородов А.В. Оценка прогностической значимости показателя активности эндотоксина крови у пациентов с сепсисом. Креативная хирургия и онкология. 2017;7(4):43-47. DOI:10.24060/2076-3093-2017-7-4-43-47.

*Артыков К.П., Азизов К.Н., Иброхимов И.Т.*

### **ВЫБОР ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ. Таджикистан.

**Актуальность.** В настоящее время общепризнано, что при вторичной ринопластике основными методами реконструкции являются использование трансплантатов из хряща, надхрящницы, фасции и подкожного жира [1, 2]. Хрящевые трансплантаты более жизнеспособны, т.к. это обеспечивается за счет аваскулярной структуры и низкой степени метаболизма. Хрящи имеют лучшую приживляемость [3].

После септопластики чрезмерная резекция каудального отдела перегородки является частой проблемой. При реконструкции каудальной части перегородки используется хрящевые трансплантаты (перегородочный носа, ушной и реберный) [1, 5].

Ушной аутооттрансплантат можно выделить как ретроаурикулярным, так и переднеаурикулярным доступом, при этом морбидность минимальная, а послеоперационный рубец невидимый [2, 3]. При вторичной ринопластике ушной хрящевой аутооттрансплантат используется наиболее часто, т.к. его резорбция отсутствует либо незначительная в течение 10 лет [4, 6].

**Цель исследования.** Дать анализ результатам использования хрящевых трансплантатов при вторичной ринопластике.

**Материалы и методы.** В отделении восстановительной хирургии ГУ Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ за период с 2015 по 2020 годы были проведены 56 вторичных ринопластик. Хрящевые аутотрансплантаты были использованы у 32 пациентов. Женщин было 24, мужчин 8. Средний возраст пациентов 28,2 лет. Использовали аутотрансплантаты из: четырехугольного хряща (16); хрящей крыльев носа (8); ушного хряща (8). Нами был проведен ретроспективный анализ этих операций. Фотодокументация каждого пациента в предоперационном периоде и через 6, 12 месяцев после операции. Все операции проводились под общим наркозом и открытым доступом.

**Результаты исследования.** После вторичной ринопластики, использованием хрящевых аутотрансплантатов, результаты оценены у всех 32 пациентов. Трансплантаты применяли для коррекции следующих эстетических дефектов и деформаций носа: выраженное надкончиковое западение (6); низкая проекция кончика носа (12); низкая проекция колумеллы (8); вогнутость (пролабирование) латеральной ножки большого крыльчатого хряща (6).

Были получены следующие результаты: хороший - у 29; удовлетворительный - у 2; неудовлетворительный - у 1 пациента. Удовлетворительный результат получен - у 2 пациентов после устранения низкой проекции колумеллы. У них сохранялась воспалительная реакция тканей кончика носа в виде отека и гиперемии на протяжении 2 месяцев. Причиной неудовлетворительного результата - у 1 пациента после коррекции выраженного надкончкового западения послужила случайная травма в быту, спустя две недели после операции. Это привело к несостоятельности наложенных швов, смещению трансплантата и, как следствие, возникновению рецидива деформации в области коррекции, что потребовало проведения повторной корригирующей ринопластики.

#### **Выводы.**

1. При вторичной ринопластике с использованием хрящевых аутотрансплантатов из латерального крыльчатого хряща носа, ушного и четырехугольного хряща при открытой ринопластике удельный вес хороших результатов достаточно высок.
2. Использование этих трансплантатов при открытой ринопластике уменьшает относительный риск развития осложнений, в частности резорбции, в отдаленном послеоперационном периоде. Эти вмешательства технически выполняются быстро и не являются сложными.

#### **Литература:**

1. Жуков М.И., Бреславцев А.В. Сравнительная оценка результатов ринопластики с использованием аутохрящевых трансплантатов из каудального отдела четырехугольного хряща и цефалических отделов латеральных ножек больших крыльчатых хрящей. Украинский журнал хирургии, 2013, 4(23): 40-43.
2. Медведев В.А. Хирургическая коррекция ринодеформации в виде горба и опущения кончика носа. Российская оториноларингология, 2013, 5: 78-81.
3. Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки. Вестник Авиценны. 2012, 4: 56-61.
4. Диденко В.В. Реконструктивно-пластическая хирургия остова перегородки носа - эффективный способ профилактики и устранения ее послеоперационной флотации. Российская оториноларингология, 2011, 5: 46-51.
5. Karaaltin MV et al. Autologous fascia lata graft for contour restoration and camouflage in tertiary rhinoplasty. J. Craniofac Surg., 2012, 23: 719-723.
6. Kim HS et al. Problems Associated with Allo-plastic Materials in Rhinoplasty. Yonsei Med J., 2014, 55(6): 1617-1623.

*Артыков К.П., Азизов К.Н., Иброхимов И.Т.*

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФАСЦИАЛЬНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ВТОРИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ. Таджикистан.

**Актуальность.** При вторичной ринопластике в качестве аутотрансплантата широко используется височная фасция, надхрящница из ушной раковины, fascia lata, сосцевидная фасция, полоски ПМАС (поверхностная мышечно-апоневротическая система - SMAS). Трансплантаты из фасции можно использовать как самостоятельно, так и в комбинации с хрящевыми, костными [1, 5] и синтетическими пленками [7].

Височная фасция при закрытой ринопластике, под кожей спинки носа, после введения сворачивается в трубочку, чего не бывает при открытой ринопластике, т.к. фасция надежно фиксируется над спинкой носа [6].

Надхрящница из ушной раковины используется достаточно широко [4]. Преимуществом ее является то, что она толще, чем височная фасция, если она васкуляризирована, то способна продуцировать новую хрящевую ткань, ею можно окутывать хрящевые трансплантаты [3].

При одномоментной подтяжке лица, для вторичной ринопластики используются полоски ПМАС (поверхностная мышечно-апоневротическая система - SMAS) [2].

При первичной и вторичной ринопластике для кумуфлирования и контурной пластики спинки носа успешно используется трансплантат из fascia lata [3]. Недостатком при использовании этой фасции является морбидность донорской зоны (гематома, келоид, болевой синдром).

Использование синтетических пленок вместо височной фасции оказалось неэффективным и непредсказуемым, т.к. хрящи подвергались фиброзу и рассасыванию. Таким образом, хрящевые трансплантаты, окутанные в височную фасцию оказались наиболее эффективными в смысле их жизнеспособности [5]. Была доказана такая же эффективность, когда использовалась сосцевидная фасция [6].

**Цель исследования.** Показать эффективность использования фасциальных трансплантатов при вторичной ринопластике.

**Материал и методы.** В отделении восстановительной хирургии ГУ Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ за период с 2015 по 2020 годы были проведены 16 вторичных септоринопластик с использованием различных фасциальных трансплантатов. Средний возраст пациентов 24,2 лет. Среди пациентов 12 женщин и 4 мужчин. Нами был проведен ретроспективный анализ этих операций. Фотодокументация каждого пациента в предоперационном периоде и через 6 месяцев после операции. Все операции проводились под общим наркозом и открытым доступом. При открытом доступе септоринопластики делали трансколумельный "V" и двусторонний подхрящевой разрезы лезвием N15. Всем пациентам после операции в носовые полости были вставлены одинаковые носовые тампоны, и на спинку носа для внешней фиксации была применена одинаковая наружная повязка, которые были удалены через 7 дней после операции.

**Результаты и их обсуждение.** Височная фасция для устранения неровности спинки носа, после первичной ринопластики, была использована у пяти пациентов. Во всех случаях была использована изолирована. Фасцию фиксировали узловыми швами по краям пирамиды для того, что фасция не сворачивалась. В послеоперационном периоде результаты были оценены как хорошие.

Позади ушную надхрящницу забирали вместе с хрящом, причем надхрящница была больших размеров, чтобы окутать хрящ с обеих сторон. Все восемь трансплантатов прижились полностью. В основном эти трансплантаты устраняли обратную V образную деформацию спинки носа. Следует отметить, что при этом варианте не требовалось складывания ушного трансплантата в несколько слоев. Результаты этих трансплантаций, через 6 месяцев, были хорошими.

Аутоотрансплантаты из fascia lata, сосцевидная фасция, полоски ПМАС (поверхностная мышечно-апоневротическая система - SMAS) были использованы по одному случаю. Единственным осложнением была морбидность донорской зоны после взятия трансплантата fascia lata.

#### **Выводы.**

1. Височная фасция и ушная надхрящница вместе с хрящом являются наиболее оптимальными трансплантатами при вторичной ринопластике.
2. Сосцевидная фасция и fascia lata необходимо использовать, когда требуются более объемные аутоотрансплантаты.

#### **Литература:**

1. Пшениснов К.П. Новое как хорошо забытое старое в контурной пластике носа. // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2010. – №3. – С.40-45.
2. Патлажан Г.И. Использование мышечно-апоневротического лоскута при открытой ринопластике. // *Российская ринология.* – 2005. – №3, С.22-25.
3. Добрякова О.Б. и соавт. Старые и новые способы в контурной пластике носа. // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2010. – №3. – С.30-39.
4. Boahene K.D., Hilger P.A. Alar rim grafting in rhinoplasty: indications, technique, and outcomes. // *Arch Facial Plast Surg.* 2009 Sep-Oct;11( 5):285-9.
5. Boccieri A., Marianetti T.M. Perichondrium graft: harvesting and indications in nasal surgery. // *J Craniofac Surg.* 2010 Jan;21(1):40-4.
6. Cerkes N. Concurrent elevation of the upper lateral cartilage perichondrium and nasal bone periosteum for management of dorsum: the perichondro-periosteal flap. // *Aesthet Surg J.* 2013 Aug 1;33(6):899-914.
7. Chua D.Y., Park S.S. Two-layered, auricular composite grafts. // *JAMA Facial Plast Surg.* 2014 May-Jun;16(3):226.

*Артыков К.П., Азизов К.Н., Иброхимов И.Т.*

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗМЕЛЬЧЕННОГО ХРЯЩА ПРИ ВТОРИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ**

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

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ. Таджикистан.

**Актуальность.** В настоящий момент при выполнении вторичной ринопластики остается актуальным вопрос аугментации и камуфлирования поверхностных дефектов спинки носа. В 1943 г. L. Peeg [5] в своей статье «Измельченные хрящевые трансплантаты» впервые описал клиническое применение измельченного хряща в хирургии. Он проводил множество экспериментов по подсадке сформированного измельченного хряща в область живота, с последующей пересадкой цельной конструкции в область головы для реконструкции ушной раковины [1,2]. Была доказана выживаемость измельченного хряща, а благодаря прорастанию фиброзной ткани между кусочками хряща, изначально заданная форма конструкции оставалась неизменной. Это послужило толчком для хирургов различных специальностей к применению измельченного хряща на практике [4]. Rollin K. Daniel обобщил свой 30-летний опыт использования измельченного хряща, применяемые им методики и их преимущества [3,4]. В данной статье мы описываем наш опыт использования измельченного хряща в качестве пластического материала, используемого для аугментации и камуфлирования поверхностных дефектов спинки носа при вторичной ринопластике.

**Цель исследования.** Показать возможность использования измельченного аутохряща при вторичной ринопластике.

**Материал и методы исследования.** За период с 2016 по 2020 г. нами было проведено 56 вторичных ринопластик (все пациенты ранее были прооперированы в других клиниках). Мы отметили, что видимые и/или пальпируемые неровности спинки носа после ее редукции или аугментации были одними из частых осложнений у пациентов с ранее перенесенной ринопластикой и составляли основу их жалоб на неудовлетворитель-

ный внешний вид носа. У восьми пациентов мы использовали измельченный хрящ для аугментации и камуфлирования поверхностных дефектов спинки носа. Приоритетным материалом при проведении данной операции для нас является собственный хрящ перегородки носа, уха или ребра пациента. Нарезаем хрящ лезвием скальпеля или остеотома на кубики размером не более 0,5 мм до получения однородной массы. Только при таких условиях измельчения не происходит тотального повреждения хондроцитов, хрящевая ткань остается жизнеспособной, обладает пластичностью и способна заполнить любой дефект. Далее собираем полученную массу хряща в инсулиновый шприц объемом 1 мл. Для точной оценки объема содержимого, отжимаем избыток жидкости через марлевую салфетку. Завершающим этапом операции распределяем заготовленный хрящевой трансплантат поднадкостнично и/или поднадхрящично в реципиентной зоне.

**Результаты и их обсуждение.** В послеоперационном периоде пациенты проходили стандартные осмотры в срок 1, 3, 6, 9, 12 мес. после операции, в ходе которых выполнялась риноскопия для визуальной оценки проходимости носовых ходов, а также фотодокументация полученных эстетических результатов с выполнением снимков в стандартных проекциях (анфас, 3/4, профиль, вид снизу). По результатам послеоперационного наблюдения, которое составило в среднем 6 месяцев, нами были отмечены положительные функциональные результаты у пациентов с нарушением носового дыхания, а так же хорошие эстетические результаты аугментации и камуфлирования поверхностных дефектов спинки носа при помощи измельченного хрящевого трансплантата. В ходе наблюдения мы сравнивали полученные фотоматериалы до и после операции в разные сроки. Мы не отметили значимого изменения проекции спинки носа в отделённом послеоперационном периоде после спадания отека, по сравнению с результатами аугментации спинки сразу после операции. По нашему мнению, это свидетельствует о том, что измельченный хрящевой трансплантат не подвергался резорбции и сохранял свои пластические свойства. Все пациенты дали положительную оценку изменению формы наружного носа в целом и остались довольные проведенной операцией.

#### **Выводы.**

1. Измельченный хрящ является аутологичным материалом, что сводит риск отторжения к минимуму.
2. За счет медленного метаболизма измельченный хрящ не подвергается резорбции и остается жизнеспособным.
3. Трансплантат легко и быстро заготавливается.
4. Возможно комбинация из различных фрагментов хряща (перегородки, избытка треугольных хрящей, ушной и реберные хрящи).

Данный трансплантат является материалом выбора для аугментации и/или камуфлирования поверхностных дефектов с большим потенциалом для применения в ринопластики.

#### **Список литературы:**

1. Пшениснов К.П. Курс пластической хирургии: руководство для врачей. В 2 т. Ярославль, Рыбинск: Рыбинский дом печати; 2010:1432.
2. Руководство по ринологии. Под ред. Пискунова Г.З., Пискунова С.З. М.: Литтерра; 2011:960.
3. Daniel, R.K. Diced Cartilage Grafts in Rhinoplasty Surgery: Current Techniques and Applications / R.K. Daniel // Plast. Reconstr. Surg. – 2008. – Vol. 122. – P. 1883.
4. Daniel, R.K. The role of diced cartilage grafts in rhinoplasty /R.K. Daniel // Aesthet. Surg. J. – 2006. – Vol. 26. – P. 209.
5. Peer, L.A. Diced cartilage grafts / L.A. Peer // Arch. Otolaryngol. – 1943. – Vol. 38. – P. 156.

*Артюшкевич А.С.<sup>1</sup>, Руман Г.М.<sup>1</sup>, Корженевич Е.Н.<sup>2</sup>*

#### **КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА ПОСЛЕ ХЕЙЛО И УРАНОПЛАСТИКИ**

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Минская областная детская клиническая больница», п.Лесной, Беларусь

**Актуальность.** У пациентов с приобретенными деформациями наружного носа, помимо косметических деформаций имеется нарушение носового дыхания. Пациенты часто предъявляют жалобы на затрудненное носовое дыхание, периодическую заложенность носа, нарушение обоняния, частые синуситы. При передней риноскопии, рентген-компьютерном исследовании лицевого черепа определяются деформация перегородки носа, изменения слизистой околоносовых синусов, связанные с их гиповентиляцией вследствие нарушения аэродинамики носа. Так как деформация перегородки носа в каудальном отделе нередко является причиной деформации наружного носа в области кожной части перегородки носа, девиация кончика носа, сужения переднего носового клапана. Деформация четырехугольного хряща, распространяющаяся на дорсальные отделы, зачастую определяют характер деформации наружного носа в среднем отделе. Деформация перегородки носа в месте сочленения с максиллярным гребнем, перпендикулярной пластинкой решетчатой кости (область носового бугра) приводит к нарушению аэродинамики носа, способствует развитию хронического ринита, синусита. Резецированные фрагменты четырехугольного хряща перегородки носа используются как трансплантаты в ходе операции.

**Цель исследования.** Дать оценку эффективности симультантных операций по устранению деформаций носа после хейло и уранопластики. С одномоментной нормализацией функции носового дыхания.

**Материал и методы исследования.** Проведено лечение 56 пациентов с деформациями носа, с нарушением функции носового после раннее проведенных хейло и уранопластики. Мужчин было 49, женщин – 7, в возрасте от 21 до 53 лет. Операция проводилась бригадой врачей состоящей из челюстно-лицевого хирурга и врача отоларинголога состоялась из двух этапов.

На первом этапе выполнялась септопластика. Наиболее удобным оперативным доступом, позволяющим выполнить коррекцию деформации перегородки носа в максимальном объеме, является переднедорсальный доступ при



открытой ринопластике. Ключевыми моментами в ходе операции являлись: нижняя и задняя хондротомия, истечение максиллярного гребня, устранение костной деформации в области сошника, моделирование четырехугольного хряща с помощью насечек, осторожная редрессация перпендикулярной пластинки решетчатой кости.

Резекция каудального края перегородки носа в верхнем или нижнем отделах, дорсальной части четырехугольного хряща, установка хрящевых трансплантатов между перегородкой носа и верхними латеральными хрящами являются необходимыми в случае коррекции деформации наружного носа в хрящевом отделе, нарушении функции переднего носового клапана.

С целью предупреждения гематомы производили горизонтальный дренажный разрез в нижнем отделе носовой перегородки с одной стороны. Силиконовые ринопротекторы фиксировали посредством наложения сквозных П-образных швов.

Для оптимизации функции носового дыхания помимо коррекции перегородки носа выполняли турбинопластику нижних носовых раковин.

На втором этапе операции после субперехондральной отслойки кожи носа выделяли и разъединяли медиальные и латеральные ножки больших крыльчатых хрящей (нижних латеральных). Резецировали цефалические края латеральных ножек больших крыльчатых хрящей, накладывали позиционные швы, сшивали купола крыльчатых хрящей. Резецировали деформированный хрящ в области верхнего края четырехугольного хряща. Удаляли горбинку в костном отделе носа. Проводили срединную и боковую остеотомию, носовые кости сдвигали и ставили в правильное положение. Из взятого ранее хрящевого трансплантата из перегородки носа, формировали стропилку, ставили между медиальными ножками крыльчатых хрящей и фиксировали швами. Оставшуюся большую часть хрящевого трансплантата помещали поднахрящично и фиксировали в области спинки носа. При значительных деформациях четырехугольного хряща и крыльчатых хрящей использовали свободный хрящевой трансплантат взятый из углубления ушной раковины больного. В случае широкого стояния основания крыльев носа проводили их коррекцию. По ходу операции проводили тщательный гемостаз. Рану зашивали, тампонаду носа осуществляли тампонами «Мероцель», которые извлекали из полости носа на 2-3 сутки после операции. Кожу носа фиксировали лейкопластырем OmniFix, затем накладывали гипсовую повязку на 7 дней.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех 56 пациентов получен хороший косметический результат, восстановлена функция носового дыхания.

**Выводы.** Таким образом, при устранении деформаций носа после хейло и уранопластики чаще всего необходимо проводить не только устранение эстетических нарушений носа, но и одновременно восстановить функцию носового дыхания.

#### Список литературы

1. Боровиков, А. М. Современная риносептопластика: взгляд экспертов/ А. М. Боровиков, К. Б. Липский, Л. Л. Павлюк-Павлюченко, R. Vila-Rovira, R. Oddenino, В. Храпач, А. Кузанов, С. Прокудин // Эстетическая медицина – 2017ю - № 1. – С. 63-82.
2. Липский, К. Б. Эстетические осложнения метода резекции носовой перегородки по Киллаину и его модификаций / К. Б. Липский, Д. А. Сидоренков, Г. А. Аганесов, А. А. Малахов // Российская оториноларингология. – 2014. - № 4. – С. 62-66.
3. Daniel, R. K., Palhazi, P. Rhinoplasty: An Anatomical and Clinical Atlas. Heidelberg. Springer: 2018.
4. Daniel, R. K., Palhazi, P. The Nasal Ligaments and Tip in Rhinoplasty: An Anatomical Study. 2018; 38(4): 357-368.
5. Toriumi, D. M. Lessons Learned in 30 Years of Structure Rhinoplasty. Chicago: DMT Publisher. 2018.

*Аскарлов А.Т., Раззоков А.А, Мухамедова И.Г, Абдулоев М.С*

### ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

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

**Актуальность.** Лечение больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, несмотря на широкие возможности современной травматологии и ортопедии, остается наиболее сложной и неразрешенной проблемой.

**Цель исследования.** Изучение частоты причин возникновения и прогнозирование послеоперационного остеомиелита.

**Материал и методы исследования.** Нами проведен ретроспективный анализ лечения 102 больных с послеоперационным остеомиелитом, находившихся на лечении в 2015-2020гг. Для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита (классификация Амирасланова Ю.А., 2004) [1] у 25 больных с изолированными закрытыми переломами трубчатых костей, перенесших репозицию с использованием металлоконструкций, исследовали уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С-реактивный белок, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)). Исследования выполнены в иммунологической лаборатории.

Для полуколичественного определения уровня прокальцитонина в плазме использовался иммунохроматографический прокальцитонин экспресс-тест (BRAHMS PCT-Q, Германия). Иммуноферментным анализом определялось количественное содержание С-реактивного белка в плазме. ЛИИ высчитывался по методике Я.Я. Кальф-Калифа. Статистическую обработку полученных данных проводили методами параметрической статистики с определением средних значений и стандартного отклонения от среднего ( $M \pm m$ ). Оценка достоверности различий между выделенными категориями объектов осуществлялась при помощи методов непараметрической статистики – критерий Манна-Уитни, критерий Фрийдмана. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным ретроспективного анализа за анализируемый период в отделении было пролечено 102 пациента, из них мужчин было 75 (73,5%), женщин – 27 (26,5%). Работающих

было 57 (55,9%), неработающих – 45 (44,1%) человек. По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 15 до 30 лет – 17 (16,7%), 31-45 лет – 21 (20,6%), 46-60 лет – 43 (42,1%), 61 год и старше – 21 (20,6%). Из 102 больных 80 оперированы в отделении ортопедии-травматологии, что составило 3,2% от общего числа остеосинтезов с применением металлоконструкций, выполненных за анализируемый период. Больные поступали в отделение на сроки после металлоостеосинтеза: через 2мес. – 22 больных, с 2 до 6 мес. – 32, с 6 мес. до 1 года – 29 и после года – 19 больных. Локализация остеомиелитического очага в плечевой кости наблюдалась в 14 (13,74%) случаях; костях предплечья – в 3 (2,94%); ключице – в 10 (9,8%); костях таза – в 3 (2,94%); бедренной кости – в 5 (4,9%); костях голени – в 51 (50%); надколеннике – в 5 (4,9%); пяточной кости – в 9 (8,82%); костях пальцев – в 2 (1,9%) случаях.

Послеоперационный остеомиелит развивался после накостного остеосинтеза у 75 (73,6%) больных; спицевого у 18 (17,7%) больных; интрамедуллярного у 8 (7,8%) и у 1 (0,9%) больного после протезирования тазобедренного сустава.

При исследовании раневого отделяемого из свищей выявлено: *Staphylococcus aureus* – 61,8%; *Staphylococcus epidermidis* – 6,9%; *Enterobacter faecalis* – 3,9%; *Corynebacter xerosis* – 7,8%, микробные ассоциации – 19,6%.

Больным при поступлении в отделение выполнялись следующие операции: удаление металлоконструкции с секвестрнекрэктомией – 71 (69,6%) больному; секвестрнекрэктомия – 17 (16,7%); вскрытие абсцессов и секвестрнекрэктомия – 14 (13,7%) больным. Все больные выписаны с благоприятным исходом, летальных случаев не было. Были определены уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С - реактивный белок, ЛИИ) у 25 больных, находившихся в отделении ортопедии-травматологии с диагнозом: закрытый перелом трубчатой кости, перенесших открытую репозицию с использованием металлоконструкций. Забор анализов проводился троекратно: до оперативного лечения, на 5-7-е сутки и на 30-40-е сутки после остеосинтеза. Мужчин было 16 (64%), женщин 9 (36%). Возрастные группы: 15-30 лет – 4 (16%) человека, 31-45 лет – 4 (16%), 46-60 лет – 12 (48%), 61 год и старше – 5 (20%) человек. В ходе клинического наблюдения у 5(20%) больных были отмечены гнойные осложнения, в том числе у 2 больных в отдаленном периоде развилась клиника послеоперационного остеомиелита. Повышение С-реактивного белка в большей степени связано с травмой и оперативным вмешательством как реактивный ответ организма, а не с возможным развитием послеоперационного остеомиелита. ЛИИ в среднем оставался в норме. Прокальцитонин в плазме крови у исследованных больных не выявлялся.

Таким образом, при развитии клинической картины послеоперационного остеомиелита уровни маркеров системной воспалительной реакции повышаются и могут служить для определения тяжести общего состояния пациента. В послеоперационном периоде после металлоостеосинтеза при видимом благополучии до проявления клинической картины их уровни достоверно значимо не изменяются и не имеют практической ценности для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита, что требует дальнейшего изучения и разработки данного направления.

**Выводы** 1. Результаты наших клинических наблюдений свидетельствуют о том, что после остеосинтеза с использованием металлических конструкций при закрытых переломах костей в 3,2% случаев развивается послеоперационный остеомиелит. Чаще всего послеоперационный остеомиелит возникает после накостного остеосинтеза костей голени.

2. Возбудителем послеоперационного остеомиелита в 61,8% случаев является золотистый стафилококк.

3. Уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С-реактивный белок и ЛИИ) в послеоперационном периоде после металлоостеосинтеза при видимом благополучии до проявления клинической картины достоверно значимо не изменяются и не имеют практической ценности для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита.

#### **Список литературы.**

1. Амирасланов, Ю.А. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов // Инфекции в хирургии. – 2004. – № 2. – С. 8-13.
2. Блокируемый остеосинтез при переломах длинных костей: опыт применения и результаты лечения / С.В. Сергеев, А.В. Джод-жуа, Н.В. Загородний [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 2. – С. 40-45.
3. Бурлаков, С.В. Применение комбинированных углеродных и пористых никелид титановых имплантатов при радикально-восстановительных операциях у больных туберкулезом и остеомиелитом позвоночника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 20 с.
4. Данилов, Д.Г. Хронический остеомиелит бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза. Диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2003. – 20 с.
5. Котельников, Г.П. Острый гематогенный остеомиелит у взрослых / Г.П. Котельников, Е.А. Столяров, А.Г. Сонис // Гений ортопедии. – 2009. – № 4. – С. 17-24.

*Аскарлов А.Т., Раззоков А.А, Мухамедова И.Г, Абдуллоев М.С*

### **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКСТОСНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА, ОСЛОЖНЁННОГО ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ**

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

**Актуальность.** На нашей кафедре продемонстрирован способ лечения методом чрескостного остеосинтеза ложных суставов бедренной кости, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом. Использование данной методики лечения обеспечило восстановление целостности и формы бедренной кости при наличии ложного сустава, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом, и предупредило развитие рецидива гнойно-воспалительного процесса.

Лечение больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, несмотря на широкие возможности современной травматологии и ортопедии, остается наиболее сложной и неразрешенной проблемой.

**Цель исследования.** Известно несколько способов лечения ложных суставов длинных трубчатых костей. Один из них предусматривает дозированное растяжение зоны ложного сустава с помощью компрессионно-дистракционного аппарата до восстановления длины и биомеханической оси конечности с последующей фиксацией до полной консолидации кости в зоне псевдоартроза.

Однако, он не может быть использован при наличии хронического остеомиелита, так как его выполнение не предусматривает резекции патологически изменённых участков кости, что приводит к рецидиву воспалительного процесса.

**Материал и методы исследования.** Другой способ лечения ложного сустава предусматривает открытую адаптацию противостоящих концов отломков, стык в стык, с перекрытием этой зоны контакта выделенным концевым фрагментом. Применение этого метода обеспечивает восстановление целостности кости и её объёма в зоне имевшегося ложного сустава при истончённых концах отломков. Однако в условиях хронического остеомиелита, в силу кратковременности создания условий напряжения, в основном за счёт компрессии концов отломков, применение указанного способа не обеспечивает достаточного пролонгирования условий напряжения как источника подавления гнойного процесса в тканях поражённого сегмента, что может также привести в последующем к рецидиву заболевания.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При лечении псевдоартроза диафиза бедра, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом нами был применён способ, обеспечивающий восстановление целостности и формы бедренной кости и предупреждающий рецидив гнойно-воспалительного процесса.

Суть методики заключается в том, что в ходе операции, после обработки остеомиелитического очага с приданием концам отломков положения дубликатуры, осуществляют их дозированную дистракцию в условиях контакта боковых поверхностей до образования между ними костного регенерата, а затем производят компрессию последнего до контакта противостоящих концов отломков с одновременным восстановлением оси сегмента. При этом предусматривается, что в случаях наличия исходной дубликатуры, образующих ложный сустав концов отломков, при обработке последних капсулу ложного сустава сохраняют. А при наличии ложного сустава двухкостного сегмента дополнительно осуществляют остеотомию парной кости с последующим восстановлением её целостности.

Иллюстрацией предельной методики является следующее клиническое наблюдение.

Больная женщина, 25 лет, поступила в клинику с диагнозом: псевдоартроз правого бедра в средней трети, укорочение 6 см, разгибательная контрактура коленного сустава, хронический посттравматический остеомиелит, свищевая форма. При поступлении больная предъявляла жалобы на нарушение опороспособности, укорочение правой нижней конечности, отёк, боли, гиперемию в области ложного сустава, повышенную температуру до 38 градусов. Из анамнеза известно, что три года назад в автоаварии больная получила закрытый перелом средней трети правого бедра. По месту жительства лечилась скелетным вытяжением. Через месяц ей была произведена иммобилизация, которая осуществлялась кокситной гипсовой повязкой. Через 2,5 месяца после операции развилась флегмона правого бедра. Гипс был снят, флегмона вскрыта и дренирована, металлоконструкция удалена. В области перелома образовалась обширная гнойная рана. Больная получала интенсивную антибактериальную и инфузионную терапию.

После купирования острых воспалительных явлений, последующая иммобилизация осуществлялась кокситной гипсовой повязкой в течение шести месяцев. После снятия гипса сращение не было достигнуто, свищи не затянулись, отмечались частые обострения остеомиелита. Как уже указывалось выше, при поступлении больной в клинику отмечалось укорочение бедра на 6 см, конечность была неопоро-способной, пациентка ходила с двумя костылями, приступая на больную ногу, определялась болезненная патологическая подвижность на границе средней и нижней трети правого бедра во фронтальной плоскости до 10-15 гр, объём движений в коленном суставе 180/165 гр. В проекции ложного сустава отмечался болезненный участок с местной гиперемией, гипертермией, флюктуацией.

На рентгенограммах определялся псевдоартроз бедренной кости в средней трети со смещением отломков по длине и ширине, дубликатурой концов отломков в средней трети в положении под углом относительно друг друга 30-45 гр с гипертрофированной капсулой ложного сустава. Концы фрагментов не конгруэнтны. Рентгенконтрастное вещество заполняло часть костномозгового канала в дистальном отломке бедренной кости. По экстренным показаниям под местной анестезией раствором новокаина 0,5% - 30,0 был вскрыт гнойный затёк, дренирован. После купирования острых воспалительных явлений и заживления гнойной раны вторичным натяжением больной был проведён закрытый остеосинтез правого бедра аппаратом Илизарова. В ходе остеосинтеза, с учётом имеющейся варусно-антекурвационной деформации через оба отломка бедренной кости, были проведены фиксирующие спицы. В натянутом состоянии спицы были закреплены в опорах аппарата, которые соединили между собой резьбовыми стержнями и шарнирными узлами, установленными на уровне вершины деформации и обеспечивающими разно-плоскостное смещение опор относительно друг друга. Операцию завершили стабилизацией систем аппарата, наложением асептических повязок.

В послеоперационном периоде осуществляли дозированную дистракцию отломков бедренной кости относительно друг друга с одновременной коррекцией их положения до восстановления биомеханической оси сегмента. Темп дистракции варьировал в пределах 0,5-1 мм в сутки, продолжительность её составила 78 дней.

В результате были устранены все компоненты имеющейся деформации, и отломки были установлены в правильном положении относительно друг друга с диастазом между ними до 3 см. При этом траектория перемещения отломков была заполнена регенерирующей костной тканью. Обострения остеомиелитического процесса во время постепенной репозиции костных отломков не наблюдалось. После чего была произведена операция - открытая адаптация фрагментов бедренной кости с подработкой их концов до конгруэнтности и выполнением экономной резекции

нежизнеспособных тканей. Концы фрагментов были доведены до контакта в правильном положении. Операцию завершили выполнением контрольной рентгенографии, стабилизацией систем аппарата, ушиванием послеоперационной раны и наложением асептических повязок. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Срок последующей фиксации в аппарате составил 122 дня. После демонтажа аппарата дополнительная иммобилизация конечности не проводилась. В период фиксации больная прошла курс ЛФК. В результате лечения была достигнута ликвидация остеомиелитического процесса, укорочение сегмента составило 2 см., восстановлена целостность бедренной кости и опороспособность конечности, увеличился объём движений в коленном суставе до 180/140гр. Больная ходит без дополнительных средств опоры, полностью нагружая оперированную конечность.

**Выводы.** Лечение методом чрескостного остеосинтеза дефектов псевдоартроза диафиза бедренной кости, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом, в сочетании с радикальными подходами при чрескостном остеосинтезе дефекта, создают благоприятные условия для раннего купирования гнойно-воспалительного процесса и восстановления анатомо-функциональных нарушений в повреждённом сегменте.

#### **Список литературы.**

1. Амирасланов, Ю.А. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов // Инфекции в хирургии. – 2004. – № 2. – С. 8-13.
2. Блокируемый остеосинтез при переломах длинных костей: опыт применения и результаты лечения / С.В. Сергеев, А.В. Джоджуа, Н.В. Загородний [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 2. – С. 40-45.
3. Бурлаков, С.В. Применение комбинированных углеродных и пористых никелид-титановых имплантатов при радикально-восстановительных операциях у больных туберкулезом и остеомиелитом позвоночника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 20 с.
4. Данилов, Д.Г. Хронический остеомиелит бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза. Диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2003. – 20 с.
5. Котельников, Г.П. Острый гематогенный остеомиелит у взрослых / Г.П. Котельников, Е.А. Столяров, А.Г. Сонис // Гений ортопедии. – 2009. – № 4. – С. 17-24.

*Аскарлов А.Т, Раззоков А.А, Мухамедова И.Г, Абдулоев М.С*

### **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТОСИТЕЗА, ОСЛОЖНЁННОГО ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ**

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

**Актуальность.** На нашей кафедре продемонстрирован способ лечения методом чрескостного остеосинтеза ложных суставов бедренной кости, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом. Использование данной методики лечения обеспечило восстановление целостности и формы бедренной кости при наличии ложного сустава, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом, и предупредило развитие рецидива гнойно-воспалительного процесса.

Лечение больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, несмотря на широкие возможности современной травматологии и ортопедии, остается наиболее сложной и неразрешенной проблемой.

**Цель исследования.** Известно несколько способов лечения ложных суставов длинных трубчатых костей. Один из них предусматривает дозированное растяжение зоны ложного сустава с помощью компрессионно-дистракционного аппарата до восстановления длины и биомеханической оси конечности с последующей фиксацией до полной консолидации кости в зоне псевдоартроза.

Однако, он не может быть использован при наличии хронического остеомиелита, так как его выполнение не предусматривает резекции патологически изменённых участков кости, что приводит к рецидиву воспалительного процесса.

**Материал и методы исследования.** Другой способ лечения ложного сустава предусматривает открытую адаптацию противостоящих концов отломков, стык в стык, с перекрытием этой зоны контакта выделенным концевым фрагментом. Применение этого метода обеспечивает восстановление целостности кости и её объёма в зоне имевшегося ложного сустава при истончённых концах отломков. Однако в условиях хронического остеомиелита, в силу кратковременности создания условий напряжения, в основном за счёт компрессии концов отломков, применение указанного способа не обеспечивает достаточного пролонгирования условий напряжения как источника подавления гнойного процесса в тканях поражённого сегмента, что может также привести в последующем к рецидиву заболевания.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При лечении псевдоартроза диафиза бедра, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом нами был применён способ, обеспечивающий восстановление целостности и формы бедренной кости и предупреждающий рецидив гнойно-воспалительного процесса.

Суть методики заключается в том, что в ходе операции, после обработки остеомиелитического очага с приданием концам отломков положения дубликатуры, осуществляют их дозированную дистракцию в условиях контакта боковых поверхностей до образования между ними костного регенерата, а затем производят компрессию последнего до контакта противостоящих концов отломков с одновременным восстановлением оси сегмента. При этом предусматривается, что в случаях наличия исходной дубликатуры, образующих ложный сустав концов отломков, при обработке последних капсулу ложного сустава сохраняют. А при наличии ложного сустава двухкостного сегмента дополнительно осуществляют остеотомию парной кости с последующим восстановлением её целостности.

Иллюстрацией предложенной методики является следующее клиническое наблюдение.

Больная женщина, 25 лет, поступила в клинику с диагнозом: псевдоартроз правого бедра в средней трети, укорочение 6 см, разгибательная контрактура коленного сустава, хронический посттравматический остеомиелит, свищевая форма. При поступлении больная предъявляла жалобы на нарушение опороспособности, укорочение правой нижней конечности, отёк, боли, гиперемию в области ложного сустава, повышенную температуру до 38 градусов. Из анамнеза известно, что три года назад в автоаварии больная получила закрытый перелом средней трети правого бедра. По месту жительства лечилась скелетным вытяжением. Через месяц ей была произведена иммобилизация, которая осуществлялась кокситной гипсовой повязкой. Через 2,5 месяца после операции развилась флегмона правого бедра. Гипс был снят, флегмона вскрыта и дренирована, металлоконструкция удалена. В области перелома образовалась обширная гнойная рана. Больная получала интенсивную антибактериальную и инфузионную терапию.

После купирования острых воспалительных явлений, последующая иммобилизация осуществлялась кокситной гипсовой повязкой в течение шести месяцев. После снятия гипса сращение не было достигнуто, свищи не затянулись, отмечались частые обострения остеомиелита. Как уже указывалось выше, при поступлении больной в клинику отмечалось укорочение бедра на 6см, конечность была неопоро-способной, пациентка ходила с двумя костылями, приступая на больную ногу, определялась болезненная патологическая подвижность на границе средней и нижней трети правого бедра во фронтальной плоскости до 10-15гр, объём движений в коленном суставе 180/165гр. В проекции ложного сустава отмечался болезненный участок с местной гиперемией, гипертермией, флюктуацией.

На рентгенограммах определялся псевдоартроз бедренной кости в средней трети со смещением отломков по длине и ширине, дубликатурой концов отломков в средней трети в положении под углом относительно друг друга 30 - 45гр с гипертрофированной капсулой ложного сустава. Концы фрагментов неконгруэнтны. Рентгенконтрастное вещество заполняло часть костномозгового канала в дистальном отломке бедренной кости. По экстренным показаниям под местной анестезией раствором новокаина 0,5% - 30,0 был вскрыт гнойный затёк, дренирован. После купирования острых воспалительных явлений и заживления гнойной раны вторичным натяжением больной был проведён закрытый остеосинтез правого бедра аппаратом Илизарова. В ходе остеосинтеза, с учётом имеющейся варусно-антекурвационной деформации через оба отломка бедренной кости, были проведены фиксирующие спицы. В натянутом состоянии спицы были закреплены в опорах аппарата, которые соединили между собой резьбовыми стержнями и шарнирными узлами, установленными на уровне вершины деформации и обеспечивающими разно-плоскостное смещение опор относительно друг друга. Операцию завершили стабилизацией систем аппарата, наложением асептических повязок.

В послеоперационном периоде осуществляли дозированную distraction отломков бедренной кости относительно друг друга с одновременной коррекцией их положения до восстановления биомеханической оси сегмента. Темп distraction варьировал в пределах 0,5 - 1мм в сутки, продолжительность её составила 78 дней.

В результате были устранены все компоненты имеющейся деформации, и отломки были установлены в правильном положении относительно друг друга с диастазом между ними до 3 см. При этом траектория перемещения отломков была заполнена регенерирующей костной тканью. Обострения остеомиелитического процесса во время постепенной репозиции костных отломков не наблюдалось. После чего была произведена операция - открытая адаптация фрагментов бедренной кости с подработкой их концов до конгруэнтности и выполнением экономной резекции нежизнеспособных тканей. Концы фрагментов были доведены до контакта в правильном положении. Операцию завершили выполнением контрольной рентгенографии, стабилизацией систем аппарата, ушиванием послеоперационной раны и наложением асептических повязок. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Срок последующей фиксации в аппарате составил 122 дня. После демонтажа аппарата дополнительная иммобилизация конечности не проводилась. В период фиксации больная прошла курс ЛФК. В результате лечения была достигнута ликвидация остеомиелитического процесса, укорочение сегмента составило 2 см., восстановлена целостность бедренной кости и опороспособность конечности, увеличился объём движений в коленном суставе до 180/140гр. Больная ходит без дополнительных средств опоры, полностью нагружая оперированную конечность.

**Выводы.** Лечение методом чрескостного остеосинтеза дефектов псевдоартроза диафиза бедренной кости, осложнённого хроническим посттравматическим остеомиелитом, в сочетании с радикальными подходами при чрескостном остеосинтезе дефекта, создают благоприятные условия для раннего купирования гнойно-воспалительного процесса и восстановления анатомо-функциональных нарушений в повреждённом сегменте.

#### **Список литературы.**

1. Амирасланов, Ю.А. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов // Инфекции в хирургии. – 2004. – № 2. – С. 8-13.
2. Блокируемый остеосинтез при переломах длинных костей: опыт применения и результаты лечения / С.В. Сергеев, А.В. Джод-жуа, Н.В. Загородний [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 2. – С. 40-45.
3. Бурлаков, С.В. Применение комбинированных углеродных и пористых никелид титановых имплантатов при радикально-восстановительных операциях у больных туберкулезом и остеомиелитом позвоночника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 20 с.
4. Данилов, Д.Г. Хронический остеомиелит бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза. Диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2003. – 20 с.
5. Котельников, Г.П. Острый гематогенный остеомиелит у взрослых / Г.П. Котельников, Е.А. Столяров, А.Г. Сонис // Гений орто-педии. – 2009. – № 4. – С. 17-24.

*Аскарлов А.Т., Раззоков А.А., Мухамедова И.Г., Абдулоев М.С.*

#### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**

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

**Актуальность.** Лечение больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, несмотря на широкие возможности современной травматологии и ортопедии, остается наиболее сложной и неразрешенной проблемой.

**Цель исследования.** Изучение частоты причин возникновения и прогнозирование послеоперационного остеомиелита.

**Материал и методы исследования.** Нами проведен ретроспективный анализ лечения 102 больных с послеоперационным остеомиелитом, находившихся на лечении в 2015-2020гг. Для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита (классификация Амирасланова Ю.А., 2004) [1] у 25 больных с изолированными закрытыми переломами трубчатых костей, перенесших репозицию с использованием металлоконструкций, исследовали уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С-реактивный белок, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)). Исследования выполнены в иммунологической лаборатории.

Для полуколичественного определения уровня прокальцитонина в плазме использовался иммунохроматографический прокальцитонин экспресс-тест (BRAHMS PCT-Q, Германия). Иммуноферментным анализом определялось количественное содержание С-реактивного белка в плазме. ЛИИ высчитывался по методике Я.Я. Кальф-Калифа. Статистическую обработку полученных данных проводили методами параметрической статистики с определением средних значений и стандартного отклонения от среднего ( $M \pm m$ ). Оценка достоверности различий между выделенными категориями объектов осуществлялась при помощи методов непараметрической статистики – критерий Манна-Уитни, критерий Фридмана. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным ретроспективного анализа за анализируемый период в отделении было пролечено 102 пациента, из них мужчин было 75 (73,5%), женщин – 27 (26,5%). Работающих было 57 (55,9%), неработающих – 45 (44,1%) человек. По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 15 до 30 лет – 17 (16,7%), 31-45 лет – 21 (20,6%), 46-60 лет – 43 (42,1%), 61 год и старше – 21 (20,6%). Из 102 больных 80 оперированы в отделении ортопедии-травматологии, что составило 3,2% от общего числа остеосинтезов с применением металлоконструкций, выполненных за анализируемый период. Больные поступали в отделение на сроках после металлоостеосинтеза: через 2мес. – 22 больных, с 2 до 6 мес. – 32, с 6 мес. до 1 года – 29 и после года – 19 больных. Локализация остеомиелитического очага в плечевой кости наблюдалась в 14 (13,74%) случаях; костях предплечья – в 3 (2,94%); ключице – в 10 (9,8%); костях таза – в 3 (2,94%); бедренной кости – в 5 (4,9%); костях голени – в 51 (50%); надколеннике – в 5 (4,9%); пяточной кости – в 9 (8,82%); костях пальцев – в 2 (1,9%) случаях.

Послеоперационный остеомиелит развивался после накостного остеосинтеза у 75 (73,6%) больных; спицевого у 18 (17,7%) больных; интрамедуллярного у 8 (7,8%) и у 1 (0,9%) больного после протезирования тазобедренного сустава.

При исследовании раневого отделяемого из свищей выявлено: *Staphylococcus aureus* – 61,8%; *Staphylococcus epidermidis* – 6,9%; *Enterobacter faecalis* – 3,9%; *Corynebacter xerosis* – 7,8%, микробные ассоциации – 19,6%.

Больным при поступлении в отделение выполнялись следующие операции: удаление металлоконструкции с секвестрнекрэктомией – 71 (69,6%) больному; секвестрнекрэктомия – 17 (16,7%); вскрытие абсцессов и секвестрнекрэктомия – 14 (13,7%) больным. Все больные выписаны с благоприятным исходом, летальных случаев не было. Были определены уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С - реактивный белок, ЛИИ) у 25 больных, находившихся в отделении ортопедии-травматологии с диагнозом: закрытый перелом трубчатой кости, перенесших открытую репозицию с использованием металлоконструкций. Забор анализов проводился трехкратно: до оперативного лечения, на 5-7-е сутки и на 30-40-е сутки после остеосинтеза. Мужчин было 16 (64%), женщин 9 (36%). Возрастные группы: 15-30 лет – 4 (16%) человека, 31-45 лет – 4 (16%), 46-60 лет – 12 (48%), 61 год и старше – 5 (20%) человек. В ходе клинического наблюдения у 5(20%) больных были отмечены гнойные осложнения, в том числе у 2 больных в отдаленном периоде развилась клиника послеоперационного остеомиелита. Повышение С - реактивного белка в большей степени связано с травмой и оперативным вмешательством как реактивный ответ организма, а не с возможным развитием послеоперационного остеомиелита. ЛИИ в среднем оставался в норме. Прокальцитонин в плазме крови у исследованных больных не выявлялся.

Таким образом, при развитии клинической картины послеоперационного остеомиелита уровни маркеров системной воспалительной реакции повышаются и могут служить для определения тяжести общего состояния пациента. В послеоперационном периоде после металлоостеосинтеза при видимом благополучии до проявления клинической картины их уровни достоверно значимо не изменяются и не имеют практической ценности для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита, что требует дальнейшего изучения и разработки данного направления.

**Выводы** 1. Результаты наших клинических наблюдений свидетельствуют о том, что после остеосинтеза с использованием металлических конструкций при закрытых переломах костей в 3,2% случаев развивается послеоперационный остеомиелит. Чаще всего послеоперационный остеомиелит возникает после накостного остеосинтеза костей голени.

2. Возбудителем послеоперационного остеомиелита в 61,8% случаев является золотистый стафилококк.

3. Уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С-реактивный белок и ЛИИ) в послеоперационном периоде после металлоостеосинтеза при видимом благополучии до проявления клинической картины достоверно значимо не изменяются и не имеют практической ценности для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита.

#### **Список литературы.**

1. Амирасланов, Ю.А. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов // Инфекции в хирургии. – 2004. – № 2. – С. 8-13.

2. Блокируемый остеосинтез при переломах длинных костей: опыт применения и результаты лечения / С.В. Сергеев, А.В. Джод-жуа, Н.В. Загородний [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 2. – С. 40-45.
3. Бурлаков, С.В. Применение комбинированных углеродных и пористых никелид титановых имплантатов при радикально-восстановительных операциях у больных туберкулезом и остеомиелитом позвоночника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 20 с.
4. Данилов, Д.Г. Хронический остеомиелит бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза. Диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2003. – 20 с.
5. Котельников, Г.П. Острый гематогенный остеомиелит у взрослых / Г.П. Котельников, Е.А. Столяров, А.Г. Сонис // Гений орто-педии. – 2009. – № 4. – С. 17-24.

*Ахмедов Дж.А., Давлатзода Б.Х., Куватов Ш.К.*

## ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

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

**Актуальность.** Энтеральное питание (ЭП) является одним из важнейших звеньев интенсивной терапии больных с тяжелыми сочетанными травмами и представляет собой комплекс мероприятий, направленных на должное субстратное обеспечение больных, устранение метаболических нарушений и коррекцию дисфункции трофической цепи в целях оптимизации трофического гомеостаза, структурно-функциональных и метаболических процессов организма, а также его адаптационных резервов [1,2,4,5].

В остром периоде тяжелых сочетанных травм возникает синдром гиперкатаболизма – гиперметаболизма, который характеризуется дисрегуляторными изменениями в системе «анаболизм - катаболизм». Они выражаются в увеличении потребности в донаторах энергии и пластического материала, росте энергопотребности, развитии патологической толерантности тканей организма к «обычным» нутриентам [3,4,5].

**Цель исследования.** Обеспечение организма донаторами энергии и пластического материала для компенсации гиперкатаболических и гиперметаболических расстройств.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено у 60 больных с тяжелыми сочетанными травмами: из них 40 (66,6%) больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами и переломом бедренной кости, 10 (16,7%) – тяжелая черепно-мозговая травма и множественный перелом ребер, 10 (16,7%) – тяжелая черепно-мозговая травма + перелом костей таза. 52 (86,6%) больных при поступлении из-за нарушения функции внешнего дыхания перевели на ИВЛ.

При поступлении у всех больных исследовали глюкозу в крови, общий белок, энергопотребность по формуле Харриса – Бенедикта. Согласно рекомендациям Европейского общества по клиническому питанию и метаболизму суточная потребность в энергии у больных, требующих интенсивную терапию, составляет 25 – 30 ккал/кг/сут.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех больных при поступлении наблюдалась гипергликемия ( $9,3 \pm 2,6$  ммоль/л), гипопроteinемия ( $53,0 \pm 4,0$  г/л). У 12 (20%) больных первично обнаружен сахарный диабет. При проведении энтерального зондового питания учитывали энергетические источники (жиры, углеводы) и пластический материал (аминокислоты). Потребность в белке у больных с тяжелой сочетанной травме находящихся на ИВЛ, составляет 1–2 г/кг. Для покрытия суточной потребности в белке больным энтерально вводили высокобелковые смеси. В нормальных условиях суточная потребность в углеводах составляет 5 – 6 г/кг, так как максимальная скорость окисления глюкозы в организме не превышает 0,5 г/кг/час. Жиры составили около 30% от общего количества небелковых калорий. Суточная потребность в жирах у больных в критическом состоянии должна составлять не менее 50%.

Больным, находящимся на ИВЛ и в тяжелом состоянии, без повреждения органов брюшной полости, необходимо раннее назначение энтерального питания, что является меньшим риском развития гипергликемии и инфекционных осложнений. Потому что длительное отсутствие пищевого химуса в кишке приводит к дистрофии и атрофии слизистой оболочки, снижению ферментативной активности, нарушению его барьерной функции, что сопровождается активной транслокацией микробов и их токсинов в кровь. В связи с этим, назначение больным раннего энтерального питания позволяет в значительной мере уменьшить последствия агрессивного воздействия различных факторов на ЖКТ и сохранить его структурную целостность и полифункциональную активность, что является необходимым условием более быстрого выздоровления больного. Методика зондового питания предусматривает наращивание объема энтерального питания на 20-25% каждые сутки.

**Выводы.** Преимуществом энтерального питания является меньший риск развития гипергликемии и инфекционных осложнений. Уменьшает последствия агрессивного воздействия различных факторов на ЖКТ и сохраняет его структурную целостность. Энтеральное питание является более физиологичным, не вызывает осложнений, связанных с парентеральным доступом, и значительно дешевле.

### Список литературы:

1. Белкин А.А., Лейдерман И.Н. и др. Нутритивная поддержка в неврологии и нейрохирургии. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство. Под ред. М.Ш. Хубутя, Т.С. Поповой, А.И. Салтанова. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. с. 401 - 418.
2. Крылов В.В., Петриков С.С., Рамазанов Г.Р., Солодов А.А. Нейрореаниматология. Практическое руководство. Библиотека врача – специалиста. 2 – е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР – медиа, 2016. 171с.
3. Савельев В.С., Галстян Г.М., Гельфанд Б.Р., и др. Сепсис: определение, этиопатогенез и клинико-диагностическая концепция. Практическое руководство. Под ред. В.С.Савельева, Б.Р.Гельфанда. М., 2013. С. 25 – 53.



4. Интенсивном терапия. Национальное руководство. Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. М.: ГЭОТАР – медиа. 2011. 1744с.
5. Гриппи М. Патофизиология легких. М.: Бином, 2005. 304с.

*Ахмедов Дж.А., Давлатзода Б.Х.*

### **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

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

**Актуальность.** У больных старческого возраста снижается активность ЦНС, что связано с потерей нейронов коры головного мозга. Снижение функционирующих нейронов приводит к снижению потребности головного мозга в кислороде, а также к снижению мозгового кровотока [2,3,4]. Со стороны сердечно-сосудистой системы происходит потеря эластичности артериального русла, вызванная склеротическим процессом. Это приводит к повышению общего и органного периферического сосудистого сопротивления, следствием чего является повышение артериального давления и формируется гипертрофия левого желудочка [1,3,4,5].

Развивающаяся у лиц пожилого возраста ригидность и деформация грудной клетки приводит к ухудшению оксигенации организма [2,3,4]. К 70 годам основной обмен составляет 60% от нормы, что означает замедление метаболизма и экскреции анестетиков. Общее содержание воды в организме снижается в среднем на 20%, вследствие чего наблюдается клеточная дегидратация и уменьшается мышечная масса [4,5].

**Цель исследования.** Оптимизация инфузионной терапии у больных пожилого возраста в предоперационном периоде.

**Материал и методы исследования.** В отделении реанимации ГУ НМЦ «Шифобахш» наблюдали 50 больных после операции аденомы предстательной железы. Возраст от 63 до 83 лет.

Ввиду наличия у больных пожилого возраста сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых и легочных) в предоперационном периоде для оценки состояния и объема инфузионной терапии проводился мониторинг следующих показателей: среднее артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧСС), ЭКГ, центральное венозное давление (ЦВД), почасовой диурез, электролиты ( $K_{пл}$  и  $Na_{пл}$ ) крови, показатели гемоглобина (Hb) и гематокрита (Ht).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Одним из достоверным показателем функционального состояния сердечно-сосудистой системы является реакция ЦВД на инфузионной терапии. В среднем ЦВД колебалось в пределах  $40,0 \pm 5,0$  мм.вод.ст.; САД –  $110,0 \pm 9,0$  мм.рт.ст. ЧСС –  $82,0 \pm 11,0$  уд в мин.; показатели почасового диуреза –  $50,0 \pm 3,0$  мл/час; показатели электролитов крови, Hb, Ht колебались в нижних границах нормы.

В предоперационном периоде больные получали гипотензивные препараты, бронхолитические средства. Объем инфузионной терапии определяли по изменению ЦВД. Внутривенно вводили 200мл 0,9% - хлорида натрия и измеряли ЦВД в динамике. При повышении ЦВД до  $80,0$  мм.вод.ст. это оценили как сердечную недостаточность и объем инфузии уменьшили на 50%, обезболивание проводили под спинальной анестезией. С целью профилактики гипотонии у больных, у которых нет сердечной слабости, объем инфузии достигал 8-10 мл/кг.

После нормализации САД в пределах  $101,0 \pm 7,0$  мм; ЧСС –  $76,0 \pm 3,0$ ; ЦВД –  $60,0 \pm 4,0$  мм.вод.ст. все больные оперированы.

**Выводы.** Больные пожилого возраста нуждаются в тщательной предоперационной подготовке. Объем инфузионной терапии в предоперационном периоде проводится под контролем ЦВД. У больных, у которых выявили сердечную слабость, объем инфузии уменьшили на 50%.

#### **Список литературы:**

1. Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А., Давлатов Б.Х., Нуров А.П. Особенности обезболивания при сопутствующих заболеваниях. Душанбе, 2019. 110 с.
2. Буров Н.Е. Представления о механизме анестезиологических и лечебных свойств ксенона. //Анестезиология и реаниматология, 2011,-N2-, с.588-68.
3. Практическое руководство по анестезиологии.//Под ред. В.В. Лихванцева.-2изд.-М., МИА, 2011.-567с.
4. Молчанов И.В., Буров Н.Е., Пулина Н.Н. и др. Алгоритм действия врача при трудной интубации //Клин.практика.N2-2012.-с.51-57.
5. Заболотских И.Б., Лебединский К.М., Горобец Е.С. и др. Предоперационное ведение больных с сопутствующим ожирением //Клинические рекомендации ФАР, 2014.

*Ахророва З.А., Бекназарова Г.М., Эргашев М.А.*

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА ДО И ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

**Актуальность.** Проблема лечения аллергического ринофарингита (АРФ) является одной из важных и сложных проблем оториноларингологии. Важность проблемы возрастает в связи с тем, что существующие многочисленные методы лечения недостаточно эффективны, отмечаются частые обострения заболевания. Эти обстоятельства определяют необходимость повторения курсов лечения.

Многообразие методов, используемых при лечении аллергического ринофарингита, говорит о трудности и проблематичности стоящей перед врачом задачи. Трудность усугубляется сложностью патогенеза данной патологии и необходимостью комплексной терапии.

Аллергический процесс в слизистой оболочке полости носа и глотки приводит к патологическим изменениям, нарушающим иммунологическую функцию организма (1). В связи с чем, значительный интерес представляет изучение иммунного статуса больных аллергическими ринофарингитами. Иммунограмма позволяет более точно оценить функциональное состояние и характер патологических изменений при данной патологии, что имеет большое значение при разработке адекватного лечения. В связи с этим весьма актуальным является разработка лечения, которое наряду с эффективностью было бы простым и доступным.[1]

Этим требованиям может соответствовать комплексная терапия, включающая применение бронхомунала, декасана и лазеротерапии.

**Цель исследования.** На основе проведённого комплексного лечения произвести сравнительный анализ показателей иммунного статуса больных АРФ.

**Материал и методы исследования.** Нами обследованы 40 больных с аллергическим ринофарингитом до и после лечения. Мужчин было 17 (45%), женщин - 23 (55%). Возраст больных колебался от 16 до 59 лет. Большинство больных в возрасте от 30 до 39 лет и от 40 до 49 лет. Лечение включало препарат «Бронхомунал» 7мг по 1т в течение 10 дней, носоглоточный душ раствором «Декасана» 1раз в день курсом 10 дней и облучение гелий-неоновым лазером слизистой оболочки полости носа и задней стенки глотки по 3 минуты (10 сеансов). Контролем служили 15 больных, ранее получившие общепринятую терапию по поводу аллергического ринита и фарингита в ЛОР-клинике ГОУ «ТГМУ», которым проводилось обследование аналогичное нашему. Иммунологические исследования включали изучение в крови показателей клеточного (Т-лимфоциты, Т-супрессоры) и гуморального иммунитета (В-лимфоциты, иммуноглобулины классов А, М, G), общий JgE, sJgA, уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Таблица 1.

Сравнительный анализ показателей иммунного статуса

Показатели	АРФ n=40	Контрольная группа
	2	
Лейкоциты, 1,0х /л до лечения после лечения	5,03±0,05 5,39±0,05***	6,36±0,05
Эозинофилы, % до лечения после лечения	4,8±0,14 2,3±0,13***	1,94±0,13
Лимфоциты, % до лечения после лечения	23,7±0,28 25,65±0,32***	26,05±0,20
Т-лимфоциты (Е-РОК), % до лечения после лечения	47,1±1,27 50,3±1,27	55,0±1,77
Т-хелперы, % до лечения после лечения	29,45±1,64 32,15±1,20	42,45±1,38
Т-супрессоры, % до лечения после лечения	14,05±0,7 16,4±0,17	18,85±0,20
В-лимфоциты (ЕАС-РОК), % до лечения после лечения	17,65±0,15 19,6±0,16***	22,5±0,32
Иммуноглобулин А, г/л до лечения после лечения	1,35±0,03 1,49±0,03***	1,69±0,05
Иммуноглобулин М, г/л до лечения после лечения	0,94±0,02 1,17±0,03***	1,03±0,03
Иммуноглобулин G, г/л до лечения после лечения	14,0±0,25 11,55±0,24***	10,97±0,13
Общий JgE, КЕ/л до лечения после лечения	133,80±6,17 115,75±6,18*	83,59±7,7
Секреторный иммуноглобулин А (sJgA), г/л до лечения после лечения	0,42±0,01 0,52±0,01***	0,72±0,20
ЦИК, усл. ед. до лечения после лечения	144,90±5,31 132,15±5,27	130,39±3,9

\*P≤0,05, \*\*P≤0,01, \*\*\*P≤0,001 - при сравнении с исходными показателями до лечения

**Результаты исследования и их обсуждение.** При иммунологическом обследовании до лечения отмечалось снижение показателей клеточного, гуморального и местного иммунитета у больных с АРФ. Анализ данных иммунологического обследования, представленный в таблице, указывает на более низкие показатели лейкоцитов, увеличение относительного количества эозинофилов, являющихся одним из важных признаков аллергии организма. Уровень Т-лимфоцитов и Т-хелперов достоверно отличался от нормы. Содержание Т-супрессоров и В-лимфоцитов соответственно было достоверно ниже от нормы также. При исследовании содержания сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G у больных с АРФ выявлены отклонения. Сравнительный анализ показателей иммунного статуса проводился после окончания курса лечения. Анализ иммунологических показателей после проведенного комплексного лечения у больных основной группы продемонстрировал положительную динамику всех исследуемых показательных данных. Комплексная терапия способствовала повышению количества лейкоцитов, лимфоцитов, достоверному снижению относительного количества эозинофилов. Применение комплексной терапии в сочетании с иммуномодулятором способствовало нормализации содержания Т-лимфоцитов, Т-хелперов, т-супрессоров, В-лимфоцитов, JgA, JgM и JgG в сыворотке крови. Проведенная терапия способствовала активации местного иммунитета. Содержание sJgA значительно повысилось. Данное лечение оказало влияние на содержание ЦИК, отмечено снижение ЦИК в крови до  $132,15 \pm 5,27$  усл.ед

**Выводы.** Таким образом, анализ иммунологических показателей продемонстрировал положительную динамику после разработанного комплексного лечения, что способствовало нормализации иммунного статуса.

#### **Список литературы.**

1. Левина Ю.Г., Намазова-Баранова Л.С., Торшхоева Р.М. Аллергический ринофарингит: современные подходы к терапии // Вопросы современной педиатрии. -2016.-№2-с.45-48.

*Аиууров А.С., Кобилов К.К., Иброгимов Э.К., Муродов И.Х.*

### **ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

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

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

**Цель исследования.** Изучить частоту и причину осложнений ЛХЭ.

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

Абсолютным противопоказанием к ЛХЭ считали распространённый перитонит и механическая желтуха.

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

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

**Результаты исследования и их обсуждение.**

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

В послеоперационном периоде среди наших пациентов осложнения развивались у 28(1,55%) больных в виде грыжи на месте троакара -4 (0,22%), желчиистечение-14 (0,77%), кровотечение -2 (0,11%) и нагноения троакарных ран - 8 (0,44%).

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

Установлено, что причиной осложнения ЛХЭ является клиничко-анатомические особенности желчного пузыря (атипичные расположения пузырной артерии и пузырного протока, дополнительных сосудов), недостаточное индивидуальное мастерство и опыт хирурга, технические условия проведения операций, несоответствие данных УЗИ до и во время операции. По данным УЗИ, до и после операций соответствуют в 78 -94%[6]. У наших больных данные УЗИ соответствовали в 94% случаев. Причина кровотечения у 0,95 % наших больных связана с атипичным

расположением пузырьной артерии и наличием добавочных сосудов, у 1,1% с инфильтратом в области шейки желчного пузыря. Причиной развития нагноения троакарных ран у наших пациентов была перфорация желчного пузыря и инфицирование раны во время удаления макропрепарата (желчного пузыря) из брюшной полости. При удалении макропрепарат через специальные контейнеры частота осложнений троакарных ран встречается меньше - до 0,2%.

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

#### **Список литературы.**

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

*Аиуоров А.С., Кобилов К.К., Мансуров Х.Н., Муродов И.Х.*

### **ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

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

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

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

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

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

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

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

Источниками послеоперационного желчеистечения при II и III ст. в 9 наблюдениях были дополнительные протоки в ложе желчного пузыря, в 1 - ятрогенное повреждение ВЖП, у 4 больных - несостоятельность культи пузырного протока. В 3 наблюдениях источник желчеистечения при повторном вмешательстве установлен не был. Источник послеоперационного желчеистечения был установлен во время повторного вмешательства у 14 (75%) из 17 пациентов.

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

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

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

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

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

#### **Список литературы.**

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

*Бегаков У.М.*

### **НАТИЉАЊОИ ТАБОБАТИ ЉАРРОЊИИ**

#### **БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ШАКЉЊОИ ОРИЗАНОКИ СИНДРОМИ ПОПАНЉАИ ДИАБЕТЌ**

Кафедраи Ҷарроғии умумии №2 МТД Донишгоњи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тоҷикистон.

**Муҳиммият.** Дар солҳои охир диабети қанд (ДҚ) эпидемияи ғайрисирияти микёси умумичаҳониро қасб кардааст. Нишондихандаи паҳншавии он дар ҳар 10-15 сол ду маротиба бештар мегардад. Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) микдори беморони гирифтори ДҚ дар тамоми ҷаҳон дар соли 2000 ба 160 миллион нафар баробар буд ва тахмин карда мешавад, ки дар соли 2025 вай то 350 млн нафар мерасад [3].

Тағйироти анатомӣ- функционалии попанча аст, ки дар натиҷаи нейропатияи диабетӣ, ангиопатия, остеоартропатия, пайдо шудани протсессҳои оризаноки фасодӣ пайдо мешавад. Гипергликемияи музмин, ба ҳайси звенои аввалия дар патогенези диабет, спектри қавии ихтилолҳои гормоналӣ-метаболикоро ба вучуд меорад, ки дар ниҳояти қор ба осеби тақрибан ҳама системаҳои функционалии организм оварда мерасоланд [1,2].

**Мақсади таҳқиқот** таҳлили натиҷаҳои табобати резултатов хирургического лечения синдрома попанчаи диабетӣ (СПД) ва баҳогузори ба самаранокии усулҳои истифодашавандаи табобати ҷарроғӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Асоси таҳқиқоти мазкурро натиҷаҳои муоинаҳои клиникӣ ва табобати 84 бемори дорои шаклҳои оризаноки синдроми попанчаи диабетӣ (СПД), ки дар шӯъбаи фасодӣ-септикийи пойгоҳи шӯъбаи ҷарроғии МД МШТ №3 бистарӣ буданд, ташкил дод. Дар байни онҳо мардҳо 45 (53,5%), занҳо – 39 (46,4%) буданд. Спектри синусолии беморон аз 30 то 74-солро ташкил дод. Давомнокии бемории диабет қанд аз 2 то 25 сол буд. Дар муҳлати гузаштани 14 шабонарӯзи баъди саршавии беморӣ ба беморхона 23 бемор, зиёда аз 14 –шабонарӯз 61 бемор ба стационар ворид гашт. Дар аксари бештари беморон диабет қанди типии II – 78 (92,8%), типии I дар 6 (7,1%) ба назар расид. Дар анамнези 52 (61,9%) бемор ҷараёни ноустувори ДҚ дида шуд, дар 3 (3,5%) ДҚ бори нахуст ошқор карда шуд. Сатҳи гипергликемия хангоми ба беморхона ворид шудан 14,6 ммол/л бо глюкозурия то 4%-ро ташкил кард. Қисми бештари беморони бистаришуда шакли омехтаи ДҚ-44 (52,3%), нейропатӣ –сироятӣ- 35 (41,6%) ва ишемикӣ 5(5,9%). дошанд

Бо мақсади назорати самаранокии табобат таҳқиқотҳои динамикии микробиологӣ ва ситологии биопатҳои бофтаҳои гузарида шуд, динамикаи ҷараёни протсесси қарохат аз рӯйи аломатҳои клиникӣ ва ҳолати гемодинамикаи регионарӣ тибқи маълумоти доплерографияи ултрасадоӣ, дараҷаи паҳнбӯии деструксияи устухонҳои тибқи маълумоти рентгенографияи попанча омӯхта шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Сабабҳои асосии бистарикунонии беморон ва барои ёрии ҷарроҳӣ расонидан мурочиат кардани онҳо авҷгирии ихтилолҳои трофики бофтаҳои попанча, решҳо, протсессҳои фасодӣ-илтиҳобӣ ва некрозӣ, то ҳадди қарасони ангуштон ё худӣ попанча буданд. Бемороне, ки қаблан аз хусуси диabetи оризанокӣ попанча ҷарроҳӣ шудаанд 16 (19,4%), бемороне, ки табобатаи консервативӣ гирифтаанд, 6 (7,1%) Оро ташкил доданд. Дар байни ҷарроҳишудагон бештар барои ёрии ҷарроҳӣ бемороне мурочиат карданд, ки дорои осеби латералии андомҳо (80,4%) буданд.

Таҳлили натиҷаҳои таҳлили натиҷаҳои ҷарроҳӣ нишон медиҳад, ки амалиётҳои хурди ҷарроҳӣ ҳангоми протсессҳои фасодӣ-некрозӣ на бояд ҳамчун марҳалаи тайёрӣ ба ампутатсияи минбаъдаи андомҳо баррасӣ карда шавад. Вай ба ампутатсияҳои дисталӣ ва сарфакоронаи андомҳои поёни дохил мешавад, ки ибто мақсади ҳифзи қардани андом ё ақаллан функцияи таъяғҳои он анҷом менамояд. Зиёд шудани миқдори ҷарроҳҳои хурд бинобар ҳолатҳои амалиётҳои такрорӣ дар попанча аз хусуси протсесси идомаёфтаи фасодӣ-некрозӣ руҳ медиҳанд. Ба амалиёти ҷарроҳӣ ҳамаи бемороне, ки дар онҳо 280 ҷарроҳии гуногун иҷро карда шудааст фаро гирифта шуданд. Як амалиёти ҷарроҳӣ дар 10 бемор, 2-3 амалиёти ҷарроҳӣ дар 18 бемор, зиёда аз 7 амалиёти ҷарроҳӣ дар 12 бемор ба қайд гирифта шудааст. Ампутатсияҳои марҳилавӣ ва баланди андомҳо пас аз амалиётҳои ҷарроҳии хурд танҳо дар 3(3,5%) беморон иҷро карда шудааст. Хусусияти амалиётҳои ҷарроҳии попанча ва муҳлати иҷрои онҳо дар қадвали №1 оварда шудааст.

Миқдори нисбатан зиёдаи амалиётҳои ҷарроҳии хурд ба некрэктомияи марҳилавӣ рост меоянд. Миқдори некрэктомиҳои аз 2 то 3 ва бештар ҳолатҳо дар як бемор дида шудааст. Таҳлили муқоисавии маводи клиникӣ гувоҳӣ медиҳад, ки ҳангоми бурришти аввалия ё марҳилавии нейропатии реш дар протсесси табобати комплексӣ суръати шифоёбии онҳо 2 маротиба баландтар мешавад назар ба усулҳои анъанавии табобат, ба истиснои санатсияи ҷарроҳии реш.

#### Қадвали №1

##### Хусусияти амалиётҳои ҷарроҳӣ ва муҳлати иҷрои онҳо дар беморони дорои оризаҳои СПД

Хусусияти амалиёти ҷарроҳӣ	Муҳлати иҷро, мутл.			
	Фаври	Таъҷилӣ	Нақшавӣ	Ҳамагӣ :
I. Экзартикулятсияи ангуштон бо резексияи сараки устухонҳои қафи пой: - як ангушт - дув а зиёда ангуштҳо	12 5	16 8	1	28 13
II. Ампутатсияи трансметатарзалии попанча	4	22	28	26
III. Катетеризатсияи шарёни поёни эпигастралӣ	16	-	22	
IV. Чок қардани флегмонаи попанча	22	-	26	22
V. Некрэктомия	48	56	117	104
VI. Ивазкунии пластикики нуксон - Пластика бо бофтаҳои мавзей (худӣ) - Аутодермопластикаи озод	-	-	9 12	9 12
VII. Ампутатсия - Дар сатҳи рон - Дар сатҳи сок	2 2	1 2		3 4
<b>Ҳамагӣ:</b>	<b>111</b>	<b>105</b>	<b>21</b>	<b>221</b>

Пӯшиши пластикии нуксонҳои ҷарроҳӣ пас аз табобати ҷарроҳии шаклҳои оризанокӣ СПД дар 28 бемор иҷро карда шудааст. Барои сохтани дарбеҳои аз ҷиҳати функционалӣ қулай ҷангоми ампутатсияи трансметатарзалӣ дарбеҳои пусту фасисалиро аз сатҳҳои қафи по ва пуштипойи попанча гирифташударо гузоштанд. Дар 17 бемор, ки дар онҳо ампутатсияи трансметатарзалӣ ва баъдан некрози боқимондаи дарбеҳои пусту фасисалиро гузаронида шуда буд, бо тоза қардани ҷарроҳӣ аз массаҳои некрозӣ ва пайдо шудани гранулятсияҳои солим ивазкунии пластикии нуксонҳо бо дарбеҳои қабат-қабати чокқардашудаи пусту, ки аз сатҳи пешу берунии рон гирифта шуда буданд, анҷом дода шуд. Дар 9 ҷарроҳӣ пурра шифо ёфтани трансплантант ба назар расид, дар 6 ҷарроҳӣ қисман шифоёбӣ ва танҳо дар 2 бемор некрози пурраи трансплантант ба амал омад.

Миқдори ампутатсияҳои аввалияи баланд дар беморони дорои СПД 4,3%-ро ташкил дод. Фавти умумӣ пас аз ампутатсияҳои 3,6% буд. Сабабҳои асосии фавти беморон норасоии шадиди дилу рағҳо ва эндотоксикози давомёфта буданд. Резексияҳои метатарзалӣ ва экзартикулятсияи ангуштони попанча дар 82,1%-и ҷарроҳӣ сабаби тақрибан бистарӣ шудани беморони дорои осеби ипсилатералии андомҳо гаштааст, ки дар натиҷаи ислоҳи таъхиркардаи ортопедии функцияи таъяғҳои ихтилолдор ба амал омадааст.

**Хулоса.** Табобати ҷарроҳии шаклҳои оризанокӣ СПД бояд ҳамчун марҳалаи реабилитатсияи комплексии байниҷарроҳии беморон баъзоғзорӣ карда шавад, ки натиҷаи он, пеш аз ҳама, аз мақсаднокӣ ва муносиб будани ҷарроҳии профилактикӣ, сари вақт ислоҳи ортопедии ихтилолҳо ё функцияи аз байн рафтаи таъяғҳои попанча анҷом додан вобаста аст.

#### Рӯйхати адабиёт.

1. Биниенко М.А. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы / М.А. Биниенко, А.А. Коцлова, В.В. Давыденко, Т.Д. Власов. // *Вестник хирургии*. Том 175. 2016; (5): 63-68.
2. Гавриленко А.В. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом / А.Э. Котов, Д.А. Лоиков. // *Анналы хир.* 2013;(6):48.
3. Галимов О.В. Комплексный подход в терапии больных с синдромом диабетической стопы / В.О. Ханов, А.В. Иванов. // *Хирургия*. 2014; (3):80-85.

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Тверь. Россия

**Актуальность.** Гнойно-воспалительные заболевания кисти представляют серьезную медицинскую, экономическую и остросоциальную проблему. Кисть человека имеет свои анатомические и функциональные особенности, она связывает человека и окружающую среду, выполняя при этом функцию восприятия среды обитания и ее изменения [4].

Считается, что лечение гнойных инфекций кисти должно быть индивидуальным с учетом проявлений и тяжести заболевания, анатомических особенностей пациента и его образом жизни [3]. Отсутствие своевременного лечения панариция и паронихии может быть причиной не только морального и косметического ущерба, но и некроза, дисфункции или утраты пальца или кисти. Также известно, что способы лечения этих патологий менялись в течение многих лет: от консервативного лечения отварами трав до ныне проводимых хирургических операций с применением антибиотиков, дренирования и наложения швов. По последним источникам, еще одним методом лечения гнойных инфекций кисти является лазерная некрэктомия, особенно эффективная при лечении глубоких форм панариция [1, 2].

**Цель исследования.** Проанализировать распространенность гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти и информированность населения по данному вопросу.

**Материал и методы исследования.** С целью оценки осведомленности была разработана специальная анонимная анкета, содержащая ряд вопросов (в количестве 12), по заданной теме. Данный опрос проводился на базе онлайн-сервиса для создания форм обратной связи «Гугл-формы» (компания Google). Среди 126 человек, согласившихся принять участие в анкетировании, соответственно, 38 человек (30,2%) – это мужчины, что составило 30,2% и 88 человек (69,8%) – это женщины в возрасте от 18 до 20 лет.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В данном опросе принимали участие разные социальные группы людей, при этом, 44,9% опрошенных не знают про существование гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти, а 55,1% имеют о них представление, – что определенно свидетельствует о наличии низкого уровня медицинской грамотности населения, и что также соотносится с неудовлетворительными результатами лечения (или его полного отсутствия) и меньшем количеством обращений за медицинской помощью.

На вопрос «Вы сталкивались с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти?» ответили 123 человека, из которых 99 человек (80,5%) не сталкивались с этими заболеваниями и 24 человека (19,5%) сталкивались с гнойными инфекциями кисти. Таким образом, частота встречаемости патологии в проведенном анкетировании равна примерно 1:5.

Так как этиологическим фактором в гнойном воспалении пальцев и кисти, в большинстве случаев, являются травмы (профессиональные или же бытовые), следующий вопрос, который был нами проанализирован – это вид травматизации, где 20 человек (74,1%) ответили, что заболели панарицием или паронихией вне работы (в быту), 5 человек (18,5%) – после маникюра и 2 человека (7,4%) – при осуществлении производственной деятельности.

Даже незначительные повреждения кожи, если своевременно им не уделяется должное внимание, чреваты воспалительными процессами. Такими травмами, которые наиболее часто приводили к развитию гнойно-воспалительных заболеваний у опрошиваемых, являлись заусенцы (50%), порезы и ссадины (по 25%), сдавления – с меньшим процентом ответов. Такие микротравмы обычно несвоевременно подвергаются обработке, поэтому в результате происходит дальнейшее распространение гнойного очага с развитием осложнений. Так как выборка людей была случайной, нельзя точно сказать у кого из людей больший риск заболеть гнойно-воспалительными заболеваниями – у тех, кто работает на производстве или же в быту, однако нужно допускать вероятность развития этой патологии у любого человека, вне зависимости от рода его деятельности.

По данным опроса наибольшему числу травм подвергались следующие локализации на пальцах кисти: 16 человек (59,3%) указали, что очаг гнойного воспаления у них находился вдоль бокового валика ногтя, у 11 человек (40,7%) – вдоль кутикулы, также отмечается подногтевой панариций на тыльной поверхности пальца. При этом наблюдались следующие симптомы: 17 человек (60,7%) отметили пульсирующую боль, 18 человек (64,3%) – отек пальца, у 25 человек (89,3%) наблюдалось покраснение кожи, у 8 человек (28,6%) – повышение температуры тела, 20 человек (71,4%) обнаружили нагноение и 1 человек (3,6%) – некроз.

При обнаружении у себя развития гнойно-воспалительных процессов 16 человек (57,1%) предпочли заняться самолечением, 9 человек (32,1%) обращались за помощью к врачу-хирургу и у 3 человек панариций и паронихия (10,7%) не подвергались лечению вообще. Преобладание ответа о самолечении можно объяснить тем фактом, что в настоящее время люди предпочитают доступную медицинскую информацию, выложенную на Интернет-пространствах, посещению кабинета врача. Что является также проблемой, в связи с этим выделяют преобладания обращений больных на поздних сроках неосложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний.

На вопрос о проведении профилактических мероприятий 66,1% участников ответили, что они стараются не допускать микротравм кисти и при их возникновении своевременно проводят обработку и 33,9% не проводят профилактику гнойно-воспалительных заболеваний кисти. Даже несмотря на то, что больше половины опрошенных склонны соблюдать меры профилактики, все же имеется процент тех людей, которые скептически настроены к предупреждению гнойных заболеваний.

**Выводы.** Поскольку в анкетировании принимали участия лица от 18 до 20 лет, которые менее подвержены в силу возраста данному заболеванию, нельзя говорить об однозначной частоте встречаемости гнойных заболеваний кисти.



Настоящее исследование показало, что большая часть людей, участвующих в опросе, заботится о своем здоровье и старается не допускать возникновения гнойно-воспалительных заболеваний пальцев. Но, тем не менее, есть и те, кто менее осведомлен о существовании патологии и о методах ее профилактики. Именно поэтому следует проводить санитарно-просветительные работы, предусматривающие информирование разных контингентов населения в области гнойных инфекций кисти.

#### **Список литературы.**

1. Крайнюков П.Е., Кокорин В.В., Колодкин Б.Б., Сафонов О.В. Этапы развития хирургии гнойной инфекции кисти и современные подходы к лечению // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2017. - №3 с.60-66.
2. Чепурная Ю.Л., Мелконян Г.Г., Гульмурадова Н.Т., Гаджикеримов Т.А., Киселева С.В., Суворов А.Ю. Применение лазерной некрсеквестрэктомии в лечении глубоких форм панариция. Московский хирургический журнал. 2019;(4) с. 5-11.
3. Крайнюков П.Е., Матвеев С.А. Применение комплексного индивидуального алгоритма в лечении пациентов с флегмонами кисти // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2013. - №4 с. 45-50.
4. В.П. Дейкало, А.Н. Толстик, К.Б. Болобошко Клиническая анатомия кисти и хирургические доступы. - Витебск: 2013 123 с.

*Блинов Н.В., Фролов С.А., Казанов О.И.*

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер. Россия

**Актуальность.** По данным различных отечественных и зарубежных авторов лечение пожилых пациентов с онкологическими заболеваниями ассоциировано с более высоким риском смертности. Большинство авторов сходится в едином мнении, что нарушение питания и нутритивная недостаточность играет одну из заглавных ролей в смертности от рака. Для оценки нутритивного статуса пациента в повседневной клинической практике используют целый комплекс соматометрических и клинико-лабораторных параметров. Опросник (PG-SGA) глобальная субъективная оценка был разработан специально для нутритивной оценки онкологических больных, по мнению многих авторов именно в опроснике (PG-SGA) детально оценивается большинство факторов, влияющих на метаболизм, а также параметров, отражающих изменения метаболических процессов.

**Цель исследования.** оценить общую выживаемость выживаемости пожилых пациентов с колоректальным раком и связь данного показателя с индексом массы тела (ИМТ) и показателем опросника (PG-SGA) глобальная субъективная оценка.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 90 пациентов, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД с 2017 по 2020 годы по поводу рака прямой кишки. Соотношение мужчин и женщин – 51(56,6%) и 49 (54,4%) соответственно, средний возраст составил  $70,1 \pm 4,3$  года. Всем пациентам при поступлении определялся индекс массы тела (ИМТ), проводилась оценка по опроснику (PG-SGA). У всех пациентов, включенных в исследование, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала Т3-Т4, опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе прямой кишки. По данным предоперационного обследования не было получено данных за наличие измененных регионарных лимфоузлов. Пациенты, включенные в исследование не получали неоадьювантное и адьювантное лечение.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным обследования у 17,2% был снижен ИМТ, у 56% был нормальный ИМТ и 26,8% имели избыточный вес. На момент проведения анализа ни в одной из групп не было достигнуто медианы общей выживаемости.

По данным PG-SGA - 79,9% не нуждались в нутритивной поддержке (PG-SGA A); 23,4% пациентов нуждались в дополнительной нутритивной поддержке (PG-SGA B), а 3,3% нуждались в срочной нутритивной поддержке (PG-SGA C). В группе с PG-SGA A на момент проведения анализа общая медиана выживаемости не была достигнута, в группе PG-SGA B и группе PG-SGA C общая медиана выживаемости составила 18,7 и 6,7 месяцев соответственно. Тяжелая недостаточность питания (SGA C), по сравнению с PG-SGA A, была связана с относительным риском смерти 12,04 (95% доверительный интервал [CI], 3,43-42,19,  $P < .001$ ).

**Выводы.** Опросник «Глобальная субъективная оценка» (PG-SGA) имеет значимое влияние в определении нутритивной недостаточности у пожилых пациентов с колоректальным раком, PG-SGA C ассоциировано с худшей выживаемостью.

#### **Список литературы.**

1. Mantzorou M., Koutelidakis A., Theocharis S., Giaginis C. Clinical Value of Nutritional Status in Cancer: What is its Impact and how it Affects Disease Progression and Prognosis? Nutr. Cancer. 2017;69:1–26. doi: 10.1080/01635581.2017.1367947.
2. Mattox T.W. Cancer Cachexia: Cause, Diagnosis, and Treatment. Nutr. Clin. Pract. 2017;32:599–606. doi: 10.1177/0884533617722986.
3. De Las Peñas R., Majem M., Perez-Altozano J., Virizueta J.A., Cancer E., Diz P., Donnay O., Hurtado A., Jimenez-Fonseca P., Ocon M.J. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018) Clin. Transl. Oncol. 2019;21:87–93. doi: 10.1007/s12094-018-02009-3.

4. Martin L., Senesse P., Gioulbasanis I., Antoun S., Bozzetti F., Deans C., Strasser F., Thoresen L., Jagoe R.T., Chasen M., et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *J. Clin. Oncol.* 2015;33:90–99. doi: 10.1200/JCO.2014.56.1894.

*Блинов Н.В., Фролов С.А., Казанов О.И.*

## МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер. Россия

**Актуальность.** В течение многих лет ведутся дискуссии по оптимизации способа подготовки толстой кишки к операции. Многие авторы склоняются к тому, что предоперационная механическая подготовка кишечника не демонстрирует значимой пользы в сравнении с пациентами, кому не проводилась данная подготовка. Более того в ряде исследований было продемонстрировано, что механическая подготовка толстой кишки может являться причиной возникновения послеоперационных осложнений, связанных с дегидратацией и возникновением электролитных нарушений.

**Цель исследования.** Оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов, которым перед операцией проводилась механическая подготовка толстой кишки.

**Материалы и методы исследования.** В данное исследование вошли 40 пациентов. Основная группа 18 пациентов, 8 мужчин (44,4%) и 10 (55,5%) женщин. Группа контроля – 22 пациента, 10(45,5%) мужчин и 12 (54,5%) женщины. Средний возраст в обеих группах составил  $66,1 \pm 3,6$  лет. По данным предоперационного МРТ органов малого таза у всех пациентов, включенных в исследование, опухоль располагалась в среднеампулярном отделе прямой кишки, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала сТ3-Т4а. На дооперационном этапе все пациенты получали химиолучевую терапию. За день до операции, пациентам основной группы выполнялась механическая подготовка толстой кишки, пациентам контрольной группы проводилась подготовка толстой кишки традиционным способом- постановкой очистительных клизм. Пациентам обеих групп выполнялась передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной трансверзостомы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Медиана наблюдения составила 1,5 года. Статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений за 30-ти дневный период между группами исследования выявлено не было. Нескорректированное отношение рисков смерти от всех причин для пациентов основной группы составило 0,72 (95% CI, 0,58 – 0,92). Многофакторный анализ с поправкой на возраст, пол, стадию заболевания показал, что механическая подготовка толстой кишки не оказывает независимого влияния на смертность от всех причин (HR 0,86, 0,66 - 1,12).

**Выводы.** Применение механической подготовки толстой кишки перед операцией не оказывает влияния на ближайшие и отдаленные результаты лечения.

### Список литературы.

1. Gessler B, Eriksson O, Angenete E. Diagnosis, treatment, and consequences of anastomotic leakage in colorectal surgery. *Int J Color Dis.* 2017;32(4):549–556. doi: 10.1007/s00384-016-2744-x. - DOI - PMC – PubMed
2. Nachiappan S, Askari A, Malietzis G, Giacometti M, White I, Jenkins JT, Kennedy RH, Faiz O. The impact of anastomotic leak and its treatment on cancer recurrence and survival following elective colorectal cancer resection. *World J Surg.* 2015;39(4):1052–1058. doi: 10.1007/s00268-014-2887-2. - DOI – PubMed
3. Rollins KE, Javanmard-Emamghissi H, Lobo DN. Impact of mechanical bowel preparation in elective colorectal surgery: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2018;24(4):519. doi: 10.3748/wjg.v24.i4.519. - DOI - PMC - PubMed

*Бобожонов М.Н., Бердиев Р.Н., Джуразода М.А.*

## ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

**Актуальность.** Эхинококкозы - хронически протекающие гельминтозы, характеризующиеся образованием паразитарных кист печени, легких и других органов, аллергизацией организма и тяжёлыми осложнениями, нередко приводящими к инвалидности и смертности.

Эхинококкоз широко распространен во многих странах мира. В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости эхинококкозом и расширение географических границ болезни. Социальный ущерб обусловлен отставанием в физическом развитии и успеваемости детей, снижением производительности труда, повышением доли тяжелых форм среди заболевших, инвалидностью, летальностью. Эхинококкоз не только вредит здоровью человека, но и наносит огромный экономический ущерб и поэтому продолжает оставаться важной государственной проблемой для многих стран мира, в том числе для Республики Таджикистан. Даже в развитых странах, благополучных в санитарно-эпидемиологическом отношении, эхинококкоз может представлять серьезную проблему. Например, в США ежегодно регистрируется около 100 новых случаев эхинококкоза, в 60% случаев заболевание выявляют у иммигрантов. Аналогичная ситуация имеет место в Германии, Швейцарии, Италии, Японии и других странах. В ряде стран Европы регистрируют от 1 до 8 первичных случаев эхинококкоза в год на 100 тыс. человек. Общее число пациентов эхинококкозом в мире насчитывает до 6 миллиона человек [3,4,5].

В медицинской литературе заболевание, вызванное *E.granulosus*, традиционно называется эхинококкозом. Диагностика патологического процесса - это основная часть деятельности врача любой специальности.

Диагноз-краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травм) или о причинах смерти, оформленных в соответствии с действующими стандартами и выраженными в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней. Содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разращения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге.

Диагноз есть наиболее концентрированное выражение истории болезни каждого больного. В самом сжатом виде в нём содержатся представление об его патогенезе, обосновании тактики лечения, необходимых профилактических действиях, а также прогнозе. Кроме того, диагноз-это основа всех статистических и эпидемиологических исследований [1,2].

Подходы к формулированию развёрнутого диагноза приведены в соответствии с требованиями «Международной классификации болезни» 10-го пересмотра. Ориентирование на МКБ-10, требования МКБ-10 к формулировке диагноза чрезвычайно важны для унификации. Хотя это документ авторитетнейший, он требует своего дальнейшего развития. Он создает как новые возможности, так и новые трудности. Это, в частности, можно посмотреть в разделах, посвященных эхинококкозу, (где не нашлось места этиопатогенезу, клинической фазе, осложнениям и исходу). Естественно, что МКБ будет дальше совершенствоваться и пересматриваться под эгидой ВОЗ.

В настоящее время в доступной литературе работы, посвященные формулировке диагноза эхинококкоза головного мозга, практически отсутствуют, что обуславливает необходимость проведения подобных исследований.

**Цель исследования.** Помочь врачу в выработке навыков формулирования развёрнутого клинического диагноза при гидатидозном эхинококкозе головного мозга.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положены ретроспективные анализы истории болезни 76 больных с эхинококкозом головного мозга в возрасте от 2 до 46 лет, находившихся на лечении на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” за период 1995-2020гг.

Диагноз - врачебное заключение о сущности болезни и состоянии больного, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении больного. Диагноз является основанием к выбору метода лечения. Прежде всего, он должен быть общепонятным и в, то же время, индивидуальным в каждом конкретном случае, отражать особенности течения заболевания и особенности личности больного. Он должен быть сформулирован таким образом, чтобы структура его логически определяла рациональную терапию, содержала указание на прогноз, соответствовала требованиям врачебной экспертизы. В построении диагноза ведущим является нозологический принцип, согласно которому диагноз должен отражать название болезни (травмы), особенности этиопатогенеза болезни, патологоанатомические изменения, характер и степень нарушения деятельности отдельных физиологических систем и её осложнения [2].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Так, при ретроспективном анализе истории болезни 76 больных с эхинококкозом головного мозга мы сталкивались с целым рядом методологических затруднений. Окончательный диагноз правильно был оформлен в 18 (23,7%) случаях. В остальных случаях были применены 3 разных обозначений, в частности, эхинококковая киста, эхинококк и эхинококковая болезнь. Слово “эхинококкоз” является греческим и означает щетинистую или ежевидную ягоду. Эхинококкоз - название паразитарного заболевания, вызываемого личиночной стадией ленточного гельминта цестодозов. Термин «эхинококкоз» подобно терминам «аскаридоз», «описторхоз» означает паразитизм данного заболевания.

Проведённые нами исследования показали, что установлен неправильный диагноз в 29 (38,2%) случаях - “эхинококковая киста”, в 22 (29,0%) “эхинококковая болезнь” и в 7 (9,2 %) “эхинококк” той или иной долей головного мозга. Только в 18 (23,7%) случаях установлен правильный диагноз - “эхинококкоз” головного мозга.

Базируясь на клинические опыты, нами разработана классификация (свидетельство интеллектуального продукта (121)- 0251ТJ; (122)-12. 04. 2010) и принципы формулировки диагноза при эхинококкозе головного мозга. Примеры формулировки диагноза:

1. Эхинококкоз теменно-височной доли головного мозга гигантских размеров справа в стадии умеренной декомпенсации. 2. Эхинококкоз сочетанный, множественный лобной, теменной долей головного мозга средних размеров слева в стадии грубой декомпенсации. Эхинококкоз печени в правой доле. 3. Эхинококкоз нагноившийся височной доли головного мозга больших размеров справа в стадии грубой декомпенсации. 4. Эхинококкоз вторичный лобной доли малых размеров слева в стадии субкомпенсации. Эхинококкэктомия легких.

**Выводы.** Настоящая публикация имеет большое научно-практическое значение и окажется одним из важных факторов формирования диагностического мышления как начинающего, так и опытного врача. Позволяет всестороннее и глубоко рассматривать развитие патологического процесса, диагностики, оказания лечебной, профилактической и социальной помощи и для унифицирования статистики больных эхинококкозом головного мозга.

#### Список литературы

1. Амиреев С.А. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. / Ж.М. Бекшин, Т.А. Мунинов // Практическое руководство, 2- издание дополненное. - Алматы, 2014 г.- 638 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). ВОЗ.- Женева. (пер. с англ.)- т.1, 2, 3. - М., 1995-1998.
3. Множественный эхинококкоз головного мозга, сердца и почек / А.А. Потапов, С.А. Горайнов, В.А. Охлопков, А.Д. Кравчук // Вопр. нейрохир., 2011, №1. С.57- 65.
4. Brunetti E. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans / P. Kern, D.A. Vuitton // ActaTropica, 2010. - Vol.114,N1. - P.1-16.
5. Rodrigues G. Management of hydatid disease (Echinococcosis) in pregnancy. // Obstetr. Gynecol. Sur., 2008. - V.63(2). - P.116-123.

**Бустонов М.О., Парпиев Ш.Х., Бустонов Б.М.**  
**СОЧЕТАНИЕ ПОСТАНГИНАЛЬНОГО СЕПСИССА С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ФАСЦИИТОМ**  
Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан

**Актуальность.** Некротизирующий фасциит (НФ) является общим генерическим термином, характеризующим процессы, связанные с большой группой хирургических инфекций (*Streptococcus pyogenes*, либо смешанной микробиотой), локализующимся в поверхностной фасции и подкожной клетчатке. Клиника НФ характеризуется септическим состоянием особо тяжелого течения с развитием полиорганной недостаточности. Причиной развития этих симптомов может быть перенесенная острая орофарингеальная инфекция. Клинику орофарингеальной инфекции с развитием в последующем сепсиса, тромбоза внутренней яремной вены и инфицированных эмболов, вызванные *Fusobacterium necrophorum*, в 1936 году описал в виде синдрома французский микробиолог Andre Lemierre [5]. НФ головы и шеи (Necrotizing Fasciitis) является редкой, опасной для жизни инфекцией мягких тканей, вовлекающий в воспалительный процесс клетчаточные пространства между фасциями шеи, подкожно-жировой клетчатки и кожи.

**Цель исследования.** Сообщение о случае постангинального сепсиса и некротизирующего фасциита шеи.

**Материал и методы исследования.** *Случай.* Молодая женщина, 25-лет, поступила 26/12/2012г в ЛОР отделение. Жалобы при поступлении на затрудненное глотание, боли в области шеи и грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что за 5 дней до поступления перенесла ангину, сопровождавшейся высокой температурой тела, по поводу чего родственница пальцами вскрыла паратонзиллярный абсцесс. Через день появилась припухлость подчелюстной области, левой половины шеи до грудной клетки с подкожной эмфиземой, сопровождавшаяся дисфагией и субъективной лихорадкой.

Объективно: при осмотре от подчелюстной области до грудной клетки имеется болезненный инфильтрат. Рот из-за тризма широко открыть не может. При фиброфаринголарингоскопии отмечается искривление носовой перегородки. Носоглотка свободная, слизистая розового цвета. Глотка - гиперемия, инфильтрация, открытая рана с некрозом в области fossa supratonsillaris миндалины слева, размером 1,5x1,5 см., при пальпации со стороны наружной поверхности шеи выделяется желтого цвета гной. В области правой миндалины также отёк, гиперемия слизистых. Отмечается отёк, гиперемия, инфильтрация слизистой глотки, верхних отделов гортани. На R-графии органов грудной клетки - картина хронического бронхита. В течение двух дней клинические данные ухудшились: опухоль шеи с двух сторон увеличилась, при пальпации отмечается отёк тканей, гиперемия кожи до области ключицы грудной клетки и на R-снимке грудной клетки выявились признаки медиастенита.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В анализах крови отмечался лейкоцитоз до  $14,30 \times 10^9/L$ , сдвиг лейкоформулы крови влево, нейтрофиллёз, СОЭ - 52 мм/час, показатели коагулограммы-протромбиновый индекс-100%, тромботест III-IV степени. Проведены консультации специалистов: челюстно-лицевого хирурга, реаниматолога, эндоскописта, пульмонолога. Грудной хирург не выявил показаний к дренированию средостения. Налажено зондовое питание, опытным путем назначены антибиотики цефтриаксон 1000 мг., через каждые 12 часов, метрогил по 100мл. 2раза/день, интенсивная, дезинтоксикационная терапия в объёме более 2,5л. (растворы Рингера, гемосоля, реосорбилакта, 0,9% NaCl), переливание компонентов крови - свежемороженая плазма, дексаметазон 8мг, комплекс витаминов группы С и В. Образцы отделяемого из раны отправлены на бактериологические анализы - высеян *Streptococcus haemolyticus*. Выставлен диагноз: «Тонзиллогенный некротизирующий фасциит. Парафарингеальный инфильтрат в области шеи».

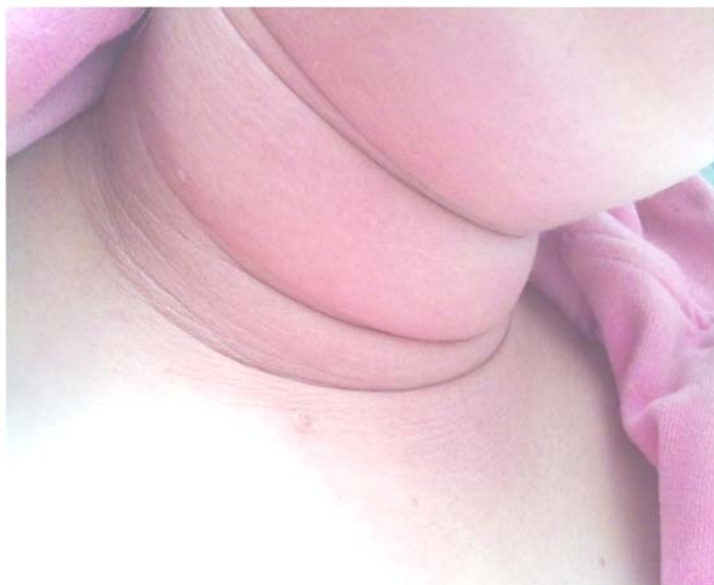


Фото. Больная Р.М., Диагноз: «Тонзиллогенный некротизирующий фасциит. Парафарингеальный инфильтрат в области шеи», отмечается инфильтрация, отёк, увеличенная в размерах шея – «раздутая и/или нежная шея».

Произведена операция - вскрытие тонзиллогенного некротизирующего фасциита в области глотки, добыт гной зеленого цвета, отмечалось наличие некротических тканей, которые были очищены до здоровой, кровоточащей ткани, наложена контрапелтура. Прослеживается жидкость в клетчаточных пространствах шеи, вскрыты гнойники,

снизу, справа добыто 10 мл. густого гноя. Рана промыта 3% раствором перекиси водорода, 0,02% декасана, вставлены резиновые выпускники с марлевыми турундами. Отек в области шеи и дисфагия прошли через 4 дня. У больной в течение 2 дней отмечалось повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, в последующем температура тела держалась на субфебрильных цифрах. К 9 дню воспалительные явления медленно уменьшились, была переведена на прием антибиотиков регос, далее с полным выздоровлением.

Несмотря на то, что НФ встречается не очень часто в настоящее время, несмотря на терапию антибиотиками последних поколений, смертность при НФ составляет от 13,9% до 30% [1,2,3,5]. Одним из этиологических микроорганизмов НФ при мономикробной инфекции является *S.pyogenes*, в некоторых случаях возможна ассоциация с *S.aureus* [1]. Микс-инфекция с *F. necrophorum* составляет 10,1%, которые включают группу: *Bacteroides asaccharolyticus*, *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides gracilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides uniformis*, *Peptostreptococcus*, *Streptococcus*, *Streptococcus oralis*, *Staphylococcus epidermidis*. [3,4]. В патогенезе НФ ведущую роль играет бактериемия, далее запускается коагуляционный каскад, способствующий развитию массивного тромбоза капилляров с нарушением микроциркуляторного русла, фактора гипоксии, фактора реперфузии, вызываемый супероксидами и в последующем эндотоксинассоциированного повреждения сосудов [2,3,4,5]. В крови повышается концентрация специфического фермента мышечной ткани креатинфосфокиназы, являющегося маркером для дифференциальной диагностики НФ от абсцессов и флегмон других локализаций [1].

Летальность при вовлечении области шеи вследствие опасности распространения процесса в полости средостения и грудной клетки значительно выше 50% - 75% [2,3,5]. Наиболее информативным при некротическом фасциите головы и шеи является КТ, которая может показать утолщение и инфильтрацию кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы, platysma, утолщение фасциальных листов, скопление жидкости в многочисленных карманах, а также наличие или отсутствие газа. Для клиники НФ характерно высокая температура тела до 39-40С, сильная боль в области пораженного участка тела, припухлость, отёк тканей, болезненный инфильтрат с гиперемией кожи, возможно сочетание её с явлением крепитации [2,3,4,5]. Лечение больных необходимо проводить совместно с инфекционистом, реаниматологом и хирургом. При хирургических вмешательствах в области головы и шеи у пожилых и пациентов высокого риска необходимо как можно раньше назначить парентерально антибиотики широкого спектра действия, иммуномодулирующую терапию - внутривенное введение ронколейкина, актовегина, реанберина, пентаглобина и интенсивную терапию. [2, 3,4].

**Выводы.** Методы лечения больных некротическим фасциитом включают скорую по времени и «агрессивную хирургию», открытое ведение раны и интенсивную инфузионную терапию.

#### **Список литературы.**

1. Оценка уровня активности креатинфосфокиназы у пациентов с некротизирующим фасциитом./ Г.Г. Шагинян [и др.] // Медицинские и фармацевтические науки. -2012. - №6.- С.21-25.
2. Некротизирующий фасциит – клиническая модель раздела здравоохранения: медицины критических состояний./ М.В. Гринёв, А.Ю. Корольков, К.М. Гринёв, К.З. Бейбалаев // Вестник хирургии. -2013.-Том 173. -№2.-С.32-38.
3. Алиев С.А. Некротизирующий фасциит: узловые аспекты проблемы в свете современных представлений./ С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Вестник хирургии. –2015. – Том. 174. - №6.- С.106-110.
4. Некротизирующий фасциит у детей / Ф.С. Харламова [ ] // Детские инфекции.-2013. - №1.-- С.43-50.
5. De Necrotizing fasciitis of the neck associated with Lemierre syndrome./ A. Deganello, O. Gallo, G. Gitti, E. Campora //Acta otorhinolaryngologica Italica. -2009.- 29.- P.160-163.

*Валдошова С.Ш., Додхоева М. Ф.*

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЁЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

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

**Актуальность.** Туберкулёз остаётся весьма актуальной проблемой клинической медицины, как одно из тяжёлых, смертоносных инфекционно-воспалительных заболеваний. Таджикистан относится к числу стран с высоким бременем туберкулёза, несмотря на достигнутый прогресс в борьбе с ним. Как известно, 34% случаев заболевания приходится на женщин, в том числе и во время гестации [1]. Туберкулёз во время беременности представляет повышенный риск для матери и плода [2].

Клинические проявления туберкулёза у беременных аналогичны таковым у небеременных. Однако сама беременность может скрывать ранние симптомы туберкулёза, такие как усталость и тахипноэ; Следовательно, может отсрочить диагностику и лечение этого заболевания. Исследования показывают, что большинство беременных женщин, которым, путём скрининга, диагностирован туберкулёз, не имели симптомов и не знали о своём заболевании [3].

**Цель исследования.** Изучение некоторых клинико-лабораторных аспектов туберкулёзного процесса у беременных женщин.

**Материалы и методы исследования.** Беременные, больные туберкулёзом, были выявлены в центрах репродуктивного здоровья, туберкулезных диспансерах, а также родильных домах города Душанбе в период 2017-2020 годы. Для описания клинических и лабораторных особенностей туберкулёза во время беременности, было проведено когортное исследование 29 беременных женщин, заразившихся туберкулёзом, в том числе 14 случаев, выявленных во время беременности (I группа) и 15 – выявленных незадолго до её наступления (II группа).

Диагностика туберкулёза основывалась на бактериоскопии мазка мокроты (85,7% в I группе, и 80% - во II). В случае отсутствия бактериоскопического подтверждения болезни, диагноз основывался на оценке врачом рентгенографической картины (64,2% в I группе, и 66,6% во II) и клинико-anamnestических данных. Также основным тестом для определения лекарственной чувствительности для туберкулёзных препаратов первого и второго ряда был



экспресс-тест GeneXpert MTB/RIF (57,1% и 53,3% соответственно), который позволяет выявлять *Mycobacterium tuberculosis* и устойчивость к рифампицину, широко используемому противотуберкулёзному препарату [1]. Наряду с этим проведён ретроспективный анализ карт беременности, а также проспективное ведение беременных женщин, с целью сбора общей информации о пациенте, анамнеза жизни, репродуктивного анамнеза, анамнеза заболевания, а также наблюдения за течением беременности, родов и послеродового периода. Далее женщинам проводилось общепринятое лабораторное и инструментальное обследование, по результатам которых оценивалось состояние беременных в течение всей беременности.

Средний возраст основной группы 25,3±4,9 года, группы сравнения – 27,8±4,8 года.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследования показали, что наиболее частым местом поражения *M.tuberculosis* явились лёгкие, на которые приходилось 69% (n=20) всех случаев - 71,4% и 66,6% случаев в группах соответственно. У 20,6% (n=6) беременных был внелёгочный туберкулёз (по 3 случая в каждой группе), а также сочетанные его формы (1 беременная в первой группе, и 2 (13,3%) - во второй). Внелёгочный туберкулёз в обеих группах был представлен экссудативным плевритом (10,3%), туберкулёзом лимфатических узлов различной локализации (13,8%). У 1 беременной больной выявлен лёгочный туберкулёз в сочетании с абдоминальной формой.

Выделение микобактерий туберкулёза (БК+) было выявлено в обеих группах: в основной – 42,8% (6 из 14) случаев, а в группе сравнения – в 60% (у 9 из 15) случаев.

Клинические проявления туберкулеза у беременных в сравниваемых группах особо не отличались. Наиболее частыми симптомами были недомогание и слабость (71,4% и 53,3% соответственно), кашель (64,2% и 53,3%), одышка (46,6% и 35,7%), локальная боль (64,2% и 93,3%), субфебрильная температура (64,2% и 53,3%), потеря веса (50% и 53,3%), кровохарканье (14,2% только в первой группе). Следовательно, заболевание, выявленное во время беременности, протекает тяжелее, чем выявленное до беременности. Всего в исследованной когорте зарегистрировано 2 (6,9%) случая ВИЧ-инфицированных беременных женщин во II группе, у которых имелись лёгочная и сочетанная формы туберкулёза.

Среди беременных I группы у 13 (92,8%) больных выявлена чувствительная к основным препаратам форма. Лишь у 1 беременной был туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). В группе сравнения чувствительная к основным препаратам форма была в 11 (73,4%) случаях, и по 13,3% на МЛУ и широкую лекарственную устойчивость (ШЛУ).

Из результатов общего анализа крови видно, что среднее значение гемоглобина было выше у женщин, которые заразились туберкулёзом до беременности (102,7±17 г/л). В основной группе гемоглобин составлял 100,7±12,5 г/л. Количество клеток красной крови, наоборот, оказалось выше в основной группе – 3,5±0,3 млн., против 3,3±0,5 млн. в группе сравнения. Скорость оседания эритроцитов варьировала от 15 до 55 мм/ч, в среднем составляя 29,2±13 мм/ч в I группе, во II группе колебалась от 5 до 52 мм/ч, при среднем значении 18,2±13 мм/ч.

Далее был проведён анализ биохимических параметров крови у беременных. Изменения обнаружены в показателях общего белка крови у беременных основной группы. Среднее его значение составило 59,0±8,3 г/л, что является ниже пороговых значений (65-85 г/л). В группе сравнения уровень общего белка крови оказался ближе к норме (64±13,1 г/л). Показатели ферментов АлАТ и АсАТ были в пределах нормы у большинства женщин обеих групп. В основной группе значения АлАТ варьировали до 64 Ед/л, в группе сравнения – до 54 Ед/л. Среднее значение АсАТ оказалось немного выше у женщин группы сравнения (24,3±13,4 Ед/л против 22,7±10 ЕД/л в I группе). При сравнении средних значений мочевины и креатинина крови у беременных обеих групп не выявлены отклонения от показателей нормы.

Терапия проводилась согласно рекомендованной стратегии ВОЗ, по программе DOTS (короткий курс лечения под непосредственным наблюдением) [4]. Длительность терапии зависела от обширности поражения, тяжести течения процесса и приверженности к лечению пациентов. В среднем длительность фазы интенсивной терапии в основной группе длилась 78,1±25 дней, составляя в среднем от 56 до 112 дней. В группе сравнения она длилась в среднем 90,5±48,5 дней, при колебании от 60 до 246 дней. Такая разница между сравниваемыми группами объясняется наличием устойчивых форм заболевания во II группе, что требует более длительного лечения.

Терапия в обеих группах оказалась эффективной - в 96,5% случаев женщины успешно окончили терапию, лишь в 1 случае наблюдали переход процесса в устойчивую форму из-за плохой приверженности беременной к лечению.

**Выводы.** Таким образом, туберкулёз, возникший во время беременности, имеет более выраженные симптомы интоксикации (общее недомогание, слабость, гипертермия) и недостаточности дыхания (одышка, кашель и кровохарканье) по сравнению с выявленным до беременности. Лабораторные данные также подтверждают выраженность симптомов туберкулёза в этой группе - низкие показатели уровня гемоглобина и общего белка крови, повышение скорости оседания эритроцитов. Результаты проведённого исследования подтверждают литературные данные о благоприятных результатах лечения туберкулёза среди беременных (96,5%), при своевременной и полноценной терапии.

#### Список литературы

1. WHO. // Global tuberculosis report. - 2019.
2. Wolf B. Tuberculosis in Pregnancy – a Summary / B. Wolf, M. Krasselt, J. De Fallois, A. Von Braun, S. Holger // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 2019. – Vol. 79, № 4. – P. 358–365.
3. Gould J. M. Tuberculosis and Pregnancy — Maternal, Fetal, and Neonatal Considerations / J. M. Gould, S. C. Aronoff // Microbiol. Spectr. – 2016. – Vol. 4, № 6. – P. 6.
4. Bansal R. Tuberculosis and its Treatment: An Overview/ R. Bansal, D. Sharma, R. Singh // Mini Rev Med Chem. – 2018. – Vol. 18, №1. - P. 58-71.

*Василевский В. П., Дуксо В. А.*  
**ТРОМБЭКСТРАКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**  
1-я кафедра хирургических болезней ГрГМУ. Беларусь

**Актуальность.** Существующие на сегодняшний день эндоваскулярные реканализации церебральных артерий (селективный внутриартериальный тромболизис, тромбэкстракция, тромбаспирация) при их остром тромбозе значительно превосходят консервативные методы лечения. Тромбэкстракция стент-ретривером является наиболее перспективным и активно развивающимся направлением интервенционного лечения ишемического инсульта (ИИ) [1]. Методика позволяет достичь быстрой реканализации, поэтому ее «терапевтическое окно» при ИИ в каротидном бассейне достигает 8 ч и превышает значения, установленные для внутривенной тромболитической терапии (ВТТ) (3–4,5 ч). Однако применение данных методов лечения в повседневной практике ограничено необходимостью наличия соответствующего инструментария в отделениях, выполняющих вмешательства при сосудистой патологии головного мозга [2].

**Цель исследования.** Оценить возможность и эффективность эндоваскулярных методов лечения ИИ в остром периоде реканализацией магистральных церебральных артерий при помощи стент-ретривера в качестве основного метода лечения данной патологии головного мозга.

**Материал и методы исследования.** За 2019 год в «Гродненской университетской клинике» в отделении ренгенэндоваскулярной хирургии было пролечено 6 пациентов с окклюзиями внутренней сонной артерии и средней мозговой артерии (М-1 и М-2 сегменты) в острейший период ИИ. Среди прооперированных наблюдались 1 женщина и 5 мужчин в возрасте от 37 до 62 лет. Всем пациентам в сроки от 40 минут и до 3,5 часов выполнили эндоваскулярную тромбэкстракцию при помощи стент-ретривера. У трех пациентов наблюдался атеротромботический подтип, а у остальных кардиоэмболический вариант. Все исследуемые имели сопутствующую патологию в виде артериальной гипертензии, три пациента поступали с фибрилляцией предсердий и у одной пациентки наблюдался синдром Шерешевского-Тернера.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Пациенты поступали с жалобами на общую слабость, головокружение, затруднение речи, нарушение чувствительности в конечностях, асимметрию лица. Эффективность данного метода лечения оценивали с использованием ангиографических и клинических критериев. Хорошим результатом считали при достижении уровня реканализации mTICI 2b-3, устранении окклюзии церебральных артерий и восстановление мозгового кровотока, отсутствия новых ишемических и геморрагических очагов в головном мозге, восстановление неврологических нарушений. Один из пациентов поступал повторно с ИИ в остром периоде спустя 6 месяцев, в лечении которого первично применена ВТТ. При контрольной церебральной ангиографии кровотоков был восстановлен у всех пациентов, уровень реканализации mTICI 3 наблюдался у всех пациентов. При этом была достигнута полная антеградная реперфузия ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии с отсутствием визуализируемой окклюзии во всех дистальных ветвях. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Состояние пациентов в послеоперационном периоде оценивалось как тяжелое и соответствовало объему проведенного оперативного вмешательства. у трех пациентов имели место фатальные послеоперационные осложнения (тромбоэмболия легочной артерии, внутримозговое кровотечение, из ранее существовавшей аневризмы, отек и дислокация структур головного мозга), которые привели к летальному исходу.

**Выводы.** Тромбэкстракция стент-ретривером в качестве лечения ИИ в остром периоде показал хорошие результаты, обеспечивая максимально возможное восстановление кровотока и значимую положительную клиническую динамику. Даже в клинических наблюдениях, носящих практически фатальный характер, возможно сохранение жизни в не менее чем в половине случаев.

**Список литературы.**

1. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association / E.C. Jauch [et al.] // Stroke. — 2013. — Vol. 44(3). — P. 870–947.
2. Dababneh H, Guerrero WR, Khanna A, Hoh BL, Mocco J. Management of tandem occlusion stroke with endovascular therapy. Neurosurg. Focus. 2012 May;32(5):E16. doi:10.3171/2012.1.FOCUS11350.

*Герасимчик П. А., Предко В. А.*  
**КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ В ХИРУРГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии УО «ГрГМУ», г. Гродно, РБ

**Актуальность.** В Республике Беларусь на начало 2015 года доля лиц нетрудоспособного возраста составила 24,27% населения и к 2025 году планируется рост до 28%. Основными физиологическими особенностями больных пожилого и старческого возраста являются: наличие инволюционных, функциональных и морфологических изменений со стороны различных органов и систем; наличие двух и более заболеваний (полиморбидность); преимущественно хроническое течение заболеваний; атипичность клинических проявлений заболеваний; наличие «старческих» болезней; социально-психологическая дезадаптация.

С другой стороны операция эндопротезирование тазобедренного сустава является тяжелым хирургическим вмешательством, относящимся к разряду операций IV-V категорий сложности, сопровождающимся значительной, растянутой во времени кровопотерей и вызывающим существенные изменения в органах и системах организма. Общая величина кровопотери во время этой операции и в раннем послеоперационном периоде в зависимости от осо-



бенностей вмешательства составляет 10 - 40% объема циркулирующей крови. Поэтому анестезиологическое обеспечение пациентов пожилого и старческого возраста, организм которых в процессе старения утрачивает способность адекватного преодоления стрессовых воздействий можно отнести к группе анестезий высокого риска.

При проведении «больших» оперативных вмешательств важную роль играет доставка кислорода к тканям и органам, на которую влияют вид анестезии и инфузионная терапия.

Применение магнитных полей, в частности экстракорпоральной магнитной обработки аутокрови для коррекции интраоперационных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава в доступных нам источниках не встречали. Так, магнитную обработку крови применяют в комплексном лечении больных сепсисом, осложненным синдромом острого легочного повреждения [1,2]. Лечебный эффект магнитотерапии связан с нормализующим влиянием переменного МП на состояние эритроцитарных мембран и сосудистую стенку, что приводит к улучшению кислородтранспортной функции крови и, как следствие, большей устойчивости организма к гипоксии [3]. Внедрение экстракорпоральной аутогемоманнитотерапии для коррекции интраоперационных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава: острого легочного повреждения, анемии - является актуальным в настоящее время.

Эндопротезирование тазобедренного сустава часто сопровождается выраженной кровопотерей в периоперационном периоде вследствие значительных размеров разреза мягких тканей и особенно — костной раны. Исследованиями ученых установлено, что при эндопротезировании под общей анестезией суммарная кровопотеря может достигать 1,5-2 литров. В целом это ведет не только к повышению длительности и стоимости лечения, но и к росту числа посттрансфузионных осложнений (инфекционных, иммунологических реакций, депрессии иммунитета и т.д.). Периоперационная анемия на 65% повышает риск инфекционных осложнений и на 93% удлиняет срок заживления операционной раны, что, в конечном итоге, в 1,5 раза увеличивает длительность пребывания пациентов в стационаре. Анемия в 4 раза повышает риск 30-дневной послеоперационной смертности в ортопедии и в 2,5 раза увеличивает риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений.

**Цель исследования** . оценка влияния магнитной обработки крови в раннем послеоперационном периоде при операциях эндопротезирования тазобедренного сустава.

**Материал и методы исследования.** В проспективное, рандомизированное исследование было включено 40 пациентов, которым выполнено тотальное протезирование тазобедренного сустава под спинно-мозговой анестезией. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В группе 1 (21 пациент) проводилось стандартное лечение, необходимое пациентам в послеоперационном периоде.

В группе 2 (19 пациентов) в раннем послеоперационном периоде пациентам дополнительно проводилась магнитная обработка крови (МОК) с помощью аппарата "Интерспек" (ООО «Медицинский центр «Магномед», Беларусь-Германия). Использовалось переменное магнитное поле с частотой 10 Гц, каждый импульс характеризовался тем, что ток изменялся по частоте от 60 до 200 Гц. Магнитная индукция составляла  $140 \pm 10$  мТл. Обработка крови проводилась путем помещения кровопроводящей магистрали в затвор излучателя. Объем крови, забираемой для магнитной обработки, составлял  $5-6 \pm 0,2$  мл/кг. Общее количество сеансов составило 2 процедуры.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием программы «Statistica 9». Медианой (Me), верхней и нижней квартилями представлены величины, не имеющие приблизительно нормальное распределение. Для принятия решения о виде распределения применялся критерий Шапиро-Уилка. Уровень значимости принят 5%. При сравнении зависимых групп с ненормальным распределением значений использовался непараметрический метод – критерий Вилкоксона.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении содержания уровня гемоглобина и эритроцитов перед операцией у пациентов данные были следующие: группа 1- Hb  $145,3 \pm 11,2$  г/л, Eг  $4,48 \pm 0,09 * 10^{12}/л$ ; группа 2- Hb  $141,1 \pm 8,5$  г/л, Eг  $4,4 \pm 0,1 * 10^{12}/л$ . Статистически достоверной разницы в предоперационном периоде в группах не отмечено.

Кровопотеря во время операции, так же достоверно не отличалась в 2 группах и составила: группа 1-  $542 \pm 148$  мл и группа 2 -  $540 \pm 151$  мл.

В послеоперационном периоде в группах так же не отмечено достоверного различия по объему кровопотери: группа 1-  $322 \pm 111$  мл и группа 2 -  $331 \pm 121$  мл.

Однако после проведения 2 сеансов магнитной обработки крови в группе 2 уровень гемоглобина и эритроцитов был достоверно выше и составил :Hb -  $105 \pm 17$  г/л, Eг-  $3,9 \pm 0,8 * 10^{12}/л$ , чем в группе 1 Hb  $82 \pm 10$  г/л, Eг  $3,0 \pm 0,7 * 10^{12}/л$ .

Осложнений при проведении магнитной обработки крови в группе 2 отмечено не было.

**Выводы.** Применение магнитной обработки крови достоверно не увеличивает объем послеоперационной кровопотери. Магнитная обработка крови позволяет проводить коррекцию анемии за короткий срок, что подтверждается увеличением содержания гемоглобина и эритроцитов.

#### **Список литературы.**

1. Спас, В.В. Респираторный дистресс-синдром взрослых / В.В. Спас, Р.Э. Якубцевич. – Минск.:Ипати,2007. – 230 с.:ил. – ISBN 978-985-90110-2-3.
2. Якубцевич, Р.Э., Спас, В.В., Плетнев, С.В. Использование магнитных полей в реаниматологии и интенсивной терапии // Мед. новости – 2003. - №3 – С.72-74.
3. Савостьяник, С.А. Корректирующее влияние экстракорпоральной аутогемоманнитотерапии при гематологических нарушениях у больных с хронической болезнью почек, находящихся на програмном гемодиализе / С.А. Савостьяник, Р.Э. Якубцевич, В.В. Спас, О.Е. Кузнецов, А.В. Максименко // Нефрология. – 2009.- Т.13,№2. - С.15-16.

## ОСНОВНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет  
ГБУЗ Самарский областной онкологический диспансер.Таджикистан.

**Актуальность.** Злокачественные новообразования гортани представляют одну из самых актуальных и социально значимых проблем в современной онкологии, являясь наиболее частыми локализациями среди органов головы и шеи [1].

По данным от 2017 года, распространенность злокачественных новообразований гортани имеет тенденцию к повышению: распространенность поражений гортани с 2012 до 2017г. возросла с 29,0 до 30,4 случая на 100 тыс. населения [3].

В выборе тактики лечения определяющую роль играет локализация. Основным спорным вопросом для большинства онкологов ведущих клиник мира продолжает оставаться выбор тактики лечения местно-распространенного рака гортани, в связи с, казалось бы, одинаковой эффективностью различных методов [2].

**Цель исследования.** определить значимость прогностических факторов риска развития плоскоклеточного рака гортани. **Материал и методы исследования.** Нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ лечения 153 больных складочного отдела рака гортани Т3N0-1M0, в период с 2014 по 2019 год в отделение опухолей головы и шеи ГБУЗ СОКОД. Средний возраст составил 55±1 лет, от 39 до 88 лет. Соотношение мужчин и женщин, составило, в среднем 16:1.

Пациенты распределены на 2 группы по видам лечения:

В первой группе проведено хирургическое лечение 86(45,3%) больным в самостоятельном плане.

Комбинированное лечение проведено 67 (35,2%) пациентам (вторая группа).

У всех пациентов во второй группе выявлены неблагоприятные гистологические признаки (наличие периневральной инвазии, опухолевых эмболов в сосудах, прорастание опухоли капсулы лимфатического узла). В послеоперационном периоде проведен курс ХЛТ в стандартном режиме фракционирования до 50-66Гр с одновременным введением цисплатина, из расчета 100мг/м<sup>2</sup> в 1 и 22 дни лучевой терапии.

Нами в послеоперационном периоде дополнительно определялись: экспрессия белка p53, уровень антигена плоскоклеточного рака SCC, экспрессия маркера пролиферативной активности опухолевой клетки (антиген Ki67).

По TNM группы делились следующим образом: первая группа Т3N0M0 39 (50,8%) человек, Т3N1M0 47 (49,2%), во второй 36 (54,3%), 31 (45,7%) соответственно. В первой группе с G1 27 (33,9)человек, G2 32 (38,7) , 27 (27,4). Во второй группе с G1 19(31,4), G2 27(40), G3 21(28,6). **Результаты исследования и их обсуждение.** Прогрессия заболевания выявлена у 37(43%) пациентов в первой группе при самостоятельном хирургическом лечении. Летальный исход 28(32,6%) человек.

Во второй группе прогрессия заболевания выявлена у 12(17,9%) пациентов. Летальный исход- 8(11,9%). У всех пациентов с прогрессией заболевания выявлен повышенный уровень одного или нескольких факторов: экспрессии белка p53, уровень антигена плоскоклеточного рака SCC, экспрессии маркера пролиферативной активности опухолевой клетки (антиген Ki67) более 55%.

Общая пятилетняя выживаемость составила: для первой группы 67,4%, для второй – 88,1% (p=0,8). Безрецидивная пятилетняя выживаемость соответственно- 57% и 82,1% ( p=0,05).

**Выводы.** определение прогностических факторов позволяет оценить риск развития прогрессии заболевания у больных с плоскоклеточным раком гортани

### Список литературы :

1. Е.Л. Чойнзон, Ю.В. Белевич, С.Ю. Чижевская, В.Е. Гольдберг, И.Г. Фролова, В.И. Чернов, А.В. Гольдберг Современные методы лечения больных раком гортани и гортаноглотки // Сибирский онкологический журнал. 2016. Том 15, № 3. С. 91–96
2. А. Ш. Танеева, А. М. Мудунов, С. Б. Алиева Спорные вопросы в лечении больных раком складочного отдела гортани Т3N0–2M0 // Опухоли головы и шеи 2 том 2014. С. 10-13
3. А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году// Москва

Гулзода М.К., Абдуллозода С.М.

## МЕХАНИЗМЫ ОЖИРЕНИЯ И ПОИСК ПУТЕЙ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

**Актуальность.** Результатами многочисленных исследований установлено, что формирование ожирения неизбежно способствует нарушениям углеводного и липидного обменов, которые лежат в основе развития патологии многих систем. [1, 4]. Все это снижает качество жизни и укорачивает ее продолжительность.

Ожирение является одним из звеньев, а возможно, и пусковым механизмом других факторов риска, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. На каждый 1 кг снижения массы тела можно добиться значительного снижения риска ССЗ, в частности ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии [1].

Немало научных работ свидетельствует о значительном росте числа людей, страдающих избыточным весом и ожирением. За последние 20 лет в странах Европы и в Америке их число выросло более чем в 2,5 раза. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в мире лишний вес имеют более 1 млрд. человек: среди жителей Западной Европы от 10 до

20% у мужчин и от 20 до 25% у женщин. В некоторых регионах Восточной Европы страдают ожирением 35% людей; в России - в среднем 30% трудоспособного населения (еще у 25% - избыточная масса тела). Повсеместно наблюдается рост случаев ожирения у детей и подростков [3].

Среди популяции Республики Таджикистан (РТ), по результатам проведенных скрининговых исследований ученых республики, распространенность избыточной массы тела (ИЗМТ) составляет 31,86%, а ожирение – 5,66% [2].

Таким образом, ясно, что работы, посвященные изучению ожирения и поискам путей коррекции этой опасной для здоровья и жизни человека дисфункции организма, вызывают большой интерес у физиологов и клиницистов.

**Цель исследования.** Изучить механизм ожирения и провести поиск путей коррекции дисфункции организма.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования были ретроспективные и оперативные данные медицинской документации терапевтических и эндокринологических клиник г. Душанбе за 2010–2020 гг. С целью изучения нарушения пищевого поведения с помощью опросника было проанкетировано 300 человек в возрасте от 20 лет до 61 года. Были установлены основные типы пищевого поведения среди респондентов. Идеальный вес рассчитывали по формуле Поля Брока (1871), верхней границей нормальной массы тела считали идеальный вес плюс 15% идеального веса. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Microsoft Excel 2007.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проблема самочувствия лиц, страдающих избыточным весом и ожирением, в современном обществе является достаточно актуальной, массовой и социально-значимой. Современное общество провоцирует непреднамеренное ожирение у своих граждан, способствуя потреблению высококалорийной пищи с большим содержанием жиров, и в то же время, благодаря техническому прогрессу, стимулируя малоподвижный образ жизни. Эти социальные и техногенные факторы способствуют росту распространенности ожирения в последние десятилетия. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) пришла к заключению, что основной причиной эпидемии ожирения в мире стал недостаток спонтанной и трудовой физической активности населения в сочетании с чрезмерным потреблением жирной высококалорийной пищи [3].

Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни в среднем от 3-5 лет при небольшом избытке веса, до 15 лет при выраженном ожирении. Практически в двух случаях из трех смерть человека наступает от заболевания, связанного с нарушением жирового обмена и ожирением [4]. Ожирение - это колоссальная социальная проблема. Большинство этих лиц страдают не только от болезней и ограничения подвижности; они имеют низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы, обусловленные предубеждением, дискриминацией и изоляцией, существующими по отношению к ним в обществе [5].

**Механизмы ожирения.** Среди механизмов ожирения выделяют нейрогенные, эндокринные и метаболические [5]. Нейрогенные, в свою очередь, могут быть двух типов — коркового и гипоталамического.

Причиной ожирения по корковому (психогенному) механизму служат различные расстройства психики, проявляющиеся постоянным, иногда непреодолимым стремлением к приему пищи (булимия). Такие нарушения связаны с активацией серотонинергической, опиоидергической и других систем, участвующих в формировании ощущений удовольствия и комфорта. В результате пища становится сильным положительным стимулом (допингом), что еще более активизирует указанные системы, и порочный круг психогенного механизма ожирения замыкается.

Ожирение по гипоталамическому механизму развивается из-за повреждения нейронов вентромедиального и паравентрикулярного ядер гипоталамуса (например, после сотрясения мозга, при энцефалитах, краниофарингиоме, метастазах опухолей в гипоталамус). При этом в нейронах заднелатерального вентрального ядра гипоталамуса могут спонтанно повышаться синтез и секреция нейропептида Y и одновременно снижаться чувствительность к ингибирующим его факторам (главным образом к лептину). В результате усиливается выработка нейромедиаторов и нейропептидов, формирующих чувство голода и повышающих аппетит (ГАМК, дофамина, р-эндорфина, энкефалинов), что приводит к избыточному приему пищи.

К эндокринным механизмам ожирения относят лептиновый, гипотиреоидный, надпочечниковый и инсулиновый [4]. В основе развития первичного ожирения лежит лептин. Этот гормон, образующийся в жировых клетках, уменьшает аппетит и повышает расход энергии организмом. Уровень лептина в крови положительно коррелирует с количеством белой жировой ткани. Рецепторы к нему имеют многие клетки, в том числе нейроны вентромедиального ядра гипоталамуса. Лептин подавляет образование и выделение гипоталамусом нейропептида, который формирует чувство голода, повышает аппетит, снижает энергорасходы организма. Между гипоталамусом и жировой тканью существует отрицательная обратная связь: избыточное потребление пищи, сопровождающееся увеличением массы жировой ткани, усиливает секрецию лептина и, как следствие, тормозит синтез нейропептида Y. В результате чувство голода ослабляется. Однако у тучных людей этот регуляторный механизм может быть нарушен (например, из-за повышенной резистентности к лептину или мутации его гена).

Гипотиреоидный механизм включается при недостаточности йодсодержащих гормонов щитовидной железы, когда снижаются интенсивность липолиза, а также скорость обменных процессов в тканях и энергетические затраты организма. В результате нарастает масса тела.

Надпочечниковый (глюкокортикоидный, кортизоловый) механизм связан с усиленной продукцией глюкокортикоидов в коре надпочечников (например, при болезни или синдроме Иценко-Кушинга). При их избытке активизируются гликогенолиз (развивается гипергликемия), транспорт глюкозы в жировые клетки и гликолиз (угнетаются липолитические реакции и накапливаются триглицериды).

Инсулиновый механизм обусловлен прямой активацией инсулином липогенеза в жировой ткани. Считают, что основные повреждения связаны с уменьшением числа рецепторов для инсулина, обуславливающих резистентность к инсулину и компенсаторный гиперинсулинизм [4].

**Выводы.** Необходимо, чтобы все врачи понимали, что ожирение - серьезное заболевание, и считали обязательным мероприятием включение в свои задачи мер, направленных на профилактику и лечение этого «заболевания века». Наконец, всем должно быть ясно, что зная механизм ожирения и его этиологию легче провести профилактику

ожирения, которая является одним из основополагающих принципов оздоровления нашего общества, так как основная причина высокой смертности тучных людей - это не само ожирение, а его тяжелые сопутствующие заболевания.

#### **Список литературы:**

1. Недогада С.В. Ожирение и артериальная гипертензия. Снижение массы тела и нормализация артериального давления / С.В. Недогада, И.Н. Барыкина, У.А. Брель // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. - № 5. – С. 105-115.
2. Нозиров Д.Х. Некоторые аспекты эпидемиологии ишемической болезни сердца и её основных факторов риска в Вахдатском районе / Д.Х. Нозиров // дисс. ... канд. мед. наук. Душанбе, 2006. – 120 с.
3. ВОЗ. Центр СМИ. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень № 311. – 2015.
4. Мельниченко Г.А. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика / Г.А. Мельниченко, Т.И. Ромашова // - М: Медицинское информационное агентство.
5. Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Ефимов О.И. Абдоминальное ожирение: клинико-социальные аспекты проблемы / В.Б. Гриневич, Ю.А. Кравчук, О.И. Ефимов // Фармотека. – 2012. - № 16. - С. 29-34.

*Гулзода М.К., Абдуллозода С.М.*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

**Актуальность.** В большинстве развитых стран Европы ожирением страдает от 15 до 25% взрослого населения. В последнее время во всем мире наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков: в развитых странах мира 25% подростков имеют избыточную массу тела, а 15% страдают ожирением [1, 2].

В Таджикистане принята «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания на 2019-2024 годы». По данным исследования Минздрава Таджикистана, которое вышло в октябре 2019 года, 17% населения Таджикистана имеют избыточный вес и 11,3% страдают от ожирения. Кроме того, ожирение было выявлено почти у 5% детей школьного возраста. Агентство по статистике Таджикистана утверждает, что жители страны часто пере едают, употребляя 2617 килокалорий на одного члена домохозяйства в стране. Это немного выше нормы, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [3].

Но при этом ВОЗ в своих исследованиях ранее отмечала, что жители страны по сравнению с жителями других бывших советских республик меньше всего страдают от ожирения, а Международный исследовательский институт продовольственной политики в 2016 году назвал Таджикистан самой "голодающей" страной на постсоветском пространстве, где хронически недоедают около 33% населения [3].

В Минздраве Таджикистана считают, что жители страны едят слишком много мучных продуктов и сладостей. По данным Статагентства республики, хлебные продукты в разные годы составляли от 36,5% (2012 год) до 28% в пищевом рационе жителей страны. Особенно уязвимы к набору лишнего веса женщины-домохозяйки: сегодня более 7% женщин детородного возраста в Таджикистане страдают ожирением, а до 42% имеют лишний вес [4, 5].

Для эффективной разработки и проведения профилактических программ необходима точная информация о распространенности патологии в конкретном регионе и группах населения республики.

**Цель исследования.** Оценить реальную картину и эпидемиологическую ситуацию по распространённости избыточной массы тела и ожирения в регионах Республики Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования были ретроспективные и оперативные данные медицинской документации терапевтических и эндокринологических клиник г. Душанбе за 2010–2020 гг. Эпидемиологические исследования ожирения и избыточной массы тела (ИМТ) проводили на базе кафедры эпидемиологии и Центральной научно-исследовательской лаборатории ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Провели разносторонний анализ данной патологии в различных регионах республики среди возрастной категории 14-65 лет. Минимальный возраст составил 14 лет, максимальный - 65 лет. Измерена толщина подкожного преперитонеального жира, вычислен индекс жира брюшной стенки. Толщина подкожного жира (ПЖ) определялась расстоянием между передней поверхностью белой линии живота и передней поверхностью белой линии живота и границей между жиром и кожей, преперитонеального жира (ППЖ) – расстоянием между задней поверхностью белой линии живота и передней поверхностью печени. Индекс жира брюшной стенки (ИЖБС) рассчитывался как отношение максимальной толщины ППЖ к минимальной толщине ПЖ. Индекс массы тела (ИМТ) оценивался как отношение массы тела в килограммах к квадрату линейного роста в метрах. Определяли ожирение, характеризующееся избыточным содержанием жировой ткани в организме, что составляет 25% и более от массы тела (МТ), а индекс массы тела (ИМТ) – более 25 кг/м<sup>2</sup>. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Microsoft Excel 2007.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Данные о распространенности ожирения в Республике Таджикистан достаточно скудны и неоднородны, отсутствует точная информация о распространенности избыточной массы тела - состояния, предшествующего ожирению. Эффективность лечения ожирения на практике остается низкой: в 95% случаев не удается на длительное время снизить массу тела, а большинство пациентов возвращается к исходному весу в течение года. Это связано с отсутствием системного подхода к этой проблеме и четких алгоритмов лечения. Длительное голодание, кратковременные диеты, биологически активные добавки к пище приводят не только к кратковременному снижению веса, но и последующему резкому его увеличению и развитию серьезных нарушений в состоянии здоровья. Существующая в настоящее время система организации медицинской помощи больным ожирением, включающая предварительную запись к эндокринологу, дефицит специалистов и времени на врачебном приеме, приводит к снижению доступности помощи и способствует низкой эффективности лечения.

Исследования эпидемиологии избыточной массы тела и ожирения проводились очень широко и их результаты практически повсеместно были весьма неутешительны. Во многих регионах республики за последние пять лет заболеваемость ожирением увеличилась в среднем в два раза, однако распространённость его в разных регионах неодинакова. Проведенный анализ по регионам республики показал, что в районах республиканского подчинения (РРП) более половины взрослого населения в возрасте 35-65 лет имеют избыточную МТ (ИМТ выше 25 кг/м<sup>2</sup>) или ожирение (ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup>). Лидером в распространённости данной проблемы является Согдийская область. Избыточную МТ в северной части республики имеют более половины населения - 50%. Этим заболеванием страдают 35% женщин и 31% мужчин старше 30 лет, а также 25% детей и подростков. В южной части республики цифры распространения хотя и меньше, чем в северной, но тоже внушительные. Так, в Хатлонской области 37% мужчин и 24% женщин имеют индекс МТ от 25 до 30 кг/м<sup>2</sup>. Что касается зависимости частоты ожирения от пола, то практически повсеместно женщины болеют или чаще мужчин, или, во всяком случае, не реже. У женщин частота и степень выраженности ожирения отчетливо коррелирует с количеством имеющихся у них детей. Особенно уязвимы к набору лишнего веса женщины-домохозяйки: сегодня более 7% женщин детородного возраста в Таджикистане страдают ожирением, а до 42% имеют лишний вес. Матери взрослых детей в Таджикистане нередко освобождены от повседневного труда, поскольку всю работу по дому выполняют невестки или выросшие дочери. И в итоге недостаток физической нагрузки и питание с большим количеством мучного приводят к полноте и даже ожирению. Как у мужчин, так и у женщин рост заболеваемости ожирением достигает к 45-55 годам. В пожилом и старческом возрасте частота ожирения снижается. Настораживает и тот факт, что около 15% молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет также имеют избыточную МТ. Повсеместно наблюдается рост ожирения у детей и подростков. В Согдийской области – 15%, в Хатлонской области – 9%, в РРП – 12-14%, в ГБАО – 7%. Ожирение чаще встречается у жителей крупных городов, чем в сельской местности. Данная зависимость обусловлена условиями трудовой деятельности. Труд в сельской местности обычно требует больших расходов энергии, чем в городах. В возрастной группе старше 50 лет у 50% больных ожирением повышено артериальное давление, у 50% имеется клиника атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС), а у 30% - признаки сахарного диабета II типа.

**Выводы.** Таким образом, количество людей, страдающих избыточным весом и ожирением увеличивается с каждым годом. Тщательное изучение эпидемиологической ситуации по распространённости избыточной массы тела и ожирения указывает на целесообразность проведения дальнейших исследований, что позволит предупредить риск развития сердечно-сосудистых и других заболеваний, снизить степень тяжести течения болезни, повысить качество жизни пациентов, страдающих избыточной МТ и ожирением. Необходимо совершенствовать оказание медицинской помощи пациентам с ожирением и избыточной массой тела в регионах республики, которая обусловлена высокой их частотой среди различных социальных групп населения и наличием факторов риска развития ожирения. До сих пор не разработана модель амбулаторно-поликлинической помощи населению с избыточным весом. Эффективность во многом определяется уровнем знаний медицинских работников в области рационального питания, использования физических упражнений, умением повлиять на поведение пациентов, вырабатывая и поддерживая мотивацию к здоровому образу жизни.

#### **Список литературы:**

1. Аметов А.С. Ожирение - эпидемия XXI века / А.С. Аметов // Терапевт. арх. - 2012. - №10. - С. 5-7.
2. Prevalence, Pathophysiology, Health Consequences and Treatment Options of Obesity in the Elderly: A Guideline / Mathus-Vliegen [et al.] // Obes Facts. - 2012. - № 5. - P. 460-483.
3. Отчет по ежегодному обзору реализации Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 гг. – Душанбе. - 2012. – 64 с.
4. Назирова Н.К. Результаты скрининга на выявление артериальной гипертензии в Городском центре здоровья №1 г. Душанбе / Н.К. Назирова // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2011. – №3. – С. 30-34.
5. Нозиров Дж.Х. Динамика гиподинамии как фактор риска ишемической болезни сердца среди сельских жителей Вахдата / Дж.Х. Нозиров, А.Р. Нарзуллаева, Ш.М. Джураев // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2013. – №2. – С. 80-81.

*Гулов М.К., Достиев У.А., Каримов М.А.*

### **ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКИ - РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА**

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии  
ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Ишемия и реперфузионное повреждение неизбежны при трансплантации почки и являются одним из наиболее важных механизмов отсутствия или задержки функции сразу после трансплантации [1, 2, 3]. Этот процесс сопровождается провоспалительным ответом и связан с острым отторжением из-за повышенной иммуногенности, а также благоприятствующей отторжению, опосредованному Т-клетками, антителами [4,5]. Отсроченная функция трансплантата после трансплантации почки влияет на долгосрочную функцию и выживаемость трансплантата и считается проявлением ишемического реперфузионного повреждения и иммунологических нарушений.

**Цель исследования.** Улучшение результатов трансплантации почки путем диагностики ишемически-реперфузионного повреждения почечного трансплантата на этапе имплантации к реципиенту при трансплантации почки от живого родственного донора.

**Материал и методы исследования.** Данное исследование основано на ретроспективном анализе результатов трансплантации у 30 реципиентов почек, проведенном в ННЦТО и ТЧ МЗ и СЗН РТ. Нами разработан способ



оценки донорской почки на этапе имплантации реципиенту. Техника способа включает следующие этапы при эксплантации почки от живого родственного донора. При эксплантации на этапе донорской нефрэктомии от живого родственного донора мы сохраняли гонадную вену для оценки постреперфузионных изменений и иммунологических изменений в донорском органе (рис 1.)

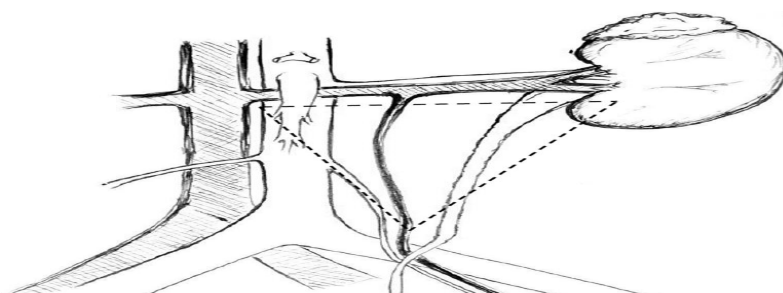


Рисунок 1.- Этап эксплантации донорской почки с сохранением гонадной вены

Далее на этапе имплантации донорской почки после включения её в кровоток после реперфузии органа мы забирали из гонадной вены 10 мл венозной крови для её оценки (рис.2).

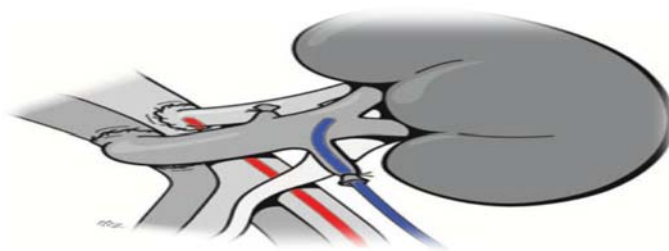


Рисунок 2- Этап имплантации донорской почки реципиенту с канолированной гонадной веной для забора венозной крови после реперфузии трансплантата

30 донорам выполнена открытая нефрэктомия. Для холодовой перфузии и хранения почек использовали раствор Custodiol®НТК (Tramedico, Weesp, Нидерланды). Средний период холодовой ишемии составил  $177 \pm 17$  мин. После имплантации трансплантата в сохраненную гонадную вену был введен катетер размером 5 Fr. Кровь забирали через 30 с, 1 мин, 3 мин, 5 мин, 10 мин, 20 мин и 30 мин после реперфузии. Парные образцы артериальной крови получали через 0, 3, 5, 10, 20 и 30 мин после реперфузии почки из артерии для сравнения. Для выявления артериовенозной разницы проб крови проводили анализ газов крови артериальной и венозной аппаратом КИЦС (ABL 80, Radiometer (Дания). Статистическая обработка материала проводилась при помощи парного t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами изучены артериальные и венозные почечные концентрации IL-6 в плазме крови после реперфузии трансплантата. Цитокиновый ответ после реперфузии определялся местным высвобождением IL-6. Уровни IL-6 были значительно повышены в крови из почечной вены ( $p < 0,001$ ), достигая пика сразу после реперфузии. Высвобождение IL-6 было специфическим для ИРП, поскольку контрольные измерения в неишемической почке у доноров не показали разницы в уровнях IL-6. Это указывает на то, что высвобождение IL-6 не является следствием манипуляции с почкой во время операции или реакцией на анестетики (таблица 1).

Таблица 1 - Концентрации IL-6 нг\л в ОАК и почечной вене реперфузированной почки в течение первых 30 минут

Время после реперфузии	А\кровь n=30	В\кровь n=30	А\В разница %	p
30 сек	2,02±0,1	28,0±0,4	7.21%	<0,001
1мин	3,5±0,1	19,6±0,3	17.86%	<0,001
3мин	4,2±0,11	18,2±0,3	23.08%	<0,001
5 мин	6,1±0,12	18,9±0,3	33.52%	<0,001
10 мин	7,5±0,15	27,5±0,4	27.27%	<0,001
20 мин	10,0±0,2	35,0±0,45	28.57%	<0,001
30 мин	18,1±0,3	41,2±0,5	43.93%	<0,001

**Примечание:** сравнение при помощи парного t-критерия Стьюдента

При анализе по концентрации IL-6 по ОАК и почечной вене реперфузированного трансплантата с отсроченной функцией видно, что с увеличением времени после реперфузии растет концентрация IL-6 в крови от почечной вены трансплантата и концу 30 минуты после реперфузии достигает концентрации  $41,2 \pm 0,5$ , при этом артериовенозная разница сокращается и составляла 43.93% ( $p < 0,001$ ), что статистически было значимо.

Так, при исследовании по концентрации IL-6 на 30 секунде после реперфузии в А\крови концентрация составляла  $2,02 \pm 0,1$  нг\л, а венозной  $28,0 \pm 0,4$  нг\л, при этом А\В разница составила 7.21% ( $p < 0,001$ ). Исследование по концентрации IL-6 на 1 минуте после реперфузии показало, что концентрация в А\крови составляла  $3,5 \pm 0,1$  нг\л, а

венозной  $19,6 \pm 0,3$  нг/л, при этом А\В разница составила 17.86% ( $p < 0,001$ ). На 3 минуте А\кровь концентрация составляла  $4,2 \pm 0,11$  нг/л, а венозной  $18,2 \pm 0,3$  нг/л, при этом А\В разница составила 23.08% ( $p < 0,001$ ). На 5 минуте А\крови концентрация составляла  $6,1 \pm 0,12$  нг/л, а венозной  $18,9 \pm 0,3$  нг/л, при этом А\В разница составила 33.52% ( $p < 0,001$ ). На 10 минуте в А\крови концентрация составляла  $7,5 \pm 0,15$  нг/л, а венозной  $27,5 \pm 0,4$  нг/л, при этом А\В разница составила 27.27% ( $p < 0,001$ ). На 20 минуте А\крови концентрация составляла  $10,0 \pm 0,2$  нг/л, а венозной  $35,0 \pm 0,45$  нг/л, при этом А\В разница составила 28.57% ( $p < 0,001$ ).

Далее мы выявили ещё один маркер, влияющий на отсроченную функцию почечного трансплантата при ишемически-реперфузионном синдроме. Этим маркером оказалось потребление кислорода почечным трансплантатом. Известно, что кислород почка расходует в двое больше, чем другая ткань, для реабсорбции натрия. При ишемически-реперфузионном синдроме, когда почка неспособна усваивать кислород вследствие нарушения реабсорбции натрия из крови и перехода с анаэробного метаболизма в аэробный, следовательно, разница по концентрации кислорода в артериальной и венозной крови должна оставаться минимальной, что говорит о нарушении процесса аэробного пути метаболизма.

С целью выяснить это мы использовали анализатор газов крови и КЩС для анализа  $PCO_2$ ,  $PO_2$ , pH, и избытка основания  $HCO_3^-$  - для расчета кислотно-основного гомеостаза. Потребление кислорода почечной тканью рассчитывали по формуле  $(PO_2 \text{ (артериальный)} - PO_2 \text{ (венозный)}) \times A\text{В} \text{ разницу/г}$  (таблица 2).

Таблица 2.- Потребление кислорода почечной тканью перфузированной почки в течение первых 30 минут

Время реперфузии	А\кровь	В\кровь	P
1 мин	$33,9 \pm 16,1$	$31,9 \pm 15,1$	$>0,001$
5 мин	$33,9 \pm 16,1$	$30,9 \pm 14,8$	$>0,001$
20 мин	$33,9 \pm 16,1$	$32,1 \pm 15,9$	$>0,001$
30 мин	$33,9 \pm 16,1$	$31,1 \pm 17,2$	$>0,001$

**Примечание:** сравнение при помощи парного t-критерия Стьюдента

Данные таблицы показывают, что потребление кислорода почечной тканью реперфузированной почки с ишемически-реперфузионном синдромом от начала 1 минуты реперфузии к 30 минуте значительно не менялось и составляло в среднем по артериовенозной разнице 5,23%.

**Выводы.** Таким образом, важными маркерами отсроченной функции почечного трансплантата для ранней диагностики можно считать потребление кислорода почечной тканью реперфузированной почки и концентрацию IL-6 в венозной крови, полученной из гонадной вены почечного трансплантата.

#### Список литературы

1. Ischaemic accumulation of succinate controls reperfusion injury through mitochondrial ROS. Nature.-2014.-Vol 515.-P. 431–435.
2. Mitochondria are the powerhouses of immunity / E.L. Mills, B. Kelly, L.A. O’Neill // Nat. Immunol.-2017.-Vol 18.-P. 488–498.
3. Circulating mitochondrial DAMPs cause inflammatory responses to injury / Q. Zhang [et al] // Nature.-2010.-Vol 464.-P.104–107.
4. Emerging role of damage-associated molecular patterns derived from mitochondria in inflammation / D.V. Krysko [et al] // Trends Immunol. -2011.-Vol 32.-P.157–164.
5. DAMPs activating innate immune responses in sepsis. / J.W. Kang [et al] // Ageing Res. Rev.-2014.-Vol 24.-P.54–65.

*Гуломов З.С., Симбирцев А.С.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ НОСОВЫХ ХОДОВ ПОСЛЕ ИММУНОТЕРАПИИ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Таджикистан  
ГНЦ Санкт-Петербургский НИИ особо чистых биопрепаратов  
Санкт-Петербург. Россия

**Актуальность.** В последние годы наблюдается неуклонный рост числа хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Значительное внимание уделяется вопросам рациональной терапии заболеваний верхних дыхательных путей [4].

Актуальность проблемы иммунокорректирующей терапии в данной патологии обусловлена бурным ростом возбудителей, обладающих множественной резистентностью к антибактериальным средствам, а также усилением агрессивности условно патогенной флоры [1,2,4]. Однако заболеть можно и в случае, когда организм не располагает достаточными силами сопротивляться инфекции, т.е. при недостаточном иммунном ответе. Дело в том, что здоровый человек хорошо защищен от вирусных инфекций своей иммунной системой, и, прежде всего, системой интерферона [2,3].

Препарат «Бестим» представляет собой дипептид  $\gamma$ -D-Glu-L-Trp, полученный методом химического синтеза и очищенный до гомогенности с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии. Структура препарата запатентована (Патент РФ № 2091389). Препарат оригинален и не имеет аналогов за рубежом [1,3].

**Цель исследования.** Изучить клинико-иммунологический эффект и проходимость носовых ходов после иммунотерапии.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 150 больных с хроническим гнойным риносинуситом в возрасте от 20 до 70 лет, которые получали препарат «Бесйтим». Из них 60 мужчин и 90 женщин. Продолжительность заболевания составляла не менее 3 лет.



Способ применения и дозы:

Курс лечения (ХГРС) состоял из 3 процедур. Препарат «Бестим» получали по одной таблетке три раза в день в течение 8 дней.

Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц молодого и среднего возраста (от 17 до 47 лет), не предъявлявших субъективных жалоб и у которых при объективном обследовании отсутствовали признаки соматической и ЛОР патологии, а также симптомы острого или хронического воспаления.

Методы обследования пациентов: сбор анамнеза жизни, анамнеза заболевания, риноскопическое и эндоскопическое исследование, рентгенография околоносовых пазух.

Риноскопическое исследование при первичном обращении показало наличие выраженных признаков воспаления, отек, гиперемия, заложенность носа с наличием слизистых выделений в среднем и нижнем носовых ходах, гиперемии слизистой оболочки носа, ринорею.

Основным инструментальным методом доступа к верхнечелюстной пазухе у всех пациентов служили пункции верхнечелюстных пазух при помощи иглы Куликовского. После эвакуации содержимого околоносовых пазух проводили их промывание физиологическим раствором с целью получения смыва для иммунологического исследования.

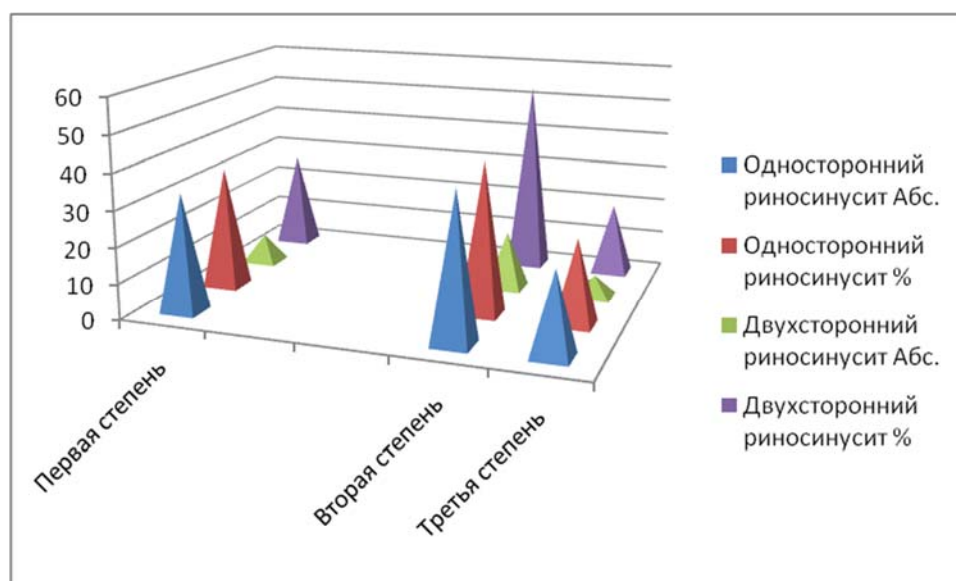
Мы использовали в своей работе риноманометр «АТМОС-200» (Германия), позволяющий производить активную переднюю ринорезистометрию, при этом оценивается давление в полости носа и скорость воздушного потока, а далее рассчитывается аэродинамическое сопротивление носа.

Полученную при пункции или синус-катетеризации верхнечелюстной пазухи клеточную взвесь ресуспендировали в 0,9% растворе NaCl и затем дважды отмывали центрифугированием 10 мин при ускорении 400g стерильным 0,9% раствором NaCl.

При проведении цитологического исследования учитывали относительное количество нейтрофилов, лимфоцитов, макрофагов, клеток эпителия на препаратах.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенные клинические исследования показали, что у всех больных нивелировалась заложенность носа, прекратились выделения из носа, гиперемия, а также восстановилась проходимость носовых ходов. Иммунологические наблюдения показали, что в группе больных, где применялся препарат «Бестим», показатели стали существенно лучше - повысилось число Т-клеток, нормализовалась бактерицидная функция нейтрофилов, улучшились показатели клеточного иммунитета и цитокинов, уменьшилось выраженность симптомов интоксикации и клинических симптомов.

Положительная клиническая динамика коррелировала с показателями функционального состояния воздухопроводящих путей пролеченных больных. Проведенное нами риноманометрическое исследование в первые двое суток показало, что на стороне поражения у всех больных среднее аэродинамическое суммарное сопротивление носа было резко повышено. Наиболее часто встречалась 2-я степень (42,3%) снижения проходимости носовых ходов, на втором месте по частоте у больных с односторонним процессом – 1-я степень (34%) на стороне пораженной пазухи, а 3-я степень составляла 23,7% больных с повышением среднего аэродинамического сопротивления носа. При двухстороннем процессе по частоте поражения первое место занимает 2-я степень тяжести, что составляет 53,3% обследованных нами больных, 1-я степень поражения по частоте занимает второе место, что составляет 26,7%, а 3-я степень поражения составляет 20% (рис.1).



**Рис.1** Распределение больных острым риносинуситом по степеням нарушения среднего аэродинамического сопротивления носа в зависимости от распространенности процесса.

Первичное риноманометрическое исследование показало, что на стороне поражения у всех больных суммарное аэродинамическое сопротивление носа было значительно повышено с преобладанием 1 и 2 степеней нарушения как при одностороннем, так и при двухстороннем процессе.

При поражении верхнечелюстных пазух, независимо от тяжести, наблюдалась тенденция улучшения проходимости носовых ходов у всех больных. Среди больных, получавших Бестим, исследование аэродинамического сопротивления носа после курса лечения обнаружило преобладание 1 степени нарушений при одностороннем и двустороннем процессах.

В группе больных, получавших традиционную терапию, по окончании лечения преобладала 2 степень нарушения у больных с двухсторонним поражением (53,3%), при одностороннем поражении 1 степень нарушений аэродинамического сопротивления носа наблюдалась только у 43,3%.

Нужно отметить, что препарат «Бестим» применяли только у тех больных, у которых традиционные способы лечения не приносили ожидаемого результата. Такие больные имели в анамнезе частые обострения заболевания, многократно лечились амбулаторно, либо в стационарах, в том числе с использованием антибиотиков различного спектра действия.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования проходимости носовых ходов непосредственно после курса лечения в группе, получившей бестим, были значительно выше, чем после традиционной терапии больных с острым риносинуситом, а также наблюдается прогрессивная положительная динамика как клинических, так и иммунологических показателей.

#### **Список литературы.**

1. Абрамова Н.Н., Симбирцев А.С., Долгушин И.И. Влияние Бестима и Беталейкина на иммунный статус больных с вторичными иммунодефицитными состояниями при вакцинации против вирусного гепатита В // Цитокины и воспаление. -2004.-Т.3.-№4.-С.29-35
2. Волков А.Г. Трофименко С.Л. Клинические проявления вторичного иммунодефицита при заболеваниях ЛОР органов/ А.Г. Волков, С.Л. Трофименко.-М.: Джангар,2007.-174с.
3. Пигарева Н.В., Симбирцев А.С., Колобов А.А., Калинина Н.М., Кауров О.А., Кетлинский С.А. Изучение иммуномодулирующей активности нового пептидного соединения бестима // Иммунология. - 2000.-№1.-С.33-35
4. Рязанцев С.В., Кочеровец В.И. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов // Метод. рекомендации – СПб ,2010. 36с.

*Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Давлатов Дж.Ё., Абдуллоев З.Ф.*

### **ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**

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

**Актуальность.** За последние годы нерешённые социально-экономические и санитарно-эпидемиологические вопросы делают проблему эхинококкоза печени весьма актуальной. Несвоевременная диагностика и увеличение числа больных с эхинококкозом печени приводят к наибольшему количеству специфических осложнений 12,5 % [3,5], которые усугубляют тяжесть течения этого паразитарного заболевания и становятся причинами неудовлетворительных результатов лечения. Одной из негативных сторон эхинококкоза является рецидив заболевания, частота которого по данным разных авторов, варьирует от 3,3 до 54% случаев [1,3] и затрудняет выполнение радикальных оперативных вмешательств на фоне массивного спаечного процесса. Послеоперационные осложнения в виде кровотечения, желчеистечения с развитием желчного перитонита, нагноение остаточной полости, образования желчных свищей и механическая желтуха встречаются довольно часто [2,4], достигая до 9,64 %, требуя повторных хирургических вмешательств. В связи с этим поиск путей профилактики послеоперационных осложнений является актуальной проблемой в современной гепатохирургии.

**Цель исследования.** Разработка методов профилактики послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени.

**Материал и методы исследования.** За период с 2016-2020 гг. в хирургических отделениях ГУ ГЦ СМП города Душанбе лечились 224 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 75 лет. Основная масса больных были люди в возрасте до 40 лет - 182 (81,3%). От 40 до 60 лет 191 (85,2%) больных. Пациенты старше 60 лет всего составили -24 (10,7%) больных. Мужчин было - 81 (36,1%), женщин- 143 (63,8%). По данным УЗИ колебались от 3,0 до 27,0 см. Локализация в правой доле встречалась – у 141 (63,0 %), в левой доле – у 62 (27,7%). Поражение правой и левой доли печени – у 21 (9,3%) больных. Частота осложнений эхинококкоза печени по нашим данным встречалось у 9 больных , что составило 4,0%. Следует отметить, что 2 пациента поступили с множественным эхинококкозом органов брюшной полости, осложнившейся абдоминальным компартмент синдромом.

При поступлении всем больным проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ. При этом информативность УЗИ достигла до 97 % случаев. МРТ и КТ использовалась лишь в 20 случаях с целью дифференциальной диагностики эхинококкоза с другими очаговыми поражениями печени.

В большинстве случаев больным была выполнена открытая эхинококкэктомия - 91 (40,6 %). Закрытая эхинококкэктомии у 35(15,6%) больных с живым эхинококком. Различные варианты перицистэктомии выполнены у 38 (16,9%) больных. Идеальная эхинококкэктомия без вскрытия стенки фиброзной капсулы была выполнена в 28 (12,3%) случаях. При краевых локализациях эхинококковых кист у 10 (4,5%) больных были выполнены атипичные варианты резекции печени, правосторонняя гемигепатэктомия - в 5 (2,3%) случаях, при наличии множественных кист, занимающих ту или иную анатомическую зону.

Эхинококкэктомия из печени и других органов выполнена у 16 (7,4%) больных (табл.1). После открытой эхинококкэктомии умерло 3 (0,4%) пациента от острой сердечно-сосудистой недостаточности, инфаркта миокарда. Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 13,4±3,1 дней.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Специфические послеоперационные осложнения после эхинококкэктомии встречались у 31 (13,7%) больных. Осложнения в виде нагноения остаточной полости встречались у –

19 (8,5%) больных. Кровотечение в брюшную полость у 2 (0,9%) больных. Следует отметить, что осложнение в виде кровотечения, в основном случаев встречались при различных вариантах перицистэктомии, а так же при использовании радикальных методов эхинококкэктомии. Желчеистечение в брюшную полость было обнаружено у 2 (0,9%) больных, желчные и гнойные свищи у 7 (3,1%) больного.

Таблица 1

**Распределение больных по характеру оперативного вмешательства**

Виды операции	Количество	%
Открытая эхинококкэктомия	91	40,6
Закрытая эхинококкэктомия	35	15,6
Перицистэктомия	38	16,9
Идеальная эхинококкэктомия	28	12,5
Резекция печени	16	7,2
Эхинококкэктомия из печени и других органов брюшной полости	16	7,2
Всего	224	100

Желчные свищи в стенке фиброзной капсулы, в основном были обнаружены во время операции и ликвидированы наложением П-образных швов, с дополнительной аппликацией пластиной «Тахокомба». В 5 случаях при ревизии остаточной полости желчные свищи не были обнаружены. Однако на 5-е сутки послеоперационного периода по дренажной трубке выявили наличие желчи. В связи с этим, в дальнейшем во всех случаях с целью профилактики желчеистечения в свободную брюшную полость, при открытых вариантах эхинококкэктомии, края фиброзной капсулы были герметично ушиты до дренажной трубки. Данный способ нами использован у 21 больного, среди них случаи желчеистечения в брюшную полость не наблюдалось. Такую тактику особенно соблюдали в случаях, когда при отсутствии желчного свища отмечалось незначительное пятно желтого цвета на стенке хитиновой оболочки.

Кроме того, с целью снижения частоты нагноения остаточных полостей, после открытых способов эхинококкэктомии, полость фиброзной капсулы дополнительно дренирована микроирригатором и выведена через дополнительный разрез. В последующем, после удаления основной трубки, микроирригатор был использован с целью санации, аспирации и дренирования полости, затем был удален после полной ликвидации остаточной полости под контролем УЗИ. Этот способ позволил нам резко снизить нагноение остаточных полостей при открытом способе эхинококкэктомии.

Продолжительность амбулаторного наблюдения длилась до 1 месяца. С целью профилактики рецидива заболевания у всех больных после открытой и закрытой эхинококкэктомии в качестве гермицидного препарата для обработки полости кисты использовали 10% раствор бетадина с 10-минутной экспозицией, а в послеоперационном периоде в течение месяца назначали курс химиотерапии с использованием Альбендазола и Мебендазола. Схему лечения подбирали индивидуально с учетом рекомендации Института паразитологии и тропической медицины им. У.И. Марциновского Российской Федерации. С целью предупреждения паренхиматозного кровотечения после радикальных методов эхинококкэктомии нами интраоперационно использован гемостатический препарат «Гемостоп» в виде порошка. После тщательной перевязки трубчатых структур нами порошок был нанесен на раневую поверхность печени у 16 пациентов.

**Вывод.** Таким образом, разработанные нами субоперационные способы профилактики, позволяют снизить послеоперационные осложнения, улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

**Список литературы**

1. Диагностика и лечение нагноившегося эхинококкоза печени / К.М. Курбонов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2011. - С.62-63.
2. Эхинококкоз печени – перицистэктомия или эхинококкэктомия: Материалы XXIII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Актуальные проблемы / Г.В. Павлюк [и др.] // *Хирургия. Восточная Европа*. - 2016. - С.305-306.
3. Adjuvant therapy in the treatment of complication following surgery for hepatic echinococcal cysts / M.C. Haddad [et al.] // *Cardiovasc. Intervent Radiol*. - 2016. - Vol.23, №5. - P. 406-409.
4. Agaoglu N. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver / N. Agaoglu, S. Turkyilmaz, M.K. Arslan // *Br.J.Surg*. - 2013. - Vol.90, №12. - P.1536-1541.
5. Al Karawi M.A. Advances in diagnosis and management of hydatid disease / M.A.Al Karawi, A.R. Ei-Shiekh, M.I.Yasawy // *Hepato-gastroenterol*. - 2010. -Vol.37, №3. - P.327-331.

*Гулианова С.Ф., Исмоилов С.С.*

**РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

«Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Актуальность.** Трансплантация печени в настоящее время является единственным радикальным методом лечения пациентов с терминальными стадиями хронических диффузных заболеваний, врожденных аномалий и не-

которых злокачественных заболеваний печени. Выживаемость пациентов после пересадки печени более 10 лет, варьирует от 50 до 70%, госпитальная летальность не превышает 3-7% [1]. Наибольшим клиническим опытом по родственной трансплантации левого латерального сектора печени располагают клиники в Киото и Токио (Япония), где родственная трансплантация успешно развивается как практически единственно возможный вариант органной трансплантации [2,3].

В наши дни, когда трансплантация органов вошла в клиническую практику систем здравоохранения многих стран мира вопрос дефицита донорских органов стоит чрезвычайно остро. По данным различных клиник Европы и США, летальность больных в период ожидания трансплантации печени составляет от 4 до 11%. При этом летальность пациентов с малыми антропометрическими параметрами, особенно детей, возрастает до 40% [4].

Пересадка реципиенту части печени от живого донора, чаще родственника, в настоящее время занимает все более прочные позиции в лечении целого ряда врожденных и приобретенных заболеваний печени. Важным принципом получения органов от живых родственных доноров, в частности печени, является обеспечение безопасности оперативного вмешательства у донора, что требует адекватной оценки риска операции, включающей в себя изучение состояния его здоровья и анатомических особенностей. Подходы к решению о пригодности живого родственного донора части печени различны и должны быть основаны на исключении нанесения вреда донору. В то же время полученный трансплантат должен отвечать требованиям реципиента. В противном случае донор будет подвергнут бессмысленному риску.

**Цель исследования** - разработка критериев отбора родственных доноров при трансплантации печени и принципов, определяющих хирургическую тактику донорской операции.

**Материал и методы исследования.** В Республике Таджикистан с использованием современных медицинских технологий и мультидисциплинарного подхода стало возможным оказание высокотехнологической медицинской помощи в виде трансплантации печени больным, которые ранее были обречены на тяжелую инвалидизацию и неминуемый летальный исход. Первая родственная трансплантация печени была выполнена в 2012 году были, подготовлены специалисты и приобретены необходимые технические оснащения, и в конце 2014 года были проведены две родственные трансплантации печени взрослая и детская. Далее были выполнены 76 родственных пересадок печени с 2014 - октябрь 2020гг., по поводу различных патологий печени с терминальной стадией печеночной недостаточности. Возраст пациентов составлял от 12 месяцев до 55 лет. Пациентов мужского пола было 42, женского 34. Масса тела реципиентов составляла от 9 кг до 68 кг.

Основными заболеваниями печени, приведшими к развитию терминальной печеночной недостаточности явились: Цирроз печени вирусной этиологии (HBV+HDV, HCV), в стадии декомпенсации, Гепатопортальный склероз, Синдром Алажиля, Болезнь Байлера, Альвеококкоз печени, Фульминантная печеночная недостаточность неясной этиологии.

Основным принципом использования родственных доноров для трансплантации части печени является получение жизнеспособного достаточного по массе фрагмента печени без ущерба для здоровья родственного донора. Ведущими диагностическими методиками, обеспечивающими оценку будущего трансплантата, являются комплексное УЗИ, МРТ холангиография, СКТ с внутривенным контрастированием с исследованием портальной, артериальной и венозной фазы и морфологическое исследование биоптата печени донора. Математический метод предоперационной оценки массы трансплантата представляется достаточно точным, выгодно отличаясь при этом от других методов своей абсолютной не инвазивностью. Выбор типа оперативного вмешательства в каждом случае должен основываться на предполагаемой расчётной массе трансплантата, необходимой для реципиента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 76 пациентов специфические осложнения (тромбоз печёночной артерии) с летальным исходом на 3 сутки отмечен в одном случае. Неспецифические осложнения в 2 (пневмония) наблюдениях. У одной больной несостоятельность гепато-холедохоанастомоза, была проведена повторная операция через месяц, с наложением гепато-юно-анастомоз по методике Ру. У трёх больных наблюдался желчный свищ который восстановился консервативными методами. Анатомические особенности кровоснабжения печени влияют на возможность использования в качестве трансплантата различных частей органа, и должны учитываться с целью исключения возможных осложнений у доноров, связанных с компрометацией кровоснабжения остающейся части печени.

С целью минимизации риска операции у донора и реципиента, варианты сосудистой архитектоники печени, такие как:

- малый диаметр (менее 2 мм) артерии, питающей предполагаемый трансплантат);
- трифуркацию ствола воротной вены я рассыпной тип строения воротной вены (отсутствие выраженных долевых ветвей);
- итрапаренхиматозное отхождение портальной ветви к одной из долей печени от портальной ветви доли, планируемой к использованию в качестве трансплантата; следует считать непригодными.

В целом основные преимущества родственной трансплантации печени:

- 1) ликвидация проблемы ожидания подходящей донорской печени у большинства больных
- 2) лучшая тканевая совместимость;
- 3) снижение дозы иммуносупрессантов;
- 4) уменьшение времени холодовой ишемии трансплантата;
- 5) возможность отбора или подготовки донорской печени в относительно короткие сроки.

Безусловно, пересадка печени от живого донора является самым сложным видом трансплантации печени, в том числе по сравнению с пересадкой частей трупной печени, требующая, наравне с владением навыками сосудистого шва, серьезного опыта в хирургии печени.

Основным контингентом, которому выполняют трансплантацию печени, являются больные циррозом печени различной этиологии. В связи с этим актуальным является вопрос об определении наиболее благоприятного момента для выполнения операции. Худшие результаты получены после операций по поводу декомпенсированных циррозов. Для определения оптимального срока пересадки печени используют стадирование цирроза печени по Чайлд-Пью, шкалу учёта степени срочности потребности в пересадке печени UNOS, оценку ожидаемой летальности во время нахождения в списке ожидания по шкале MELD (Model for End-Stage Liver Disease).

**Выводы.** Несмотря на довольно частое возникновение билиарных осложнений, в частности являющихся поводом для повторных операций у реципиентов правой доли печени от родственного донора, исходное идеальное качество трансплантата обеспечивает его хорошую функцию и реальность выздоровления реципиента с дальнейшим хорошим качеством жизни, о чем свидетельствуют все наши наблюдения. Безопасность донора является приоритетным аспектом. Характеристики донора в первую очередь определяют исход операции, как у самого донора, так и у реципиента.

#### **Список литературы:**

1. Song A.T. et al. Liver transplantation: Fifty years of experience // World J. Gastroenterol. - 2014. - Vol. 20 (18). - P. 5363-5374.
2. Готье С.В. Трансплантация печени / С.В. Готье, Б.А. Константинов, О.М. Цирульникова // М.: Медицинское информационное агентство, 2008. - 296 с.
3. Трансплантация органов и тканей в многопрофильном научном центре/ Под ред. М. Ш. Хубутия. - М: АирАрт, - 2011. - 420 с.
4. Murray K. F. AASLD practice guidelines: Evaluation of the patient for liver transplantation / K. F. Murray, R. L. Carithers // Hepatology. - 2005. - № 41, - P. 1407-32.
5. Bussutil R. W. Transplantation of the liver – Philadelphia: / R. W. Bussutil, G. K. Klintmalm //Elsevier Saunders. -2005. - P. 1485

*Давлатов Дж. Ё., Сайдалиев Ш.Ш., Ахтамов А.Н., Зухуров Х.Д.*

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**

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

**Актуальность.** Эхинококкоз печени (ЭП) до сих пор остаётся весьма распространённым паразитарным заболеванием человека, особенно в Центральной Азии [1,2]. Основным методом терапии последней является оперативное вмешательство [3,4]. При выполнении оперативных вмешательств по поводу ЭП многие авторы используют паллиативные методы – различные варианты эхинококкэктомии, марсупиализация остаточной полости, после которых частота рецидивов заболевания достигает 23-40% [5]. Причиной возникновения рецидивов эхинококкоза печени (РЭП) является несоблюдение принципов антипаразитарности и апаразитарности, а также проблемы, связанные с фиброзной капсулой и остаточной полостью. Резекция печени (РП) и перицистэктомия сопровождаются нередко тяжёлыми интра- и послеоперационными осложнениями в виде кровотечения, желчеистечения и печёночной недостаточности [4]. Необходимо отметить, что повторные оперативные вмешательства на печени выполняются в тяжёлых и сложных топографо-анатомических условиях, что требует специального оборудования и специалистов.

**Цель исследования** – обоснование выбора оперативных вмешательств у пациентов с РЭП и её осложнений.

**Материал и методы исследования.** Опыт основан на диагностике и лечении 54 (90%) больных с рецидивным и резидуальным ЭП, а также 6 (10%) пациентов – со свищами и нагноением остаточной полости. Всего под наблюдением находились 60 (100%) пациентов. Мужчин было 22 (36%), женщин – 38 (64%). Возраст пациентов составил от 24 до 71 лет. Всем пациентам в различных лечебных учреждениях были выполнены нерадикальные паллиативные вмешательства. Для диагностики РЭП и послеоперационных осложнений проведены клинико-инструментальные методы исследования. Для решения вопроса о возможности выполнения повторной радикальной операции считали целесообразным определить локализацию, размеры поражения, а также резервные возможности печени. Комплексное УЗИ выполнено 53 (88%) пациентам, КТ – 7 (12%). КТ позволило по сравнению с УЗИ более эффективно визуализировать патологический процесс, её размеры и локализацию, и отношение кисты сосудисто-секреторным образованиям печени.

У больных с рецидивными ЭП наблюдаются значительные нарушения процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), обусловленные ишемией печени вследствие снижения массы печёночных клеток и ретикулоэндотелиальной системы. В этой связи 12 пациентам с РЭП (основная группа) в предоперационном периоде, для профилактики послеоперационной печёночной недостаточности и коррекции нарушения процессов ПОЛ, назначали препарат «Антигипоксант» и антиоксидант «Ремаксол» по 400,0 – 800,0 мл в зависимости от функционального состояния печени в течение 2-3 дней. В контрольную группу были включены 10 пациентов с РЭП, которым в комплекс предоперационной терапии Ремаксол не был включён. Для оценки послеоперационных билиарных осложнений РП ориентировались рекомендациями Чардарова Н.К. и соавт. (2010)[6]. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием стандартного пакета прикладных программ «Statistica for Windows v.6.0» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики и представлены в виде  $M \pm m$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что при назначении Ремаксола, мощность энергообразования значительно возрастает, в значительной степени улучшается утилизация гепатоцитами кислорода, о чём свидетельствует снижение уровня МДА с  $5,08 \pm 0,06$  мкмоль/л до  $3,1 \pm 0,01$  мкмоль/л, повышение СОД – с  $6,34 \pm 0,28$  усл.ед. до  $15,28 \pm 0,01$  усл.ед. и аскорбиновой кислоты – с  $0,58 \pm 0,26$  мг% до  $1,32 \pm 0,05$  мг%. Эти же показатели у пациентов контрольной группы были значительно хуже (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели ПОЛ и антиоксидантной защиты до и после применения Ремаксола**

Исследуемая группа	Контрольная группа (n=10)	Основная группа (n=12)	
		До лечения	После лечения
МДА мкмоль/л	5,07±0,07	5,08±0,06	3,1±0,01
СОД, усл.ед.	6,64±0,23	6,34±0,28	15,28±0,01
Аскорбиновая кислота, мг%	0,60±0,22	0,58±0,26	1,32±0,05
АлАт, ед/л	1,14±0,12	1,12±0,12	0,72±0,10
АсАт, ед/л	1,08±0,11	1,10±0,10	0,60±0,09

Также после проведения курса терапии Ремаксомом у пациентов основной группы уровни трансаминаз: АлАт и АсАт остались выше физиологической нормы, однако были достоверно ниже уровня контрольной группы. Характер повторных радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств приведён в таблице 2.

Таблица 2

**Характер повторных оперативных вмешательств**

Название операции	Количество	%
Атипичная резекция печени	30	50
Анатомическая резекция печени	12	20
Субтотальная перицистэктомия	18	30
Всего	60	100

При выполнении повторной операции на печени особое значение предавали операционным доступам, которые зависели от размеров и локализации патологического процесса. Так в 38 случаях производили двухподребёрный доступ, в 17 – разрез по Рио-Бранко, в 3 – по Куино и у 2 – верхне-срединная лапаротомия. При РЭП, а также при гнойных остаточных полостях в 30 (50%) случаях выполняли атипичные резекции печени, в 12 (20%) – анатомические резекции. Центральная локализация РЭП (IV-V сегмент) были показаниям к выполнению субтотальной перицистэктомии в 18 (30%) наблюдениях. При выполнении резекции печени производили предварительное выделение и перевязки афферентных (ветви воротной вены и печеночной артерии) и эфферентных (печеночные вены) сосудов, так называемая «in flow» и «out flow control». Маневр Прингля был использован в 42 (70%) наблюдениях. Для диссекции паренхимы печени использовали методику раздавливания зажимом с коагуляцией, перевязкой протоков.

Пробы на герметичность в 10 наблюдениях проводили путём введения 20-30 мл окрашенной фуксином жидкости через культю пузырного протока или долевого протока, предварительно пережав общий жёлчный проток мягким зажимом мелких жёлчных протоков нарушается, что ведёт к желчеистечению.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 11 наблюдениях. В 4 случаях отмечали послеоперационные желчеистечения, которые были скорректированы методом повторного дренирования жёлчных протоков и назначением Сандостатина. В 3 случаях возникли, послеоперационные внутрибрюшные кровотечения из культи печени при этом выполняли релапаротомию, повторное ушивание культи печени с нанесением на поверхность культи печени геля «Гемостоп». В 4 случаях отмечали послеоперационные подпеченочные абсцессы, которые были вскрыты и дренированы под УЗ – контролем. Летальный исход имел место в 2 случаях, причиной смерти больных являлись печёночная недостаточность (n=1) и острый инфаркт миокарда (n=1).

**Выводы.** После перенесённых повторных паллиативных вмешательств по поводу ЭП (при рецидивах заболевания и наличии хронической гнойной остаточной полости) возникают необходимость в выполнении повторных радикальных и условно-радикальных вмешательств. Повторные оперативные вмешательства целесообразно выполнять в специализированных гепатологических учреждениях, оснащённых современными технологиями и соответствующим профильным персоналом.

**Список литературы:**

- Ильхамов Ф.А. Уменьшение операционной кровопотери при использовании новых технологий в хирургии эхинококкоза печени /Ф.А.Ильхамов, А.И.Икрамов, М.М.Акбаров //Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т.13, №3. - С.54.
- Назаренко Н.А. Острая печёночная недостаточность после обширных резекций печени /Н.А.Назаренко [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т.13, №3. - С.96-97.
- Вишневский В.А. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Современное состояние проблемы /В.А.Вишневский [и др.] //Бюллетень сибирской медицины. - 2007. - №3. - С. 22-26.
- Скипенко О.Г. Резекция печени: ближайшие результаты 132 операций /О.Г.Скипенко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - № 4. - С. 28-37.
- Чардаров Н.К. Билиарные осложнения после резекции печени /Н.К.Чардаров, Н.Н.Багтеч, О.Г.Скипенко// Хирургия журнал им. Н.Н.Пирогова. - 2010. -№8. - С.61-68.

## **АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

**Актуальность.** Наряду с многочисленными, относительно современными, способами укрытия дефектов покровных тканей использование традиционной кожной пластики не только остается актуальным по сей день, но и продолжает развиваться и совершенствоваться благодаря достижениям медицины за последние годы [1-5]. Это связано с тем, что существует ряд случаев и ситуаций, когда среди всех имеющихся в настоящее время способов укрытия дефектов покровных тканей использование аутодермопластики является наиболее приемлемым способом укрытия дефекта. Как известно, аутодермопластика выполняется в различных вариантах, наиболее часто применяемыми из которых являются способы использования полнослойных (Full Thickness Skin Grafts) и расщепленных (Split Thickness Skin Grafts) кожных трансплантатов. Существует также способ кожной пластики по В.К. Красовитову, который заключается в использовании оторванных или отслоенных при травмах кожных покровов, после их тщательного очищения от подкожной жировой клетчатки. Различают также способ аутодермопластики так называемой «утильной» кожей, когда кожный ауто трансплантат забирается из ампутированных сегментов, не подлежащих реплантации или же из иссеченных кожно-жировых лоскутов во время пластических операций (дермолипэктомия, иссечение треугольника Бурова, коррекция «собачьих ушек» и т.д.). Кожная пластика по Б.В. Парину, как описывается в отдельных работах, заключается в использовании полнослойного кожного трансплантата, при котором после забора трансплантата донорскую рану зашивают первично, трансплантат очищают от подкожной жировой клетчатки и укладывают на дефект, сшивая его к краям кожи реципиентной области [3]. Для забора расщепленных же кожных трансплантатов, как правило, используется дерматом, который позволяет выбрать толщину кожи от 0,1 мм до 1,0 мм. Эти трансплантаты обычно включают в себя эпидермальный слой и поверхностные слои собственно дермы, что способствует самостоятельной вторичной эпителизации донорской зоны в течение 1-2 недель.

**Цель исследования.** Изучить возможности и эффективности аутодермопластики при различных дефектах покровных тканей.

**Материал и методы исследования.** Произведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 86 больных, которым за последние 10 лет в отделении Реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии произведено укрытие обширного дефекта покровных тканей способом аутодермопластики. Возраст больных колебался от 3 до 67 лет. Больных мужского пола было 52 (60,5%), женского – 4 (39,5%). Причины возникновения дефектов покровных тканей были обширные травмы (5%) и их последствий (45%), иссечение широких грубых деформирующих и стягивающих рубцов (20%), иссечение широких образований кожи (12%), донорский дефект после выкраивания кровоснабжаемых кожно-фасциальных и кожно-жировых лоскутов для укрытия сложных дефектов покровных тканей (18). В материал настоящего исследования не включали больных, которым наряду с местно-пластическими операциями использовались небольшие кожные трансплантаты общей площадью менее 15 квадратных сантиметров. Дефекты покровных тканей в 19 (22,1%) случаях располагались на лице, в 6 (7%) – на волосистой части головы, в 26 (30,2%), – на туловище в 16 (18,6%) – на верхней конечности (в том числе 14 на кисти) и в 19 (22,1%) случаях на нижней конечности (в том числе 16 на стопе). Площадь дефектов покровных тканей составляли от 15 до 1200 квадратных сантиметров.

В общем способ аутодермопластики с использованием классических полнослойных кожных трансплантатов применен 64 (74,4%) больным, а аутодермопластика расщепленными кожными трансплантатами выполнена в 22 (25,6%) случаях. В 3 случаях кожная пластика голени выполнена в рамках операции Караванова у больных с лимфостазом нижних конечностей в стадии фибредемы. Именно у этих больных имели место самые большие площади дефектов покровных тканей – от 600 см<sup>2</sup> до 1200 см<sup>2</sup>. В 12 (14%) случаях экстренным больным произведена кожная пластика по Красовитову (8) или «утильной» аутокожей из ампутатов, не подлежащих реплантации (4).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали всех оперированных больных до полного заживления ран и приживления трансплантатов. В 89,5% (77 больных) ранний послеоперационный период протекал гладко, раны зажили и трансплантаты прижились без осложнений. Донорские раны после использования полнослойных кожных трансплантатов зажили первичным натяжением, а в случаях использования расщепленных кожных трансплантатов – закономерным вторичным заживлением путем эпителизации.

Сроки приживления трансплантатов зависели в основном от состояния реципиентной зоны – степени готовности грануляционной ткани и кровообращения тканей на дне дефекта. На лице, как правило, на 3-4 суток появлялись первые признаки реваскуляризации трансплантатов, а на конечностях – через 7-8 суток. Если на голове первые признаки начала приживления появлялись в среднем на 4-е сутки, то на туловище это отмечалось в среднем на 7-е сутки.

Осложнения отмечались у 9 (10,5%) оперированных больных в основном в виде краевого или частичного некроза пересаженных кожных аутодермотрансплантатов (7 случаев – 8,1%). Некроз всего кожного трансплантата имел место в 2 (2,3%) случаях. В одном случае некроз всего пересаженного трансплантата отмечен после аутодермопластики по Красовитову у экстренного больного с обширной травмой кисти и отслоением кожных покровов, когда в течение 10 суток признаков начинающего приживления аутокожи не было и начался лизис трансплантата, произведено полное его удаление. Больному через 3 недели в плановом порядке произведена аутодермопластика полнослойным кожным трансплантатом из паховой области. В другом случае полный некроз пересаженного кожного ауто трансплантата установлен после его полной реваскуляризации, когда на 7-8 сутки после операции имелись все признаки приживления, включая даже отчетливо определяемую капиллярную реакцию. Однако на 14-е сутки



после операции при очередном контрольном осмотре больного в амбулаторном порядке установлено появление признаков некротических изменений трансплантата и уже на 18-20-е сутки констатирован полный некроз аутокожи с превращением его в сухой некротический струп.

Подобные случаи вторичного, но частичного некроза уже практически полностью прижившегося аутодермотрансплантата, среди наших наблюдений, имели место также в 3 других случаях.

Во всех случаях краевого или частичного некроза трансплантатов дальнейшее заживление ран происходило вторичным натяжением путем эпителизации этих участков из окружающих прижившихся тканей пересаженной аутокожи.

Отдаленные результаты аутодермопластики изучены у 78 (90,7%) больных в сроках от 6 месяцев до 8 лет после операции. Критериями оценки отдаленных результатов служили функциональное состояние и эстетический вид области или сегмента, куда были пересажены кожные аутодермотрансплантаты. В 77 (98,7%) случаях результаты были хорошими и удовлетворительными, больных устраивали достигнутые состояния оперированных областей и жалоб, связанных с кожной пластикой у них не было. Не удовлетворительными считали отдаленные результаты операций у 1 (1,3%) больного после операции Караванова. Несмотря на то, что около 90% общей площади пересаженной кожи прижилось, тем не менее в течение более 3 лет у больного остались участки не эпителизируемых ран со скудными серьезными отделяемыми, требующие постоянный уход и перевязки.

**Вывод.** Таким образом, аутодермопластика в ее различных вариантах позволяет, в тех не малочисленных случаях, когда она является самым оптимальным и целесообразным, а порою и единственным способом, эффективно укрывать дефекты покровных тканей и избавить больных от длительных страданий, возвращая их к активной повседневной жизни.

#### **Список литературы:**

1. Афоничев М.С. Ожогов у детей / К.А. Афоничев, М.С. Никитин, Я.Н. Прошенко // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2017. – Т. 5. – Вып. 1. – С. 39–44.
2. Бесчастнов В.В. Современные подходы к техническим аспектам свободной аутодермопластики / В.В. Бесчастнов, И.В. Павленко, М.В. Багрянцев, В.В. Кичин, П.В. Перетягин, А.В. Орищенко, М.Г. Рябков // Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2018; 11: 1: 59-69. DOI: 10.18499/2070-478X-2018-11-1-59-69.
3. Богданов С.Б. Современные способы выполнения свободной кожной К.А. К вопросу свободной кожной пластики в реконструктивной хирургии пластики полнослойными аутодермотрансплантатами / С.Б. Богданов // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2016. – № 1 (56). – С. 20-27.
4. Grande D.J. Skin Grafting / Donald John Grande // Medscape. – 25. – Apr 16, 2019: <https://emedicine.medscape.com/article/1129479-overview>.
5. Matthew E. Split-Thickness Skin Grafts / E. Matthew, P. Matthew // National Center for Biotechnology Information; StatPearls Publishing. – 2020. – Jan.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551561>.

*Давлатов Дж.Дж., Мухаббатов Дж.К., Нозимов Ф.Х., Хамроев Б.М.*

#### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острый парапроктит является одним из самых распространённых колопроктологических заболеваний, уступая место лишь геморрою, анальным трещинам и колитам, и занимает первое место среди пациентов с экстренной проктологической патологией [5]. Больные со сложными формами ОП составляют от 9,5% до 34% среди всех пациентов ургентного профиля с неопухоловидными гнойно-воспалительными заболеваниями ано-ректальной и крестцово-копчиковой области [1.2].

При обследовании диагноз острого парапроктита не вызывал сомнений в 96% наблюдений, а у 4% больных острый парапроктит приходилось дифференцировать с другими общепроктологическими и острыми воспалительными заболеваниями половых органов (гнойный простатит, баланопостит [4]). Однако диагностика при сложных формах ОП, особенно пельвиоректального и ретроректального парапроктита трудновато, так как большинство этих пациентов с такими формами ОП поступили в проктологическое отделение спустя 7-8 дней с момента заболевания [2.3].

В ранних стадиях развития сложных формах ОП диагностика имела сложности из-за стертости симптоматики, отсутствия внешних проявлений и малоинформативности пальцевого исследования. При таких формах ОП больные до верификация диагноза длительное время занимаются самолечением или проходят амбулаторные обследования у врача самого разного профиля, в результате получая, как правило, бесполезные советы и лечение [4.5].

**Цель исследования.** Усовершенствование диагностики сложных форм острого парапроктита с учетом клинических и инструментальных методов исследования.

**Материал и методы исследования.** В отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 с 2015 по 2019 годы были обследованы 618 пациентов с острым парапроктитом (ОП). Мужчин было 454, что составляет 82,8%, женщин – 94 (17,2%). Среди них со сложными формами ОП было 135 больных, которые составляли 21,8%. В зависимости от локализации гнойной полости сложные формы ОП распределены на: ретроректальные 69 (11,2%), пельвиоректальные 45(7,3%) и задне-подковообразные 21(3,9%). Основную часть заболевших составили лица трудоспособного возраста от 21 до 62 лет, что составляет 92,6%. Все больные со сложными формами ОП госпитализированы в поздние сроки (от 5 до 14 суток и более) от начала заболевания. Диагностическая программа у больных со сложными формами ОП включала жалобы, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, ультрасонография и КТ методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из анамнеза выявлено, что в течение первых трех дней от начала заболевания, клиническая симптоматика всех вариантов сложных форм ОП, была одинакова: как правило, отмечалось преобладание общих симптомов таких как, повышение температуры тела, общая слабость, боли в суставах, озноб, снижение аппетита, головная боль, потливость и др. Однако, при формировании гнойной полости в зависимости от параректальной клетчатки и распространения гнойного воспалительного процесса, клиническая симптоматика данного заболевания меняется. Это связано с топографо-анатомической особенностью параректальной клетчатки, телосложением, расположением копчиковой кости и сопутствующими заболеваниями.

Из 69 больных с ОРП, которые поступили в колопроктологическое отделение, у 14 (20,3%) пациентов были все признаки воспаления в виде покраснения, припухлости, местной температуры и болезненности во время пальцевого исследования. На основании УЗИ с линейным датчиком и во время хирургического вмешательства установлено, что гнойная полость находится в поверхностном позадианальном пространстве, которым является низкая форма острого ретроректального парапроктита (ОРП).

Во время осмотра у 20(29,0%) больных перианальная кожа без изменения. При пальцевом исследовании выявлено, что у всех пациентов была припухлость и уплотнение в задней стенке. При надавливании в копчиковую кость была резкая болезненность. Этим больным проведено УЗИ с помощью ректального и линейного датчика, где выявлена локализация и размеры гнойной полости в среднем этаже ретроректального пространства. В ходе оперативного вмешательства выявлено, что гнойная полость находится в глубоком позадианальном пространстве, т.е. средняя форма ОРП.

У 23(33,4%) пациентов во время осмотра перианальной области, никаких местных признаков воспаления не выявлено, но в этой категории больных были отмечены общие признаки воспаления (интоксикация, повышение температуры до 38,5 °С, учащение пульса и др.). При пальцевом исследовании отмечено уплотнение задней стенки прямой кишки выше анального канала, сглаженность складки и болезненность со стороны поражения только в 11 случаях. В остальном пальцевое исследование было не информативно. Во время эндоскопического исследования слизистая оболочка в области инфильтрации гиперемирована, сосудистый рисунок усилен, сетчатый. При УЗИ с ректальным датчиком только в 85% случаев установлено, что гнойная полость находится в верхнем этаже ретроректального пространства. 15% пациентов из-за не информативности УЗИ, проводили КТ области малого таза, благодаря чему установлено, что гнойная полость находится в верхнем этаже РП с переходом гнойного процесса в пельвиоректальное пространство. В ходе операции диагноз был подтвержден.

У 21 пациента кроме глубокого позадианального пространства гнойный процесс распространился в правое и левое ишиоректальное пространство, который называется задней подкообразный парапроктит. Проводилось своевременное хирургическое лечение.

У 45 пациентов с пельвиоректальным парапроктитом при осмотре в области промежности никаких изменений не было. При пальцевом исследовании только в 32(71,2%) случаях отмечалось уплотнение в одном из боковых стенок прямой кишки выше анального канала. Во время эндоскопического (ректоромоноскопия) исследования слизистая оболочка изменена в виде гиперемии, сосудистый рисунок усилен, сетчатый у 26(57,8%) пациентов. При УЗИ с линейными и ректальными датчиками у 38(84,5%) пациентов предварительно установлено, что гнойная полость находится в пельвиоректальном пространстве. У остальных пациентов из-за не точной информативности УЗИ проводили КТ органов малого таза. В послеоперационный период у 3 пациентов на вторые сутки отмечали общие признаки воспаления (интоксикация, повышение температуры до 38,5 °С, учащенный пульс и др.). Этим пациентам для точной диагностики делали КТ малого таза и в результате выявлено, что гнойные затеки находятся в верхнем этаже ретроректального пространства. Так как эти больные заново взяты на операцию, им проводили вскрытие гнойной полости.

Из 135 пациентов со сложными формами ОП только у 6(4,5%) больных были все признаки воспаления и симптомы интоксикации, т.е. панрентальная форма ОП, которым не проводили дополнительные методы исследования. Этим пациентам проводили своевременное хирургическое вмешательство. Во время операции установлено, что источниками гнойного воспалительного процесса является ОРП, и тоже было широкое внутреннее отверстие в задней анальной крипте.

#### **Выводы.**

1. Применение УЗИ и КТ, наряду с клинико-лабораторными показателями, при неотложной колопроктологии являются достаточными для верификации правильного диагноза, а также определения точной локализации гнойной полости в параректальной клетчатке.

2. Предложенная дифференцированная диагностика при сложных формах острого парапроктита позволила выбрать правильную тактику хирургического вмешательства, способствовала уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений и снижению количества рецидивов заболевания.

#### **Список литературы.**

1. Болквдзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Обухов В.К... Острый парапроктит клиника, диагностика, лечение. Журнал Колопроктология 2014, №3(49), ст-14.
2. Иоффе И.В., Жаданов В.И.. Особенности диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита. Харьковская хирургическая школа №3(54) 2012г. Ст29-31.
3. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Жабина А.В., Сидоров А.В. Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита. Вестник Национального медико-хирургического Центра им Н.И. Пирогова. 2016.Т.11.№2. с.62-64.
4. Севостьянов С.И., Шарманашвили Д.О. Особенности течения острого парапроктита у лиц старших возрастных групп. Колопроктология. 2009. №4(30). С. 26-31.
5. Чибисов Г.И. Неопухольевые заболевания дистального отдела прямой кишки и анокопчиковой области. Капуга. 2003. С. 22.

*Давлатов Дж.Дж., Мухаббатов Дж.К., Каримов Ш.А., Расулова С.И.*  
**ПРИЧИНЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО  
ПАРАПРОКТИТА**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино.  
Таджикистан

**Актуальность.** Одним из проблемных вопросов неотложной колопроктологии является ранняя диагностика и правильная тактика хирургического лечения сложных форм острого парапроктита [1.2]. Несмотря на совершенствование хирургической тактики и внедрения новых технологий в диагностику и лечение больных со сложными формами острого парапроктита, у 13–20% оперированных возникают осложнения гнойно-воспалительного характера, прорыв гнойника в брюшную полость и забрюшинное пространство, происходит у 4,0%, в бедро – 1,2%, в мягкие ткани гениталий – у 2,0%, кровотечение из послеоперационной раны – у 6,9% и до вскрытия гнойных полостей до 19,1% случаев [4.5]. У 4–10% пациентов возникает рецидив или переход заболевания в хроническую стадию течения, у 17–36% больных имеются явления дискомфорта в области заднего прохода, у 6–8% развивается недостаточность анального сфинктера [1.3]. В связи с этим, поиск путей оптимизации диагностики и хирургического лечения пациентов с острым ретроректальным парапроктитом (ОРП) является поводом проведения исследования в этом направлении.

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения острого ретроректального парапроктита путем изучения причин ранних послеоперационных осложнений.

**Материал и методы исследования.** Нами проанализированы непосредственные результаты хирургического лечения 117 пациентов с ОРП, которое составляет 11,2% от общего числа пациентов острого парапроктита. Больные оперированные в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2, на базе кафедры общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, в период с 2014 по 2019 годы. В зависимости от периода и объема проведения оперативного вмешательства все больные были распределены на две группы. В контрольную группу (ретроспективный анализ) вошли 48 пациентов, которым выполнено хирургическое лечение традиционными способами. Основную группу составили 69 пациентов, которым применяли предложенную нами тактику хирургического лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В контрольную группу для вскрытия ОРП всем пациентом проводили следующие разрезы: 17(35,4%) проводился полуовальный разрез, радиарный - 21(43,7%), подковообразный разрез - 8(16,7%) и 2(4,2%) больным разрез в виде ракетки. Доступы в ретроректальное пространство для вскрытия парапроктита у 7(14,6%) больных были через волокна анального сфинктера, у 4(8,3%) пересечением анальной копчиковой связки и 37(77,1%) пациентам из параректальной области.

Больные основной группы в зависимости от топографо-анатомических особенностей ретроректального пространства (РП) были распределены на следующие клинические формы заболевания (низкая, средняя, высокая и недифференцированная). В большинстве случаев выявлена средняя-22(31,9%) и высокая- 25(36,2%) форма ОРП. У 16(23,2%) пациентов выявлена низкая форма ОРП. У 6(78,7%) больных из-за позднего обращения и распространения гнойного процесса во всем РП, не удалось дифференцировать форму ОРП.

С целью интраоперационной профилактики повреждения нервно-сосудистого пучка, мышц анального сфинктера, анальной копчиковой связки и повреждения копчиковой кости. В основной группе больных усовершенствованы доступ и разрезы для вскрытия ОРП и активного дренирования гнойной полости в зависимости от формы ОРП. У 30,5% больных под контролем УЗИ традиционным способом проведено активное дренирование гнойной полости. Также усовершенствованы доступы к ретроректальному пространству – при низкой форме ОРП радиарным разрезом справа или слева параллельно анальной - копчиковой связке. Разрезы и доступы при средней и высокой форм ОРП проведены на расстоянии 2,5см от ануса с контрапертурным разрезом параректальной области.

В контрольной группе больных (ретроспективный анализ) в раннем послеоперационном периоде, распространение гнойного процесса в другие пространства отмечено у 4(10,4%) пациентов, кровотечение из послеоперационной раны у 3(6,2%), резидуальная и рецидивная гнойная полость отмечена в 8(16,7%) случаях. В основной группе больных вышеперечисленные осложнения отмечены соответственно - 3(4,3%) -1(1,4%) - 4(5,8%).

**Выводы.** Причины послеоперационных осложнений острого ретроректального парапроктита связаны с дифференциальной диагностикой клинических форм заболевания на предоперационном этапе и с тактико-техническими погрешностями во время операций.

Разработанные клинические формы заболевания с учетом топографо-анатомических особенностей ретроректального пространства, и усовершенствованные доступы и разрезы являются профилактическим мероприятием для снижения послеоперационных осложнений острого ретроректального парапроктита.

#### **Список литературы.**

1. Воробьев Г. И., Коплатадзе А. М., Болкквдзе Э. Э. Выбор метода хирургического лечения больных со сложными формами острого рецидивирующего парапроктита // Актуальный вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 45-45.
2. Иоффе И.В., Жаданов В.И.. Особенности диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита. Харьковская хирургическая школа №3(54) 2012г. Ст.29-31.
3. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Жабина А.В., Сидоров А.В. Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита. Вестник Национального медико-хирургического Центра им Н.И. Пирогова. 2016.Т.11.№2. с.62-64.
4. Мухаббатов Д.К. М.К. Гулов, Д.Д.Давлатов, Ш.А.Каримов Хирургическое лечение пациентов с острым ретроректальным парапроктитом. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.-2020.-№1.-С.41-46.
5. Суфияров Р.С. Лечение парапроктита, вызванного ассоциациями ST. AUREUS CPR. VULGARIS, MORGANELLA MORGANI И ENTEROBACTER AGGL / Р.С. Суфияров, М.А. Нуртдинов, З.Г.Габидуллин, А.А. Габдрахманова // Вестник ЮУрГУ.- 2012.-№8.-С.70-73.

*Даминова Н.М., Хайрова Г.Х., Нозимов Ф.Х., Зиёев Ш.Х.*  
**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ  
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО  
КОПЧИКОВОГО ХОДА**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Таджикистан

**Актуальность.** В колопроктологии на протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных специалистов остаётся проблема лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ). Среди колопроктологической патологии ЭКХ по частоте встречаемости занимает четвёртое место после геморроя, парапроктита и анальной трещины [2,4]. Единственным способом радикального лечения ЭКХ на сегодняшний день является хирургическое удаление всех элементов патологического процесса [1,3,5]. Несмотря на то, что в арсенале хирургов накопилось большое количество вариантов оперативных пособий, частота неудовлетворительных результатов лечения, в зависимости от методов лечения остаётся достаточно высокой [2,5]. Так, по данным отечественных и зарубежных авторов, частота гнойно-воспалительных осложнений достигает 20-30%, а частота рецидивов заболевания колеблется от 3 до 20% [3,4]. Несомненно, что послеоперационные осложнения удлиняют период выздоровления, а рецидивы заболевания требуют повторного оперативного вмешательства. Подавляющее большинство исследований рассматривают причины осложнений и рецидивов заболевания в наличии воспалительного процесса в зоне хирургического вмешательства и погрешностей в методике операции, а другие факторы этого заболевания не изучались. В связи с этим выявление дополнительных предикторов риска развития рецидивов ЭКХ весьма актуальны и необходимы.

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения рецидивных форм эпителиального копчикового хода.

**Материал и методы исследования.** Располагаем анализом и опытом лечения 43 больных с рецидивными формами эпителиального копчикового хода (РФЭКХ). В ходе исследования было выявлено, что подавляющее большинство пациентов составили лица мужского пола 30 (69,7%) в соотношении 3:1, т.е. лица женского пола составили 13 (30,2%), возраст которых варьировал от 16 до 34 лет. Больные были госпитализированы в плановом порядке. Предоперационное обследование пациентов с РФЭКХ включали в себя проведение клинико-лабораторно-биохимических анализов крови. Всем пациентам проведены тщательный осмотр и пальпация кожи межягодичной складки для обнаружения латерально расположенных свищевых отверстий и воспалительных инфильтратов. Кроме этого, исследуемым было проведено комплексное УЗИ, ректороманоскопия, фистулография по показаниям с целью оценки протяженности свищевого хода и исключения (подтверждения) гнойных затёков в клетчатке, выявления распространения на соседние анатомические области. Выбор оперативного вмешательства зависел от степени сложности ЭКХ, стадии и распространённости воспалительного процесса в окружающих тканях и наличия вторичных свищей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Детальный и всесторонний анализ причин возникновения РФЭКХ показал, что причинами и предикторами возникновения заболевания являются:

1. Нерадикальная операция – оставление участков стенки кист, а чаще воспалительных инфильтратов 14 (32,5%);
2. Неправильный выбор срока выполнения оперативного вмешательства после первичного острого процесса 5 (11,6%);
3. Технические и тактические ошибки 34 (79%):
  - а) натяжение краёв раны при ушивании с последующим прорезыванием и расхождением швов с формированием остаточных полостей;
  - в) ненадежный гемостаз с образованием гематомы с последующим нагноением;
  - г) ненадежное обезболивание
  - д) выполнение операции сложных форм ЭКХ в амбулаторных условиях и неспециализированных учреждениях.
4. Общий и единообразный подход к лечебной тактике при различных вариантах ЭКХ 20 (47%).

Лечение больных РФЭКХ представляет значительные сложности технического и тактического характеров. Выбор оперативного пособия зависит от клинической формы РФЭКХ, стадии заболевания, наличия или отсутствия деформаций в крестцово-копчиковой области, степени выраженности и распространённости воспалительного очага, а чаще строения ягоечно-крестцово-копчиковой области.

**Выводы.** Для снижения количества послеоперационного риска развития гнойно-воспалительных осложнений и рецидивных форм эпителиального хода необходимы концентрация и лечение больных в специализированных колопроктологических отделениях с участием специалиста колопроктолога.

**Список литературы.**

1. Гулов М.К. Выбор способа хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / М.К. Гулов, Т.И. Зубайдов, Ю.Х. Ибрахимов // Вестник Авиценны – 2012 № 3 (52) – с. 34-39
2. Титов А.Ю. Подкожное иссечение ЭКХ: первый опыт применения, непосредственные результаты / А.Ю. Титов, А.К. Батищев, Л.А. Благодарный // Стационарзамещающие технологии: Амбулаторная хирургия 2015 - №3-4 с. 87-92.
3. Магомедова З.К. Обоснование лечебной тактики у больных с рецидивными местнораспространенными эпителиальными копчиковыми ходами/ З.К. Магомедова З.К., В.С. Грошили, Д.А. Бадалянц, А.Б. Альникин // Колопроктология 2014 - №3 (49) с 25-26.
4. Магомедова З.К. Преимущества и опыт практического использования способа хирургического лечения больных с рецидивами эпителиального копчикового хода / З.К. Магомедова, Е.В. Чернышова, В.С. Грошили // Ульяновский медико-биологический журнал 2016 №2 – с. 98-105.
5. Bradley L. Pilonidal sinus disease: a review. Part one / L. Bradley // J. Wound Care – 2010 vol. 19 - №11 p. 504-508.

*Даминова Н.М., Хайрова Г.Х., Нозимов Ф.Х.*  
**РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ  
ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

**Актуальность.** В колопроктологии на протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных специалистов остается проблема лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ). ЭКХ выявляют у молодых и активных людей, чаще у мужчин [4,5], и соотношение мужчин и женщин при этом составляет 4:1 [1,2,3,5]. Среди колопроктологической патологии ЭКХ по частоте встречаемости занимает четвертое место, уступая при этом: геморрою, парапроктиту и анальной трещине [3]. Эта патология является серьезной причиной ограничения повседневной активности, потери трудоспособности и снижения качества жизни [1,3].

Единственным методом радикального лечения ЭКХ является хирургическое удаление всех элементов патологического процесса в пределах здоровых тканей [1,4,5]. Несмотря на большое количество в арсенале хирургов различных вариантов оперативных пособий, частота неудовлетворительных результатов лечения независимо от его способов остается достаточно высокой. Так по данным отечественных и зарубежных специалистов, частота гнойно-воспалительных осложнений достигает 13-24%, а частота рецидивов заболевания колеблется от 3 до 30% [1,3]. Причиной столь высокой частоты послеоперационных осложнений и рецидивов по данным литературы является: нагноение послеоперационной раны, несостоятельность кожных швов, а чаще неадекватное удаление всех элементов ЭКХ и возникновение некрозов кожно-жировых лоскутов. Несомненно, что послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения удлиняют период выздоровления, а рецидивы заболевания требуют повторного нередко сложного оперативного вмешательства.

**Цель исследования.** Оценка эффективности ультразвукового исследования в диагностике рецидивов эпителиального копчикового хода.

**Материал и методы исследования.** Данное исследование было выполнено на основании лечения 43 пациентов с рецидивными формами эпителиального копчикового хода. В ходе исследования было выявлено, что подавляющее большинство пациентов составили лица мужского пола 30 (69,7%) в соотношении 3:1, т.е. лица женского пола составили 13 (30,2%), возраст которых варьировал от 16 до 34 лет. Больные были госпитализированы в плановом порядке. Предоперационное обследование пациентов с РЭКХ включало в себя проведение клинико-лабораторно-биохимических анализов крови. Всем пациентам проведены тщательный осмотр и пальпация кожи межягодичной складки для обнаружения латерально расположенных свищевых отверстий и воспалительных инфильтратов. Кроме этого, исследуемым было проведено комплексное УЗИ, ректороманоскопия, фистулография по показаниям с целью оценки протяженности свищевого хода и исключения (подтверждения) гнойных затёков в клетчатке, выявления распространения на соседние анатомические области.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось на ультразвуковом диагностическом приборе с использованием линейного датчика частотой 10 МГц, совместно со специалистом данного профиля. УЗИ позволило достоверно оценить топографию, размеры, структуру остаточных полостей, наличие дополнительных ходов, оценить локализацию, степень выраженности и характер инфильтративных изменений в мягких тканях. Исследование позволяет чётко сформулировать клинический диагноз и выбрать оптимальный метод хирургического лечения пациентов с РЭКХ и распределить по следующим клиническим формам (таблица 1)

Таблица 1.

Клинические формы рецидивного ЭКХ

Клиническая форма заболевания	Абс. Число	%
Не осложнённый рецидивный ЭКХ	4	9,3
Рецидивный ЭКХ, осложнённый гнойно-воспалительными изменениями	16	37,2
Рецидивный пилонидальный абсцесс	9	20,9
Рецидивный ЭКХ в стадии хронического воспаления	14	32,5
Всего	43	100

В послеоперационном периоде УЗИ чаще позволило своевременно и эффективно диагностировать разные раневые послеоперационные осложнения.

**Выводы.** Таким образом, использование УЗИ позволяет достоверно оценить локализацию, наличие дополнительных ходов, и степень распространения воспалительного процесса в мягкие ткани, и своевременно диагностировать ранние раневые послеоперационные осложнения.

**Список литературы.**

1. Гулов М.К. Выбор способа хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / М.К. Гулов, Т.И. Зубайдов, Ю.Х. Ибрахимов // Вестник Авиценны – 2012 № 3 (52) – с. 34-39
2. Шельгин Ю.А. Диагностика эпителиального копчикового хода/ Ю.А. Шельгин и соавторы // Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с эпителиальным копчиковым ходом 2013 с.5-6
3. Магомедова З.К. Обоснование лечебной тактики у больных с рецидивными местнораспространенными эпителиальными копчиковыми ходами/ З.К. Магомедова З.К., В.С. Грошилин, Д.А. Бадалянц, А.Б. Альникин // Колопроктология 2014 - №3 (49) с 25-26.
4. Khanna A. Pilonidal disease / A. Khanna, L. John, M. Rombeau // Clin Colon Rectal Surg. 2011; 24(1) 46-53.
5. Bradley L. Pilonidal sinus disease: a review. Part one / L. Bradley // J. Wound Care – 2010 vol. 19 - №11 p. 504-508.

*Данилов М.А., Байчоров А.Б., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г.*  
**ВААФТ ПРИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА: ЕСТЬ ЛИ СМЫСЛ?**  
Отделение колопроктологии ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗ  
г. Москвы, Россия

**Актуальность.** Лечение свищей прямой кишки при болезни Крона является сложной задачей как для гастроэнтерологов, так и для хирургов. Медикаментозное лечение данной патологии рекомендуется в качестве первой линии терапии, а хирургическое лечение служит для контроля тяжелых септических осложнений. В настоящее время частота рецидива при хирургическом лечении прямокишечных свищей с использованием различных методик может достигать до 55%, а при наличии болезни Крона – 70% по данным различных авторов. Хирургические вмешательства с иссечением свищевого хода и пластическим компонентом показывают хорошие результаты, однако при болезни Крона они практически не имеют смысла. Мини-инвазивные вмешательства (ВААФТ) приобретают все большую популярность, в частности для лечения прямокишечных свищей при болезни Крона. [1,2,3]

**Цель исследования.** Оценить непосредственные и отдаленные результаты выполнения видео-ассистированных вмешательств при свищах прямой кишки (ВААФТ), как проявление болезни Крона.

**Материал и методы исследования.** В нашей клинике выполнено 12 вмешательств с использованием видео-эндоскопических технологий (ВААФТ) у пациентов с болезнью Крона, в группу сравнения были включены пациенты которым выполнялось лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) – 18. Всем пациентам на первом этапе выполнялась установка сетона, с последующей операцией в сроки от 1 до 3 месяцев. Пациенты обеих групп не отличались по возрасту и полу ( $p=0.34$ ), а также видам свищей: транссфинктерные - ВААФТ=8, LIFT=14, экстрасфинктерные - ВААФТ=4, LIFT=6 ( $p=0.45$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Группы значимо не различались по длительности хирургического вмешательства: ВААФТ –  $28 \pm 5,2$  мин, LIFT –  $26 \pm 5,8$  мин ( $p=0.12$ ), уровню болевого синдрома в послеоперационном периоде (шкала ВАШ), оцениваемую в 1-е и 3-и сутки, ( $p=0.07$ ), послеоперационному койко-дню ( $4 \pm 1,2$  и  $4 \pm 1,4$ ,  $p=0.24$ ) Всем пациентам при выполнении ВААФТ первым этапом проводилась фистулоскопия, затем свищевой ход очищался от наложений фибрина, выполнялась абляция свищевого хода в направлении от внутреннего к наружному отверстию, внутреннее отверстие иссекалось и ушивалось 1-2 узловыми швами. У двух пациентов в группе ВААФТ и одного пациента в группе LIFT по данным предоперационного обследования (ТРУЗИ, МРТ) имелся ишиоректальный затек, связанный со свищевым ходом, в связи с чем хирургическое вмешательство дополнялось санированием и дренированием через наружное отверстие свищевого хода. Медиана прослеженности общей выборки пациентов составила 12,6 месяцев. У 2-х пациентов группы LIFT (10%) и 1-го группы ВААФТ (8,3%) выявлено рецидив заболевания в разные сроки: 6, 7 и 3 месяца соответственно ( $p=0.18$ ), пациентам повторно установлены сетоны, продолжена медикаментозная терапия (препараты 5-АСК, гормоны, биологическая терапия).

**Выводы.** Видео-эндоскопическое лечение свищей прямой кишки (ВААФТ) при болезни Крона довольно новая и подающая надежды хирургическая методика, демонстрирующая удовлетворительные результаты как раннего послеоперационного, так и отдаленного периода. Малотравматичный характер методики позволяет выполнять ее при множественных и рецидивных свищах прямой кишки.

**Список литературы.**

1. Бородкин А.С. Сегментарная проктопластика в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Дисс. ... канд. мед. наук, 2006. – 135 с
2. Ellis C.N., Clark S. Fibrin glue as an adjunct to flap repair of anal fistulas: A randomized, controlled study. Dis. Colon Rectum. – 2006; 49: 1736-1740.
3. Schwandner O. Video-assisted anal fistula treatment (ВААФТ) combined with advancement flap repair in Crohn's disease. Tech Coloproctol. – 2013; 17 (2): 221-225.

*Данилов М.А., Леонтьев А.В., Байчоров А.Б., Саакян Г.Г.*  
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ БПЭ**  
Отделение колопроктологии ГБУЗ МКНЦ им. А.С.Логина ДЗ г.Москвы, Россия

**Актуальность.** Брюшно-промежностная экстирпация является золотым стандартом хирургического лечения рака нижне-ампулярного отдела прямой кишки по сей день, несмотря на то, что с каждым годом возрастает доля сфинктер-сохраняющих операций и возрастает роль комбинированных методов лечения рака данной локализации. «Традиционная» экстирпация прямой кишки, предложенная К. Майлсом, имеет довольно значимый недостаток - высокая частота получения положительной циркулярной границы резекции. Эти неутешительные результаты привели к поиску путей их улучшения и Т. Хольм предложил модификацию «традиционного» способа и внедрил в практику «экстралеваторную» или «цилиндрическую» БПЭ. Суть данной операции заключается в широком пересечении мышц-леваторов у мест их крепления к стенкам таза, создавая тем самым дополнительную прослойку тканей, что в значительной степени снижает частоту получения позитивной циркулярной границы резекции (пЦГР) и местного рецидива. В настоящее время «цилиндрическая» БПЭ широко используется как за рубежом, так и в России. [1,2,3]

**Цель исследования .** Изучение отдаленных онкологических результатов, качества жизни пациентов и оценка состояния раны промежности в отдаленные сроки.

**Материал и методы исследования .** Пациентам, которым с период с 2008 по 2015 гг., которым выполнена цилиндрическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по поводу рака, оценивали качество жизни с

использованием опросников QLQ-CR30 и CR29 Европейской организации по исследованию и лечению рака (EORTC).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В нашем центре выполнено 112 цилиндрических БПЭ (62 мужчин, 50 женщин), из них 68 – лапароскопических (61%) и 44 открытых (39%), послеоперационной смертности отмечено не было. При гистологическом изучении препарата в двух случаях была выявлена положительная граница резекции (1,7%), интраоперационной перфорации опухоли не отмечалось, что было подтверждено морфологическим исследованием. Медиана наблюдения составила 58 месяцев, за время наблюдения рецидива диагностировано у пациентов не было, однако 8 пациентов умерли в различные сроки по различным неонкологическим причинам (7%), у 12-и пациентов развились отдаленные метастазы (11%), все получали системное ХТ лечение, 2-м из них выполнены резекционные вмешательства на печени. Осложнения раны промежности были обнаружены у 25% пациентов, которые были разрешены консервативно. Половина пациентов предъявляла жалобы на постоянные боли в промежности. Качество жизни оценивали 7-46 месяцев после операции, показатель состояния здоровья составил 70,6, что было сопоставимо с референтными значениями EORTC и средними мировыми показателями, даже в сравнении с пациентами, которым выполнялись традиционные БПЭ. Модуль CR29 выявил достаточно высокие средние показатели учащенного мочеиспускания (48,1%), недержания мочи (30,5%) и импотенции (79,1%).

**Выводы.** Цилиндрическая БПЭ снижает вероятность возникновения местного рецидива, но не влияет на процессы отдаленного метастазирования. Расширенная резекция тканей промежности, не снижает общее качество, по сравнению с традиционной БПЭ, но приводит к высоким показателям осложнений раны промежности. Нарушение мочеполовой функции отмечается и в отдаленном периоде, в связи с чем необходимо совершенствовать технику цилиндрической БПЭ для снижения данных осложнений.

#### **Список литературы.**

1. Shihab O.C., Brown G., Daniels I.R. et al. Patients with low rectal cancer treated by abdominoperineal excision have worse tumors and higher involved margin rates compared with patients treated by anterior resection. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 1: 53—56.
2. Holm T., Ljung A., Haggmark T. et al. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg* 2007; 94: 2: 232—238.
3. West N.P., Anderin C., Smith K.J. et al. Multicentre experience with extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Br J Surg* 2010; 97: 4: 588—599.

*Данилов М.А., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г., Демидова А.А.*

### **СРАВНЕНИЕ МЕТОДИК ПЛАСТИКИ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА (собственный опыт)**

Отделение колопроктологии, ГБУЗ МКНЦ им. А.С.Логина ДЗ г.Москвы, Россия

**Актуальность.** Успешное лечение рецидивного эпителиального копчикового хода (ЭКХ) заключается не только в хирургическом иссечении «недолеченной» эпителиальной кисты, рубцовых тканей и свищевых ходов, но и в выборе метода дальнейшей пластики дефекта тканей. На сегодняшний день существуют различные подходы к закрытию послеоперационной раны после иссечения рецидивного ЭКХ. Наиболее распространены виды пластик в современной колопроктологии имеют методики с перемещенным лоскутом по Лимбергу, а также с латерализацией послеоперационной раны по Karydak-Bascom II. [1,2,3]

**Цель исследования.** Настоящее исследование является сравнение результатов хирургического лечения рецидивного ЭКХ с использованием различных пластических методик.

**Материал и методы исследования.** На базе отделения колопроктологии ГБУЗ МКНЦ им А.С. Логина ДЗМ в период с 2015 по 2019 год было пролечено 36 больных с рецидивным эпителиальным копчиковым ходом в стадии гнойных свищей. Двадцати трем пациентам было выполнено оперативное лечение в объеме иссечения эпителиальной кисты и свищевых ходов с пластикой перемещенным лоскутом по Лимбергу (основная группа), тринадцати пациентам выполнялась пластика с латерализацией раны и уплощением межъягодичной складки по Karydak-Bascom II (контрольная группа). Средний возраст больных составил 27,6±6,5 лет (все без исключения пациенты мужского пола). Группы не различались по ИМТ, возрасту, индексу ASA и сопутствующей патологии. Медиана наблюдения составила 34 месяца.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Группы не различались по объему интраоперационной кровопотери. Однако продолжительность хирургического вмешательства в основной группе была статистически больше (47,4±11,2 мин и 32,6±6,4 мин соответственно,  $p=0,03$ ). В основной группе средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 8,2±2,1 дня, в контрольной – 6,4±1,8 дней, однако различия были статически не значимыми,  $p=0,06$ . Послеоперационные осложнения в виде нагноения послеоперационной раны встречались чаще у пациентов основной группы – у 3 пациентов (13%), в контрольной группе – у 2-х пациентов (8,6%),  $p=0,1$ . Длительно незаживающие раны отмечались у 5 пациентов (3 – в основной, 2 – в контрольной),  $p=0,2$ . В различные сроки после операции были диагностированы рецидивы заболевания: в основной группе – у 2-х пациентов, в контрольной – у 4-х,  $p=0,01$ .

**Выводы.** Несмотря на технические аспекты, большую продолжительность операции, а также более длительный период пребывания в стационаре и реабилитации при использовании пластики перемещенным лоскутом по Лимбергу, данная методика имеет меньше количество рецидивов в отдаленные сроки наблюдения и может считаться более эффективным методом лечения рецидивных ЭКХ.

#### **Список литературы**

1. Bascom J. Pilonidal disease: Origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surgery* 1980;87(5):567–72.



2. Cihan A, Ucan B, Comert M, et al. Superiority of asymmetric modified limberg flap for surgical treatment of pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 244-249.
3. Yuksel, M.E. Pilonidal sinus disease can be treated with crystallized phenol using a simple three-step technique / M.E. Yuksel // *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* - 2017. - Vol. 26. - No1. - P. 15-17.

*Джамилев Р.Д., Зокиров Р.А., Фархов Ш.Ш.*

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

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

**Актуальность.** Лечение больных пожилого и старческого возраста с гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ГДЯК) является наиболее сложной и дискуссионной проблемой современной хирургии [3,4]. Несмотря на достижения гастроэнтерологии, анестезиологии и улучшение качества эндоскопической аппаратуры, совершенствование методов лечебной эндоскопии, общая летальность при данной патологии не имеет тенденции к снижению и остается высокой 3,3-15% (Шапкин Ю.Г. и соавт. 2004), что связано с неоднородностью анализируемых групп больных. Одним из главных причин высокой летальности при ГДЯК являются поздняя госпитализация, ошибки, допущенные при диагностике источника кровотечения, запоздалая операция, недостаточно энергичное лечение осложнение и сопутствующие заболевания. Кровотечение из желудочных и дуоденальных язв как непосредственная причина смерти занимает первое место в структуре смертности от язвенной болезни, и намного обгоняют по этому показателю язвенную перфорацию [1,2]. Несмотря на достижения фармакологии в лечении язвенной болезни желудка, количество осложненных форм гастродуоденальных язв, в частности, кровотечений, неуклонно растет. Это объясняется следующими факторами: снижением внимания хирургов к проблеме лечения язвенной болезни, гастроэнтерологов и терапевтов лечить не только язвенную болезнь, но и ее осложнения, и социальным фактором — ростом осложненных форм, связанных с недоступностью и нерегулярностью современной терапии язвенной болезни [5].

**Цель исследования** – оценить некоторые особенности консервативного лечения больных пожилого и старческого возраста с ОГДЯК.

**Материал и методы исследования.** Настоящая работа выполнена на базе хирургического отделения ГКБ №3 г Душанбе, которая является клинической базой кафедры общей хирургии №2 ТГМУ имени АбуалиибниСино за период 2015 по 2019 года.

В основу научной работы положено изучение результатов обследования и лечения 59 больного пожилого и старческого возраста с клинической картиной острого гастродуоденального кровотечения (ГДК) язвенной этиологии. Принципы консервативного лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии имеет две основные задачи:

- а) остановка кровотечения;
- б) коррекция острой кровопотери;

Одной из важнейших задач комплексного лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии считали рациональное проведение инфузионной терапии с целью нормализации гемодинамики и обеспечения адекватной перфузии тканей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Инфузионную терапию мы всегда начинали раньше гемо и плазматрансфузии с переливанием растворов, улучшающих реологию крови и микроциркуляцию.

При кровотечении легкой степени, когда больной не нуждается в переливании крови, у 45 больных, мы ограничились инфузией коллоидно-кристаллоидных растворов до 2000 мл. С этой целью использовали реополиглокин 400 мл, 5-10% раствор глюкозы - 800 мл, желатиноль - 400 мл, дисоль - 400 мл.

При кровопотере средней степени тяжести, кроме введения гемостатических препаратов, у 27 больных проводили гемотрансфузию из расчета дефицита глобулярного объема в количестве 600 или 1000 мл, наряду с этим переливание плазмозамещающих растворов в количестве 500 или 1000 мл, раствор глюкозы 5-10% раствора в количестве 800 мл.

При тяжелой степени кровопотери с момента поступления больных, у 29 начали внутривенное введение плазмозамещающих препаратов в количестве 1000-1500 мл, объем переливаемой крови соответствовал дефициту ГО. Эффективное лечение острой кровопотери у больных пожилого и старческого возраста обеспечивается сочетанным применением плазмозаменителей и консервированной донорской крови. Плазмозаменители имеют широкий фармакодинамический спектр действия: увеличивают ОЦК, нормализуют микроциркуляцию и реологические свойства крови, восстанавливают коллоидно-осмотическое давление крови и способствуют ликвидации дефицита внеклеточной жидкости. Желудочно-кишечные кровотечения обычно возникают на фоне нормальной или повышенной свертываемости крови. Имея это в виду, гемостатическую терапию проводили в виде внутривенного введения 10% - 10 мл кальция хлорида, дигидрата, а также 0,2% 2-4мл норадреналина в 150 мл изотонического раствора натрия хлорида. Применение более активной гемостатической терапии у больных пожилого и старческого возраста себя не оправдало, поскольку у них имеется готовность к тромбообразованию и активное вмешательство может привести к усилению внутрисосудистого свертывания крови.

*Учитывая гемостатический эффект, повышение тонуса гладких мышц сосудистой стенки, сужение вен и венул особенно в брюшной полости 12 больным было применено Терлипессин по 1000 мкг внутривенно каждые 6 ч в течение 2-3 суток до остановки кровотечения и 2 сутки после остановки кровотечения. У одного больного после введение Терлипессина было отмечено повышение АД, тахикардия в связи, с чем применение препарата был отменен.*

Для подавления секреторной функции желудка больным назначены препараты синтетических гормонов “сандостатин”. Сандостатин ингибируя глюкагон, способствует более быстрому восстановлению ОЦК, снижает двигательную активность желудочно-кишечного тракта и таким образом уменьшает кровообращение в органах брюшной полости.

Показаниями для применения сандостатина служили высокая степень риска операции у больных пожилого и старческого возраста, высокая степень риска операции у больных с тяжелым общим состоянием при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний.

Учитывая то, что реамберин обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием и восстанавливает энергетический потенциал клеток, 11-больным было внутривенно капельно введен реамберин из расчета 400мл в сутки в течение 6 дней с хорошим эффектом.

**Выводы.** Эффективное применение комплексного консервативного лечения, включающее препараты, также как Сандостатин, Реамберин и по показаниям Терлипрессин, у больных пожилого и старческого возраста с ОГДЯК позволяет в большинстве случаев добиться устойчивого гемостаза и избежать вынужденной операции отчаяния.

#### **Список литературы**

- 1.Агзамов Ф.М.Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной кровотечением или перфорацией язвы; автореф..д-ра мед.наук/ А. Е Агзамов // -Москва 2011.
- 2.Багненко С.Ф.Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение./ С.Ф. Багненко, В.Г. Вербицкий //Ст-Петербург; Политехника-2012- С. 242.
3. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии, патогенез, диагностика, лечение. / В.Г Вербицкий, С.Ф Багненко., А.А Курыгин //Санкт-Петербург. Политехника, 2014, С.240.
- 4.Винокуров М.М.Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением / М.М Винокуров //Хирургия-2008- №2 С.33
- 5.Гостищев В.К. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях./ В.К Гостищев //Хирургия -2015-№8- С.

*Джамилев Р.Д, Зокиров.Р.А.Фархов.Ш.Ш.*

### **ПРОВЕДЕНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОЖКК ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ**

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

**Актуальность.** Увеличение частоты язвенных ГДК у больных пожилого и старческого возраста, а также отсутствия единой лечебной тактики, делает ГДЯК актуальной проблемой.

Одним из главных причин высокой летальности при ГДЯК являются поздняя госпитализация, ошибки, допущенные при диагностике источника кровотечения, запоздалая операция, недостаточно энергичное лечение и сопутствующие заболевания.[3],

Открытие хеликобактериальной инфекции радикально изменило взгляды врачей на этиопатогенез язвенной болезни. По данным различных авторов причина 90% язв ДПК и 80% язв желудка является *H.pylori* .

Механизм действия *H.pylori* не до конца изучен. В литературе высказывают мнение о том, что *H.pylori* создает благоприятные условия для активации кислотно-пептического фактора.

В настоящее время доказано, что *H.pylori* препятствует заживлению язв и усиливает гибель клеток в краях язвы, а в итоге приводит к хроническому язвенному процессу [1].

По мнению некоторых авторов [2,4], главным фактором при хеликобактериальной инфекции, приводящей к образованию язв, является

генетическая особенность макроорганизма и уровень соляной кислоты. Если уровень кислоты низкое, то *H.pylori* может колонизировать в любом отделе

желудка, а при высокой кислотности местом паразитирования микроба может быть только антральный отдел желудка и часть ДПК [5].

В настоящее время стало общепринятым, что все больные с кровоточащей язвой должны быть тестированы на наличие *H.pylori*. Все больные с кровоточащей пептической язвой при обнаружении *H.pylori*должны получать соответствующее лечение. Однако пока не определена наиболее эффективная схема ЭТ, имеющая минимум побочных действий .

Если до открытия *H.pylori* в лечении ЯБ ведущее место занимало антисекреторное средство, то после его открытия на первый план выдвинулась антибактериальная терапия.

**Цель исследования.** Улучшение результатов комплексного лечения больных пожилого и старческого возраста с ОЖКК язвенной этиологии.

**Материалы и методы исследования.** Обследование на хеликобактериоз провели у 48 пациентов с ЖКК язвенного генеза, при этом хеликобактериоз различной тяжести диагностировали у 41 больного (85,4%) из числа больных хеликобактериозом с кровоточащими язвами желудка было 24 (58.5%), с кровоточащими низкими постбульбарными язвами 17 (41,5%) . Таким образом, из 17 пациентов с тяжелой степенью хеликобактериоза у 14 из них наблюдались тяжелые степени кровопотери.

Важное значение для профилактики рецидивов кровотечения придавали антисекреторной и антихеликобактерной терапии. Для эрадикационной терапии 48 больным использовали квадротерапию (четырёхкомпонентную терапию).

## Исследования хеликобактериоза у больных с ОЖКК язвенного генеза

Локализация язвы	Число больных	Бактерионосители	
		Число больных	Удельный вес %
Кровоточащие язвы желудка	27	24	88,9%
Кровоточащие язвы ДПК	21	17	80,9%
Всего	48	41	85,4%

Решением Маастрихтской согласительной конференции по изучению пилорического хеликобактера (2000г), для эрадикационной терапии были рекомендованы схемы 1-й линии, каждая из которых обязательно включает в себя назначение одного из блокаторов протонного насоса в стандартных дозах 2 раза в день.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Результаты исследования хеликобактериоза показали, что наиболее высокие показатели хеликобактерной обсемененности гастродуоденальной слизистой наблюдаются при тяжелых профузных дуоденальных кровотечениях.

Эрадикационную терапию 1-й линии (трех компонентную терапию) применяли у 27 больных с ОЖКК по следующей схеме: 0,04г контралока 2раза в сутки + амоксициллин 1 гх2раза в сутки + метронидазол 0,5гх2р в течение 7 дней. Представленная схема 1-й линии эрадикационной терапии оказалась эффективным лишь для 9 пациентов, в связи с чем в дальнейшем перешли на медикаментозную терапию 2-й линии квадротерапии. Схема квадротерапии 2-й линии представляется следующим образом: 0,04 контралока 2 раза в сутки + де-нол 120 мг4 раза в сутки + амоксициллин 1г 2 раза в сутки + метронидазол 05гх2раза в сутки в течение 7 дней.

**Выводы.** Об эффективности антихеликобактерной терапии судили по данным клинической картины заболевания и результатом исследования секреторной функции желудка, степени тяжести хеликобактериоза, а также и эндоскопическим критериям. Так, у 48 больных с ОЖКК при поступлении 37(74%) пациентов имели жалобы на боли в эпигастрии, изжогу, после проведения дооперационной антихеликобактерной терапии у всех пациентов наблюдалось уменьшение вышеперечисленных жалоб.

Результаты комплексного исследования желудочной секреции у 30 больных показали значительное снижение кислотопродукции у этих пациентов после проведения антихеликобактерной терапии. Проведенное комплексное антихеликобактерное лечение у 48 больных с ОЖКК показало значительное снижение хеликобактерной обсемененности гастродуоденальной слизистой.

### Список литературы.

1. Абрамов Л.А. Влияние антихеликобактерной терапии на течение язвенной болезни, осложненной кровотечением. // Л.А. Абрамов // Р.ж. ГГК, приложение №26- 2011, том XV-№5-С. 55.
2. Баркалов С.В. Взаимосвязь распространенности CagA штампов *H. pylori* и распространенности гастрита у монголоидов Сибири / С.В. Баркалов О.С Амельгукова // Р.ж ГГК, прилож. №28.М.-2016-том XVI.-№5.-С.45.
3. Казылов И.А. Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв // И.А. Казылов, Ф.С. Курбанов // - Хирургия №1 – 2010 – С. 33-38.
4. Страдымов А.А. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2011. № 11. С. 24
5. Липницкий Е.М. Диагностика и лечение хеликобактериоза у больных с кровоточащей пептической язвой // Е.М. Липницкий, А.В. Алегберзаде // Хирургия- 2010-№12-С.11-15.

*Джонов Б.Н., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Факиров Х.З.*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

**Актуальность.** По данным литературы на сегодняшний день от 2,5 до 9,3% больных среди всех пациентов, находящихся в хирургическом стационаре, являются больные с ОКН, при которой число летальности колеблется от 3,5% до 45% случаев [4-6]. Среди всех видов механической ОКН неопухолевого генеза первое место занимает острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН), частота которой по данным разных авторов составляет от 46 до 89,3% случаев [7-9]. Как известно, эти пациенты в основном поступают с явно выраженной симптоматикой кишечной непроходимости и до 85,3 % случаев оперируются в экстренном порядке, что повышает риск летальности, которая колеблется от 4,6% до 49% случаев [10-12].

**Цель исследования.** Улучшить результат хирургического лечения больных с ОСТКН.

**Материал и методы исследования.** Были изучены материалы результатов лечения 96 (100%) больных с острой тонкокишечной непроходимостью, среди которых её спаечная форма составляла 89 (92,7%) случаев, а у остальных 7 (7,3%) больные причиной непроходимости являлось наличие фитобезоаров. Больные были подвергнуты стационарному лечению в хирургических отделениях ГУ Городского центра скорой медицинской помощи города Душанбе в период с 2014 по 2018 годы. Женщин было - 41 (42,7%), мужчин - 55 (57,3%). Возраст больных варьировал от 25 до 74 лет, а длительность заболевания до госпитализации составляла от 3 часов до 4 суток. Из 89 (100%) больных с ОСТКН только в 36 (40,4%) случаях удалось выписывать больных после положительного эффекта консервативного лечения, а остальные 53 (59,6%) больные подверглись хирургическому лечению. При изучении причины проведения первичной операции была установлено превалирование больных, перенёвших в анамнезе аппендектомию (табл.1).

Следует отметить, что среди 40 (100%) больных оперированных по поводу острого аппендицита, в 31 (77,5%) случаях был выявлен различного вида аппендикулярный перитонит, для которого требовались дополнительные дренирования брюшной полости (от 1-го до 3-х трубок).

Среди больных, оперированных по поводу гинекологических заболеваний, преобладали пациенты, перенёвшие кесарево сечение, что составляло 9 (50%) из общего числа (n=18) пациентов.

Таблица 1.

**Распределение больных по характеру перенесённых в анамнезе оперативных вмешательств**

№	Характер перенесенной операции	Абс. чис.	(%)
1	Аппендэктомия	40	44,9
2	Операции на женских внутренних половых органах	18	20,2
3	Операции по поводу перфоративной язвы	10	11,2
4	Операции по поводу ОКН	7	7,9
5	Операции на печени и желчных путях	5	5,6
6	Ранения и травмы живота	2	2,3
7	Не оперированные пациенты	7	7,9
<b>ИТОГО:</b>		<b>89</b>	<b>100</b>

В ходе лечения всем пациентам эффективно были проведены общеклинические и биохимические исследования крови, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости и по показаниям рентгеноконтрастное исследование кишечника.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении сравнительной оценки в раннем послеоперационном периоде отмечалось преобладание послеоперационных осложнений у больных, перенёвших операции по традиционным методам (табл. 4). Причиной развития послеоперационного перитонита у пациентки в основной группе являлось наличие коагуляционного некроза тонкой кишки во время проведения рассечения спайки и коагуляции кровоточащего участка, который требовал проведения лапаротомии с резекцией тонкой кишки и наложением энтеро-энтероанастомоза бок в бок, санацией и дренированием брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко, рана заживала первичным натяжением. Больная была выписана на 8-е сутки после лапаротомии в удовлетворительном состоянии.

У 1-го пациента контрольной группы с развитием ранней спаечной кишечной непроходимости и у 1-го с послеоперационной подкожной эвентрацией кишечника потребовалось проведение релапаротомии. Больным с нагноением послеоперационной раны была проведена соответствующая терапия с положительным эффектом. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Летальные исходы в обеих группах не наблюдались.

Средняя продолжительность видеолaparоскопических вмешательств составляла 55±65 минут, а у традиционных вмешательств этот период равнялся 90±65 минут. Более длительная продолжительность операции традиционным методом обусловлена послойным вскрытием брюшной полости с последующим её ушиванием, необходимостью проведения гемостаза в ране при рассечении тканей и наличием более выраженного спаечного процесса в брюшной полости, а также наличием плотного конгломерата, который требовал резекции кишечника с наложением анастомоза для восстановления её непрерывности.

Срок госпитализации у больных основной группы в среднем составил 4-5 койко-дней, тогда как данный период у больных контрольной группы составил 8-11 койко-дней.

При изучении частоты развития повторных приступов спаечной болезни и госпитализации больных в течение от 8 месяцев до 4 лет после их выписки из стационара, только в двух случаях больные из контрольной группы повторно были госпитализированы с диагнозом ОСТКН, спаечная болезнь, которая составляла 6,25% случаев.

Рецидив заболевания среди больных основной группы не наблюдался.

Выводы: 1. Таким образом, проведение миниинвазивных вмешательств в лечение больных с ОСТКН даёт возможность минимизации травматизации операции, что способствует снижению риска развития гнойно-воспалительных осложнений и рецидива спайкообразования в брюшной полости. 2. При наличии более выраженных спаечных процессов в брюшной полости и трудности их разделения лапароскопическим методом, а также выявление плотного конгломерата, требующего резекции кишечника на фоне других спаечных процессов в брюшной полости (ограничивающие необходимую площадь работы видеозендоскопическими методами) при ОСТКН целесообразным является проведение операции традиционными методами.

**Список литературы:**

1. Белоконев В.И. Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью / В.И. Белоконев, А.И. Федорин // Вестник Авиценны. – 2012. - №3. – С. 30-32.
2. Степанюк А.А. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью / А.А. Степанюк, Н.В. Завада // Хирургия. Восточная Европа. – 2016. - №1. – С.17-23
3. Adhesive small bowel obstruction in children and adolescents: operative utilization and factors associated with bowel loss / T.B. Lautz [et al.] // J Am Coll Surg. – 2011. – V.212, N5. – P.855–861.
4. Орсич Е.О. Проблема спаечной болезни брюшной полости / Е.О. Орсич, С.А. Жидков, А.С. Жидков // Молодой учёный. – 2016. – V.111, N7. – P.418-421.
5. Стяжкина С.Н. Острая кишечная непроходимость в хирургической практике / С.Н. Стяжкина, Н.А. Маслова, Е.Н. Шутова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – Т.42, №11. – С.54-55.

## **МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ДИАЛИЗА В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СГИБА**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии. Таджикистан.

**Актуальность.** История постоянного сосудистого доступа для гемодиализа начинается с артериовенозного шунта, предложенного в 1960г. В. Scribner. Сейчас методика представляет лишь исторический интерес. Понятие «постоянный сосудистый доступ» обрело свой истинный смысл благодаря достижениям в сосудистой хирургии, одним из которых является способ формирования подкожной артериовенозной фистулы между *a. radialis* и *v. cephalica* на запястье, описанный М. J. Brescia и J. E. Cimino в 1966 г. Но выбор оптимальной методики по-прежнему следует считать актуальным [1-3]. Основной её целью принято считать обеспечение повторных доступов к циркулирующей крови при минимальном количестве осложнений. Идеальным сосудистым доступом признается такой, который обеспечивает соответствие скорости кровотока назначенной дозе диализа, функционирует долго (многие годы) и не имеет осложнений. В настоящее время среди всех известных вариантов постоянного сосудистого доступа самым оптимальным считается формирование подкожной артерио-венозной фистулы между *v. cephalica* и *a. radialis* в области запястья [4]. Однако эти фистулы у каждого третьего больного подвергаются тромбозу в раннем послеоперационном периоде, и это вызывает выраженные изменения сосудов этих бассейнов на значительном протяжении, что в свою очередь делает невозможным повторное выполнение соустьев на уровне предплечья [5]. В связи с вышеизложенным, актуальным остается вопрос об альтернативном способе формирования нового артериовенозного соустья после неудачно выполненных в области запястий артериовенозных фистул.

**Цель исследования.** Изучить эффективность формирования микрохирургических артерио-венозных фистул (АВФ) в области локтевого сгиба для программного гемодиализа у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

**Материал и методы исследования.** В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2014 по 2020 годы выполнены 10 операций наложения дистальной артериовенозной фистулы для программного гемодиализа на уровне локтевого сгиба. Мужчин было 3, женщин – 7. Возраст больных составил от 30 до 60 лет. Все операции проведены под оптическими увеличениями, с применением прецизионной техники и местной анестезией. Наблюдения параметров артериального давления и частоты сердечного сокращения проводились на мониторе.

Во всех случаях больным произведена операция формирования подкожной артериовенозной фистулы между *v. cephalica* и начальной проксимальной части *a. radialis* конец в бок в области левого локтевого сгиба.

Техника выполнения операции. Перед инфильтрацией производится маркировка схемы разреза в косоперечном направлении в проекции начального отдела лучевой артерии (тотчас после её отхождения от плечевой артерии) и *v. cephalica*. Далее производится инфильтрация мягких тканей 1% раствором лидокаина. По линии маркировки выполняется разрез кожи и подкожной клетчатки. Под оптическим увеличением и с применением прецизионной техники мобилизуется *v. cephalica* в проксимальном направлении на протяжении 4-6 см, а дистальный конец вены лигируется. Проксимальный конец подготавливается для анастомоза. Диаметр вены в большинстве случаев составляет 4-6мм. Далее острым и тупым путём мобилизуется начальный отдел проксимальной части лучевой артерии на протяжении 4см, проксимально и дистально от этой зоны накладываются сосудистые клипсы (типа «собачки»). После этого производится боковая артериотомия лучевой артерии диаметром 4мм. Проксимальный конец *v. cephalica* подводится к боковому артериотомному отверстию лучевой артерии и узловыми швами нитью 7/0 выполняется анастомоз конец вены в бок артерии. После снятия клипсов головная вена резко наполняется артериальной кровью, над анастомозом и начальным отделом вены прощупывается систолическое дрожание. После этого рана зашивается узловыми швами.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ранний послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, анастомозы во всех этих случаях функционировали, о чем свидетельствовало систолическое дрожание и систолический шум над анастомозом и проксимальным отделом головной вены. Швы сняты на 12–14 сутки после операции. Использование АВФ для гемодиализа начинали на 2–4 неделе после операции, когда происходило относительное расширение головной вены и стабильное функционирование АВФ.

Отдаленные результаты в сроках от 6 месяцев до 5 лет наблюдали у 7 (70%) больных, которых регулярно приводят на программный гемодиализ.

**Выводы.** Таким образом, формирование артериовенозной фистулы между головной веной и начальным отделом лучевой артерии в кубитальной области позволяет создать постоянный сосудистый доступ для гемодиализа у больных, у которых ранее неоднократно наложенные в области запястья артериовенозные фистулы тромбированы, а повторная реконструкция сосудов в этой области не представляется возможным.

### **Список литературы**

1. Алфёров С. В. Проблемы хирургии сосудистого доступа для гемодиализа. / С.В. Алфёров, С.А. Карпов, К.М. Гринёв // Вестник хирургии им. И.И. Грекова, - 2013.- N 2.- С.97-100.
2. Allon M. Effect of change in vascular access on patient mortality in hemodialysis patients / M.Allon, J.Daugirdas, T.A. Depner. // Am. J. Kidney Dis. 2006. Vol. 47. P. 469.
3. Pisoni R. L. Facility hemodialysis vascular access use and mortality in countries participating in DOPPS: an instrumental variable analysis / R. L.Pisoni, C. J.Arrington, J. M.Albert // Am. J. Kidney Dis. 2009. Vol. 53. P. 475.
4. van der Linden J., Forearm venous distensibility predicts successful arteriovenous fistula / van der J. Linden, T.W. Lameris, van den A.H. Meiracker // Am. J. Kidney Dis. 2006. Vol. 47. P. 1013.

5. Manne V. Factors influencing patency of Brescia-Cimino arteriovenous fistulas in hemodialysis patients. / V Manne, S.P. Vaddi, V.B. Reddy, S. Dayapule // Saudi J Kidney Dis Transpl 2017;28:313-7.

*Джононов Д.Д., Саидов И.С., Давлатов Р.К., Файзуллоева М.Ф.*

## **ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НАГНОЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии.Таджикистан.

**Актуальность.** Инфекция является грозным осложнением после реплантации и может обусловить тромбоз как артерий, так и вен, и чаще приводит к некрозу реплантированного сегмента. В настоящее время нет единого алгоритма ведения больных с травматическими ампутациями конечностей, направленного на профилактику гнойных осложнений. До сих пор нет заметных успехов в лечении данных осложнений, нет единого мнения о технике и сроках повторных восстановительных операций [2, 4, 5, 8]. Интерес к данной проблеме объясняется тяжелыми последствиями развившихся осложнений, которые часто приводят к утрате жизнеспособности реплантированного сегмента. В результате гемодинамических нарушений, связанных с перенесенной длительной ишемией, в реплантированных конечностях снижается концентрация лекарственных препаратов. В связи с этим многие методы лечения оказываются малоэффективными, и возникает необходимость в их усовершенствовании [6, 9].

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения больных с гнойными осложнениями реплантированных сегментов конечностей.

**Материал и методы исследования.** В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2014 по 2020 годы поступили 75 (105 пальцев) больных с травматическими ампутациями пальцев выполнены реплантации пальцев кисти. Все пациенты были трудоспособного возраста.

Из 105(75 пациентов) реплантированных пальцев кисти отмечалось нагноение раны на 11 (10,4%) пальцах (8 случаев) которое постепенно развилось некроз реплантированных сегментов кисти. Причинами нагноения раны, в основном, явились нарушения правил консервации ампутированных пальцев и механизм травм.

Мужчин было 6, женщин - 2. Возраст больных колебался от 18 до 49 лет. Ампутации были обусловлены электропилой - 2 случая, механической траворезкой - 4, раздавливанием тяжелым металлическим предметом - 2. 3-е больных были оперированы через 3 часа после травмы, через 5 часов - 2 больных, остальные 3 пациента были оперированы в пределах от 6 до 12 часов после травмы. Продолжительность операции составляла в среднем 4 часа. Во всех случаях была произведена реплантация пальцев.

Появление первых признаков нагноения, как правило, сопровождалось одномоментным развитием острой артериальной или венозной непроходимости, приводящей во всех случаях к некрозу пальцев. Декомпенсация кровообращения на фоне нагноения в течение вторых суток после операции отмечалась в 1 случае, на 3 сутки после операции - 3 случая и на 5 сутки - в 4 случаях.

В 4-х наблюдениях были предприняты повторные оперативные вмешательства с целью спасения этих пальцев. Во время операции были найдены грубые воспалительные изменения в окружающих сосуд тканей с фиброзом, сдавлением и тромбозом области микроанастомозов артерий и вен. Распространение гнойно-воспалительного процесса по всему периметру пальцев в зоне травмы исключило возможность выполнения обходного шунтирования для восстановления кровотока.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Причинами развития гнойных осложнений, по нашему мнению, явились недостаточное соблюдение принципов первичной хирургической обработки ран, особенно при рваных и раздавленных ампутациях с исходным сильным загрязнением ран. В некоторых случаях вторичное инфицирование ран объясняли влиянием госпитальной инфекции.

**Выводы.** Таким образом, нагноительные осложнения после реплантации пальцев являются наиболее грозными, при которых выполнение повторных операций бесперспективно и во всех случаях приводит к их некрозу. С целью профилактики развития гнойных осложнений при реплантации пальцев кисти необходимо соблюдать все принципы первичной хирургической обработки ран, а также проводить адекватную антибактериальную и противовоспалительную терапию в ближайшем послеоперационном периоде.

### **Список литературы.**

1. Тимербулатов М.В. Комплексное хирургическое лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями реплантированных конечностей. / М.В. Тимербулатов, Р.К. Ибрагимов, Т.Р. Галимов, С.С. Казбулатов, З.З. Кутуев // Пермский медицинский журнал 2013 том XXX № 6 32-36ст.
2. Hamid, A. Finger Replantation in Sanglah General Hospital: Report of Five Cases and Literature Review. / A. Hamid, G. Triwono // Bali Medical Journal 2016. 5(3): 177-182. DOI:10.15562/bmj.v5i3.339.
3. Motamedolshariati S M. Finger Replantation: A Review of Replantation of Four Finger in Three Patients. / S.M. Motamedolshariati, E. Rezaei, M. Dahmardehei // ZJRMS 2015 Jan; 17(1): 47-50.
4. Prucz R B. Upper extremity replantation: Current Concepts. / R.B. Prucz, J.B. Friedrich // Plast Reconstr Surg. 2014;133:333-342.

*Додихудоев Р.А., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Ганиев А.*  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**  
Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острый панкреатит, осложнённый панкреонекрозом (ПН) является весьма тяжёлой распространённой ургентной патологией органов брюшной полости, сопровождающейся высокой летальностью [2,3]. Несомненное влияние на уровень снижения высоких цифр летальности оказало внедрение современных технологий в диагностике, и новых схем консервативного и хирургических методов лечения [1,4]. На сегодняшний день основной причиной неблагоприятных результатов лечения панкреонекроза является сочетание его системных и локальных осложнений [1,2,3]. А системные и локальные осложнения панкреонекроза обладают свойством взаимного отягощения, и исход заболевания, нередко, оказывается сопряжённым с результатом эффективного воздействия и на те, и на другие. И печален тот факт, что значительная часть летальности пациентов (45-65%) с тяжёлым острым панкреатитом приходится на первую неделю заболевания, в фазе панкреатогенной токсемии и зачастую основной причиной являются «ранние токсемические» осложнения. [4,5].

**Цель исследования** - изучить особенности течения системных осложнений при остром деструктивном панкреатите осложнённого панкреонекрозом.

**Материал и методы исследования.** Проведённое исследование основано на результатах диагностики и лечения 113 пациентов с острым деструктивным панкреатитом осложнённым панкреонекрозом за период с 2010 по 2020 гг. в хирургических отделениях ГУ «Городской центр неотложной медицинской помощи» г. Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Среди исследуемых пациентов мужчин было 79(69,9%) и женщин 34(30,1%). Средний возраст составил 51±15 лет. Количество лиц трудоспособного возраста составило 94 (83,1%). Проведённое исследование зависело от характера применявшегося лечения, все наблюдения в исследовании были разделены на три группы: 1) пациенты с ранними системными осложнениями ПН, в лечении которых использовали только малоинвазивные вмешательства 31(27,4%) I группа (основная); 2) больные, перенесшие традиционные лапаротомные операции (ТЛО) 43(38,1%) наблюдений -II группа (контрольная), 3) случаи, в которых хирургическое лечение не принималось 39(34,5%) пациентов -III группа (дополнительная). Тяжесть состояния больных на момент госпитализации и в динамике определяли по шкале SAPS (Simplified Acute Physiology Score) К основным методам диагностики применявшихся в исследовании, мы относим следующие: а) лабораторные, б) лучевые, в) эндоскопические.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости выполняли в 100% случаев при поступлении и в динамике, что позволяло оценивать структуру самой ПЖ, выявлять патологические изменения в сальниковой сумке, брюшной и плевральных полостях, забрюшинном пространстве, уточнять состояние сосудов системы воротной вены с использованием технических возможностей аппаратов Aloka-SSD 500, Aloka-SSD 1700, Aloka-SSD 2000, Siemens G 40 и Esaote с датчиками 3,5 и 5 мГц. Рентгенологические исследования, выполнявшиеся на аппаратах с электронно-оптическими преобразователями (ЭОП).

Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) выполняли 19 (16,8%) пациентам. Во время исследования оценивали состояние слизистой желудка и ДПК на предмет эрозивно-язвенных изменений, наличия лимфостаза, осматривали Фатеров сосок с использованием оборудования фирмы «Olympus», «Pentax» и «Karl Storz».

Лапароскопию (ЛС) применяли у 41(36,2%) больных. При лапароскопических вмешательствах оценивали состояние париетальной и висцеральной брюшины, большого и малого сальника, наличие бляшек стеатонекроза, экссудата в брюшной полости и его характер, состояние печени, жёлчного пузыря, желудка, желудочно-ободочной связки, брыжеек тонкой и толстой кишки, петель кишечника. Подобные вмешательства проводили с использованием оборудования фирм «Karl Storz», «Auto Suture».

Состояние и уровень нарушений сердечно-сосудистой системы мы оценивали при помощи мониторинга следующих протокольных показателей: среднего

артериального давления (САД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), величины сердечного выброса (СВ), центрального венозного давления (ЦВД), уровня гематокрита крови, концентрации в ней гемоглобина, степени инотропной поддержки миокарда, общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС), также учитывали характер патологических изменений на электрокардиограмме (ЭКГ). Среди малоинвазивных хирургических вмешательств, применявшихся в I фазе ДП, наиболее распространённой стала ЛС, которую проводили 31(27,4%) пациентов. Всего было выполнено 41(36,2%) ЛС, которые применяли не только с целью верификации диагноза, но и в качестве инструментального лечебного воздействия, позволявшего осуществить различные лечебно-санационные манипуляции. В 41(36,2%) случаях ЛС завершали санацией и дренированием брюшной полости по поводу выявленного ферментативного перитонита, в 31(27,4%) наблюдений вмешательство дополняли лапароскопической холедистостомией (ЛХС) в связи с установлением признаков жёлчной гипертензии. К щадящим хирургическим вмешательствам, выполнявшимся в поздние сроки заболевания, помимо ЛС относились пункционные и пункционно-дренирующие пособия под контролем ультразвука (УЗ) и операции из минидоступа (МД). К пункции и/или дренированию под УЗ-наведением прибегали в случае верификации отграниченных панкреатогенных жидкостных скоплений.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех пациентов, включенных в исследование, нами было диагностировано развитие системных осложнений, манифестацию которых отмечали преимущественно в I фазе ДП - 211 (18,5%) наблюдений, и лишь в 9 (7,8%) случаях дисфункции дебютировали во II периоде основного заболевания. Тяжесть состояния по шкале SAPS была менее тяжёлой (10-19 баллов) у 13(11,5%) больных, тяжёлой (20-21 баллов)-у 17(15,1%) пациентов; очень тяжёлой (>21 балла)-19(16,8%) наблюдений. В ходе исследования выявлено, что самыми частыми системными нарушениями, выявленными стали печёночная недостаточность (ПеН) - 29



(25,6%) случаев и ОССН у 25(22,1%) наблюдений. ОДН диагностирован - у 18 (15,9%) и ОПН у 16 (14,1%) пациентов. И редким системным осложнением оказалась ЦН, который диагностирован у 11(9,7 %) пациентов. В дальнейшем, в ходе исследования сочетанную измененную функцию печени и почек диагностировали - у 10 (8,8%) больных, комбинацию почечной и церебральной дисфункции-у 8 (7,1%) пациентов, синхронное возникновение ОПН и ОССН имело место в 11 (9,7%) случаях, сочетание почечной и респираторной дисфункции в 6 (5,3%) наблюдениях. Возникновение гепатаргии совпадало с началом ОССН у 13 (11,5%) больных, с развитием ОДН - у 8 (7,1%), с дисфункцией ЦНС - у 5 (4,4%). У 7 (6,1%) пациентов ЦН сочеталась с ОССН, в 10 (8,8%) наблюдениях-с ОДН. Комбинацию кардиоваскулярных и респираторных расстройств отмечали в 5 (4,4%) случаях. У исследованных групп более часто встречали печёночную дисфункцию, выявленную у 26 (23,0%) пациентов. И только у 7(6,1%) пациентов она возникла в I фазе основного заболевания в 1-е сутки госпитализации, а в 6 (5,3%) случаях - на 7-е сутки пребывания в стационаре. У 12(10,6 %) больного признаки данного осложнения сохранялись более 16 дней. Первичное возникновение нарушений функций печени исключительно во II фазе заболевания мы наблюдали в 7 (6,1%) случаев.

Менее распространёнными были нарушения функций сердечно-сосудистой системы, которых мы зафиксировали у 12 (10,6%) больных, из них 6 (5,3%) случаев - в I фазе ПН и 6(5,3%) наблюдений — во II периоде заболевания. К тяжелому течению ОССН, встречавшемуся в нашем исследовании у 9 (7,9%) пациентов, относились случаи циркуляторного шока, для которого были характерны выраженная слабость, бледность кожного покрова, акроцианоз, положительные симптомы Девиса, Лагерлефа, Мондора, Грея-Тернера и др., критическая тахи-, или брадикардия (ЧСС в 1 мин. <40 или >180), нитевидный пульс, гипотония (САД <50 мм рт. ст.), уменьшение пульсового давления, МОС и ОЦК, понижение ЦВД, коллапс, ишемические изменения на ЭКГ. Такое осложнение требовало проведения неотложной интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения с применением вазопрессоров (допамин >10 мг/кг/мин). При этом средняя продолжительность дисфункции сердечно-сосудистой системы у пациентов с ПН оказалась 8,7±10,2 суток.

**Выводы.** Таким образом системные осложнения острого панкреатита, осложненного панкреонекрозом первично возникают как в фазе токсемии (98,3%), так и в фазе гнойно-некротических осложнений (1,7%) и имеют вид моноорганных дисфункций (МоноОД), полиорганных дисфункций (ПОД) и полиорганной недостаточности (ПОН). Критическим временным интервалом для развития системных осложнений являются 1-е, 7-е, 14-е, 21-е сутки с момента заболевания.

#### **Список литературы:**

1. Варзин С.А. Прогностическая ценность лабораторных показателей при панкреонекрозе /С.А. Варзин, А.Н. Шишкин, В.В. Ивлёв// Вестник хирургической гастроэнтерологии. -2014. -№5. -С.65 -66.
2. Осложнения и летальность при миниинвазивном лечении острого некротического панкреатита /Д.В. Мизгирёв, Б.Л. Дуберман, А.М. Эпштейн, В.В. Кремлёв, С.В. Бобовник, В.Н. Поздеев, Е.В. Прудийёва// Анналы хирургической гепатологии. -2014. -Т.19. -№2. -С.66-71.
3. Острый панкреатит. Взгляд на проблему /Е.И. Брехов, В.В. Калинин, М.В. Коробов, А.В. Сычев, А.Е. Абро-сов// Кремлевская медицина. Клинический вестник. -2015. - №3. -С.166-174.
4. Хирургическая тактика при панкреонекрозе и его осложнениях /Д.М. Красильников, А.В. Абдульянов, И.В.Зайнуллин, М.А. Бородин, Р.А. Зефилов, А.М. Имамова// Казанский медицинский журнал -2016. -В.6 - С.898-903.
5. Acute pancreatitis: bench to the bedside /S.J. Pandol, A.K. Saluja, C.W. Imrie et al. // Gastroenterology.-2017.-Vol. 132.-issue 3.-pp.1127-1151.

### ***Додихудоев Р.А., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш.*** **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

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

**Актуальность.** По современным статистическим данным заболеваемость острым панкреатитом среди населения имеет тенденцию к нарастанию и варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. человек населения земного шара в год. У 18-26 % больных развитие острого панкреатита часто приводит к деструктивному и некротическому характеру поражения [1,5]. В последние годы отмечается увеличение числа осложнённых и тяжелых форм заболевания, а также летальности, которая при некротических формах достигает до 56-72 % [3,5]. Бурное развитие в последние годы применение инструментальных методов исследования, проблема ранней диагностики острого панкреатита и его осложнений и оценки степени вовлечения поджелудочной железы в патологический процесс остается актуальной и дискуссионной [2,4,5]. При поступлении пациентов в стационар с острым панкреатитом и его осложнениями, тем более в экстренном порядке, наряду с общеклиническими методами обследования решающим в постановке диагноза считается ультразвуковое исследование [3,5]. По литературным и клиническим данным на сегодняшний день известны основные эхо-признаки острого панкреатита это увеличение размеров поджелудочной железы, изменение контура органа и его формы, эхогенности и наличия вовлечения протоковой системы [1,4]. Но и весьма информативным в постановке диагноза считается сдавление сосудов, расположенных в зоне воспалительного процесса. При этом в ряде исследований подчеркивается, что применение методик цветной и спектральной доплерографии затруднено из-за помех, связанных с парезом кишечника и трудностью визуализации поджелудочной железы, наличием передаточной пульсации аорты. Вероятно, поэтому в научной литературе очень мало встречается сведений о состоянии гемодинамики в сосудах гепатопанкреатодуоденальной зоны при остром панкреатите и его осложнениях. В основном рассматривается кровоснабжение паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите [3,4,5].

**Цель исследования.** Усовершенствовать ультразвуковую диагностику ранних признаков острого панкреатита и его осложнений путём изучения доплерографии.

**Материал и методы исследования.** В хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе с 2010 по 2020 гг. находились 106 больных острым панкреатитом в возрасте от 17 до 85 лет, из них женщин 49(46,2%), мужчин 57(53,7%). В группе пациентов с отечной формой острого панкреатита составили 65(61,3%) человек, группу больных панкреонекрозом было 41(38,6%). В ранние сроки от начала заболевания поступило 35(33,1%) больных с отечной формой, и 30(28,3%) больных с острым панкреатитом осложнённым панкреонекрозом. Статистической обработке подверглись результаты исследований всех 106 больных с острым панкреатитом. Для объективизации процесса пациенты были распределены на 3 группы больных по локализации поражения поджелудочной железы, поступивших в ранние сроки от начала заболевания: с преимущественным поражением головки 59(55,6%) пациентов, с диффузным поражением всех отделов поджелудочной железы 31(29,2%), с преимущественным поражением хвоста 16(15,1%) пациентов. Всем пациентам согласно протоколам диагностики и лечения, проведено УЗИ. Исследование выполнено на ультразвуковых сканерах: «Aloka»-SSD 4000, «Aloka»-SSD 2000 (Япония), «Phillips -En Visor» (Германия) с использованием конвексных датчиков 2,0-5,0 МГц и линейных 5,0-12,0 МГц. Состояние органов брюшной полости и забрюшинного пространства в В-режиме оценивали по стандартной методике. Наряду с серошкальной эхографией проводили цветовую и спектральную доплерографию чревного ствола, селезеночной, общей печеночной, гастродуоденальной и верхней брыжеечной артерий, а также селезеночной и верхней брыжеечной вен. Измеряли диаметр сосудов, оценивали их проходимость и геометрию. Снимали показатели линейных скоростей кровотоков, рассчитывали объемную скорость кровотока в каждом из перечисленных выше сосудов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В момент поступления в стационар у 31 (21,9%) больного с острым панкреатитом размеры и эхоструктура поджелудочной железы укладывались в пределах нормальных значений и имели минимальные отклонения от нормы, и только позже, при последующих контрольных УЗИ, выявлено увеличение панкреаса и изменение её эхоструктуры. Допплерографические же проявления нарушения регионарного кровотока были зафиксированы при первом осмотре. В 1-4 сутки от начала заболевания 69-и больным острым панкреатитом с лечебной и диагностической целью была проведена селективная катетеризация чревного ствола и целиакография на рентгенодиагностическом комплексе фирмы «Siemens» (Германия). Под местной анестезией 50,0 мл 0,5% раствора новокаина в асептических условиях выполнялась пункция общей бедренной артерии, катетеризация по Сельдингеру брюшного отдела аорты и селективная катетеризация чревного ствола. При этом выявлялись характерные признаки острого панкреатита: в зависимости от локализации поражения отмечалось увеличение диаметров чревного ствола, общей печёночной артерии, селезеночной артерии, гастродуоденальной артерии. Выявлено изменение чревного ствола и её угол отхождения от брюшной аорты, приближаясь к тупому или прямому. В ряде случаев была «натянута», выпрямлена гастродуоденальная артерия, а ее ветви были расширены. В зоне поражения поджелудочной железы наблюдали усиление сосудистого рисунка, извитость и прерывистость мелких артерий. Катетер оставляли в чревном стволе для регионарной инфузионной терапии. Данные Ультразвукового исследования и ангиографические характеристики сравнивались в ходе исследования. Диаметры изучаемых сосудов были полностью идентичны. Наиболее четко и показательно визуализировались мелкие артерии внутри поджелудочной железы при ангиографии, тогда как функция крупных сосудов была определена доплерографическим исследованием. Состояние венозного кровотока определялось только доплерографическим исследованием. В зоне поражения поджелудочной железы мы отмечали усиление внутриорганного кровотока с преобладанием венозного. Повторную целиакографию после инфузионной регионарной терапии не проводили. В то же время доплерографический контроль за эффективностью лечения проводили по мере необходимости.

У 59(55,6%) больных мы диагностировали острый панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Из них у 27(25,4%) больных с острым отёчным панкреатитом и у 10(9,4%) больных с острым панкреонекрозом. У пациентов с преимущественным поражением головки поджелудочной железы были значительно увеличены размеры головки (на 81-94% от нормы), менее значительно размеры тела и хвоста поджелудочной железы. При этом контуры поджелудочной железы были нечеткие преимущественно в области головки, эхоструктура однородна у больных с острым отёчным панкреатитом и однородна или выявлено умеренно диффузно-неоднородную у больных острым панкреонекрозом. Также было отмечено снижение эхогенности в области головки поджелудочной железы. При ЦДК сосудистый рисунок поджелудочной железы был усилен в области головки достигал более 3 сосудов. Отмечалось статистически значимое увеличение диаметров чревного ствола, общей печёночной артерий, гастродуоденальной артерии, верхней брыжеечной артерии при нормальных диаметрах селезеночной артерии, верхней брыжеечной артерии и селезеночной вены. При доплеровском анализе кровотока весьма значимые изменения были зафиксированы со стороны объемных потоков крови, а также линейных скоростей кровотоков. Так, были увеличены скоростные показатели по чревному стволу, общей печеночной артерии, гастродуоденальной артерии, верхней брыжеечной артерии, и практически не выявлено изменений по селезеночной артерии, селезеночной вены, верхнебрыжеечной артерии при остром отечном панкреатите. У 21(19,8%) больных острым панкреонекрозом были несколько снижены объемные скорости кровотока по селезеночной артерии и верхнебрыжеечной вены. Причем, все значения показателей кровотока у больных острым панкреонекрозом были статистически значимо более изменены, чем у больных отечной формой острого панкреатита. Установлено, что наиболее показательны были изменения объемной скорости кровотока по чревному стволу на 30-32% выше, по общей печеночной артерии и гастродуоденальной артерии на 18-20% выше, по селезеночной вене и верхнебрыжеечной вене - на 33,8% ниже, чем при отечной форме острого панкреатита.

**Выводы.** Таким образом, доплерографические показатели статистически значимо реагируют на воспалительный и деструктивный процесс и являются одним из критериев функционального состояния поджелудочной железы. На основании проведенного комплексного исследования мы разработали алгоритм ранней диагностики острого панкреатита и его осложнений с определением зоны поражения поджелудочной железы, который позволил

своевременно определить хирургическую тактику и начать адекватное интенсивное консервативное лечение наблюдаемым больным. А комплексное ультразвуковое исследование позволяет в ранние сроки от начала заболевания диагностировать острый деструктивный панкреатит с определением зоны поражения поджелудочной железы, тем самым оптимизировать хирургическую тактику, контролировать адекватность проводимого лечения.

#### Список литературы:

1. Брехов, Е.И. Острый панкреатит. Взгляд на проблему / Е.И. Брехов, В.В. Калинин, М.В. Коробов, А.В. Сычев, А.Е. Абрсов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2015. – №3. – С. 166-174.
2. Курбонов, К.М. Диагностика и тактика лечения острого панкреатита / К.М. Курбонов, Ф. И. Махмадов, К.Р. Назирбоев // Вестник Авиценны. -2016. -№2. -С.18-22.
3. Махмадов Ф.И. Улучшение результатов лечения острого билиарного панкреатита/Ф.И. Махмадов, Х.Ш. Махмадеров, Дж. Мирбегиёв //Здравоохранение Таджикистана. -2018. -№4.-С.26-30.
4. Молчанова, О.В. Диагностика острого панкреатита в ранние сроки начало заболевания по результатам комплексного ультразвукового исследования/О.В.Молчанова//Сибирский медицинский журнал. -2012. -№8. -С.26-31.
5. Kumar, A. Early enteral nutrition in severe acute pancreatitis: a prospective randomized controlled trial comparing nasogastric and nasogastric routes / A. Kumar, N. Singh, S. Prakash, A. Saraya, Y.K. Joshi // J. Clin. Gastroenterol. – 2016. – Vol. 40. – P. 431-434.

*Достиев А.Р., Боймуродов О.С., Каримов А.М., Салимов Дж.С.*

### ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДРЕНИРОВАНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОД ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острый холецистит обычно разрешается с помощью хирургической холецистэктомии, существуют различные факторы, затрудняющие операцию [1,2]. Следует избегать инвазивных вмешательств под общей анестезией у пациентов с далеко зашедшими злокачественными новообразованиями. Более того, хирургическое вмешательство не может быть выполнено пациентам с высоким риском общей анестезии, например, пожилой возраст, тяжелые сопутствующие заболевания.

Когда хирургическая холецистэктомия не показана при остром холецистите, который нельзя лечить консервативными методами, возможны альтернативные методы дренирования, включая чрескожный дренаж, транспапиллярный дренаж пузырного протока и дренирование под контролем эндоскопического ультразвука (ЭУС). Чрескожный дренаж был создан в качестве относительно безопасной техники с точки зрения не только технических побочных эффектов, но и седативный эффект неблагоприятных явлений, связанных [3, 4]. Транспапиллярный дренаж был сложной задачей, но безопасным, поскольку нет необходимости в пункции каких-либо органов для создания новых путей доступа. Напротив, при дренировании желчного пузыря под контролем ЭУС не было полностью установлены показания и противопоказания.

**Цель исследования.** Оценка результатов дренирования желчного пузыря под эндоскопическим ультразвуковым контролем (ЭУСД) с использованием традиционных билиарных стентов и без стентов, а также для определения технических проблем.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены все пациенты, перенесшие ЭУС в период с января 2012 г. по август 2019г. ЭУС не имеет приоритета по сравнению с другими методами дренирования, включая хирургическое вмешательство, чрескожный дренаж и транспапиллярный дренаж. Для пациентов, которым не удалось пройти хирургическую холецистэктомию, перкутанное вмешательство было первым вариантом. Однако, когда острый холецистит не исчезал или когда он рецидивировал вскоре после чрескожной - печеночной аспирации желчного пузыря без установки дренажа, эндоскопический дренаж был вариантом, если пациент хотел избежать чрескожно-печеночного дренирования желчного пузыря с помощью внешних трубок. При эндоскопическом дренировании предпочтение отдавалось эндоскопическому транспапиллярному дренированию желчного пузыря через пузырный проток. В случаях, когда возникла обструкция пузырного протока из-за металлического стента, установленного для злокачественной опухоли при обструкции желчных путей, ЭУСД выполнялась без попытки эндоскопическому транспапиллярному дренированию желчного пузыря через пузырный проток. Кроме того, ЭУСД был вариантом для пациентов с обструкцией дистального желчного протока, которую нельзя было лечить с помощью других традиционных методов. С помощью эхоэндоскопа (GF-UCT260, Olympus Co., Токио, Япония), который вводили в антральный отдел желудка или луковицу двенадцатиперстной кишки через рот, желчный пузырь визуализировали с помощью ЭУС-визуализации. Желчный пузырь был пунктирован с помощью иглы 19 калибра для тонкой иглы под контролем ЭУС (EZ Shot 3 Plus, Olympus; или Expect, slim line, flex type, Boston Scientific Japan KK, Токио, Япония) по кратчайшему маршруту. После введения контрастного вещества в желчный пузырь через иглу вводили 0,025-дюймовый проводник. Проколотый тракт при необходимости расширяли, используя расширительный буж (ES Dilator, Zeon Medical, Токио, Япония) или расширитель (6-Fr Cysto-Gastro Set, Cook Japan, Токио, Япония). В месте прокола, соединяющем желчный пузырь и кишечный тракт, был установлен пластиковый стент с двойной косичкой 7-Fr и / или металлический стент. Тип развернутого стента(ов) определялся эндосонографом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** ЭУСД была предпринята у 18 пациентов в течение периода исследования. Причиной выбора ЭУСД был острый холецистит после установки металлических стентов при злокачественных стриктурах желчных протоков у 11 пациентов, острый калькулезный холецистит с плохой переносимостью хирургической холецистэктомии у 5 и обструкция дистального желчного протока, которая не могла быть решена с помощью других методов. ЭУСД был технически успешным у 17 пациентов (94%). Из 11 случаев, которым была проведена технически успешная ЭУСД по поводу активного острого холецистита, ЭУСД была клинически

эффективной в 9 случаях. Для остальных пациентов (5 с холециститом, лечившимся с помощью ЧРСХПГ и 1 с обструкцией желчевыводящих путей) ЭУСД была клинически эффективной. В 1 из 2 неэффективных случаев хирургическая холецистэктомия была выполнена через 2 дня после процедуры ЭУСД из-за массивной утечки желчи. Связанные с процедурой осложнения наблюдались у 6 пациентов (30%). У одного из них была вышеупомянутая массивная утечка желчи, которая потребовала хирургического вмешательства, что составило (6% случаев тяжелых нежелательных явлений), тогда как у других 5 был умеренный желчный перитонит, который лечился консервативно в течение нескольких дней. Рецидив острого холецистита наблюдался у 4 из 15 пациентов, у которых ЭУСД была клинически эффективной (27%) в течение среднего периода наблюдения  $271 \pm 323$  дней.

**Вывод.** Таким образом, нами установлено, что ЭУСД с использованием пластикового стента или традиционного металлического стента, целесообразен при остром холецистите у пациентов, когда другие оперативные вмешательства противопоказаны.

#### Список литературы

1. Атаджанов Ш.К. Пути снижения осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите/ Ш.К. Атаджанов // Хирургия.-М.- №12. – С.26-29.
2. Мирошников Б.И. Чрезкожная пункция желчного пузыря и микрохолецистостомия под контролем эхография при остром холецистите/ Б.И. Мирошников, И.А.Балабушкин, В.В. Светловидов // Вестник хирургия.- 1993. № 3-4.- С.-18-21.
3. Chopra S, Dodd GD, III, Mumbower AL, et al. Treatment of acute cholecystitis in non-critically ill patients at high surgical risk: comparison of clinical outcomes after gallbladder aspiration and after percutaneous cholecystostomy. Am J Roentgenol. 2001;176:1025–31.
4. Ito K, Fujita N, Noda Y, et al. Percutaneous cholecystostomy versus gallbladder aspiration for acute cholecystitis: a prospective randomized controlled trial. Am J Roentgenol. 2004;183:193–6.

*Достиев А.Р., Салимов Дж.С., Достиева З.А., Салимова З.Дж.*

### ФАКТОРЫ РИСКА КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ ПРИ ОСТРОМ ЛИТИАЗИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Лапароскопический доступ показал свою возможность и эффективность при хирургическом лечении острого калькулезного холецистита. В настоящее время он стал золотым стандартом лечения этой относительно распространенной патологии, что снижает послеоперационную заболеваемость и продолжительность пребывания в больнице [5]. Однако для некоторых пациентов лапароскопическая холецистэктомия иногда невозможна из-за анатомических особенностей во время операции, что вынуждает хирурга перейти на лапаротомию [1,2]. Таким образом, дооперационные и интраоперационные факторы риска перехода на лапаротомию не были четко определены [3,4].

**Цель исследования.** Целью данной работы было определение факторов, связанных со значительным риском конверсии при холецистэктомии по поводу острого желчнокаменного холецистита.

**Материалы и методы исследования.** Это ретроспективное описание, выполненное за 5 лет, которое включало всех пациентов с клиническими, биологическими и радиологическими критериями острого холецистита, оперированных лапароскопически в отделении общей хирургии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино в период с 1 января до 2011 г. по декабрь 2015 г.

Все пациенты были прооперированы лапароскопически по одной и той же процедуре: положение лежа на спине, ноги врозь, оператор находится между ног, а лечащий слева от пациента. Использовали четыре троакара: эпигастрий и правое подреберье (5 мм), пупок и левое подреберье (10 мм). Пневмоперитонеум поддерживается на уровне 12 мм рт. В случае конверсии доступ представлял собой разрез в правом подреберье.

Продолжительность вмешательства измерялась в минутах, начиная с момента инсуффляции, до момента экссуффляции углекислого газа для лапароскопии и момента закрытия поверхности при переходе на лапаротомию. Из двух групп пациентов, мы выделили следующие:

- Группа А: пациенты, прооперированные лапароскопическим доступом (153 случая);
- Группа В: пациенты, которым потребовалось перейти на лапаротомию во время той же процедуры (43 случая).

Мы сравнили две группы (А и В), чтобы определить факторы, связанные со значительным риском конверсии.

Анализ проводился с использованием пакета программы Statistics (версия 8). Сравнение количественных и качественных переменных проводилось с использованием t-критерия Стьюдента и критерия хи-квадрат (если не выполнялись условия применения критерия хи-квадрат, проводилась коррекция с помощью критерия хи-квадрат Йейтса или F-критерия). Статистическая значимость была установлена на уровне 5%.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Мы отобрали 196 пациентов, которые соответствовали критериям включения и исключения. Нас интересовали клинические, биологические, радиологические и операционные данные. Мы также рассматривали возможность немедленного оперативного наблюдения.

Среднее время между появлением симптомов и холецистэктомией в нашей исследуемой популяции составляло 117,6 часа, с крайними значениями 24 часа и 320 часов; для группы А среднее время составляло 113,8 часа, а для группы В - 131,1 часа. Мы отметили статистически значимую разницу между двумя группами с  $p = 0,038$ .

Сравнивая пол, анамнез и образ жизни в группах А и В, мы обнаружили статистически значимую разницу для мужского пола (30,1% против 46,5%,  $p = 0,044$ ), истории язвенной болезни (3,9% против 16,3%,  $p = 0,004$ ). и курение (11,2% против 31,4%,  $p = 0,007$ ).

При клиническом обследовании абдоминальная защита была обнаружена у 37,9% пациентов в группе А против 67,4% в группе В ( $p = 0,001$ ). О лихорадке сообщалось в 43,1% случаев в группе А по сравнению с 72,1% случаев в группе В ( $p = 0,001$ ). В остальной части клинического обследования мы не обнаружили статистически значимой разницы между двумя группами.

Биологически не наблюдалось значительных различий между двумя группами по лейкоцитам, СРБ, маркерам холестаза или маркерам цитолиза.

Всем пациентам было проведено УЗИ брюшной полости. Перивезикулярный выпот был обнаружен в 11,1% случаев в группе А и в 23,3% случаев в группе В ( $p = 0,041$ ). Синдром Мерфи отмечен в 24,2% случаев в группе А против 41,9% случаев в группе В ( $p = 0,023$ ).

В нашей серии переход от лапароскопии к лапаротомии правого подреберья потребовался у 43 пациентов (21,9%). Сообщенными причинами конверсии были трудности с рассечением (34 случая), интраоперационное кровотечение (15 случаев), технические проблемы (4 случая), проблемы с анестезией (1 случай) и синдром Мирizzi (1 случай). Среднее время конверсии составило 54 минуты с крайними значениями 20 и 180 минут. Установка транскостозного дренажа была выполнена 10 пациентам (5,1%), в том числе 4 пациентам в группе А (2,6%) и 6 пациентам в группе В (14%). Разница была статистически значимой ( $p = 0,045$ ). В нашем исследовании средняя продолжительность операции составила 102 минуты, 92,4 минуты для группы А и 136,6 минуты для группы В. Разница между двумя группами была статистически значимой с  $p < 10^{-3}$ . Мы также сравнили две группы А и В в отношении интраоперационных результатов. Разница была статистически значимой между двумя группами в отношении гангренозного аспекта (22,2% против 41,6%,  $p = 0,009$ ) и в случае перивезикулярных спаек (38,6% против 81,4%,  $p < 10^{-3}$ ).

Средняя продолжительность пребывания в нашей популяции составляла 5,44 дня с крайними значениями 2 и 29 дней с 4,73 днями для группы А против 7,97 дней для группы В. Разница была статистически значимой с  $p < 10^{-3}$ . Смертность в нашей серии была нулевой, в то время как послеоперационная заболеваемость составила 7,4% со статистически значимой разницей между двумя исследуемыми группами ( $p = 0,01$ ). Действительно, мы насчитали 14 случаев послеоперационных осложнений: 6 случаев в группе А (4,1%) и 8 случаев в группе В (19%).

Гистопатологическое исследование, проведенное на всех удаленных желчных пузырях, не показало статистически значимой разницы между двумя группами.

После многофакторного анализа мы обнаружили, что предоперационными факторами, которые значительно увеличивают конверсию, являются лихорадка ( $p = 0,012$ ), абдоминальный синдром ( $p = 0,013$ ), отсроченная холецистэктомия ( $p = 0,02$ ) и язвенная болезнь ( $p = 0,017$ ). Интраоперационно - перивезикулярные спайки ( $p < 10^{-3}$ ) и гангрена везикулярной стенки ( $p = 0,032$ ).

**Выводы.** Конверсия иногда плохо воспринимается хирургом. Однако это не следует рассматривать как неудачу ни при каких обстоятельствах, а скорее как изменение стратегии для обеспечения безопасности для пациентов. Конверсию нельзя откладывать, тем более что факторы риска четко определены.

#### Список литературы

1. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2007;14:91-7.
2. Overby DW, Apelgren KN, Richardson W, et al. Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Soc Am Gastrointest Endosc Surg 2010;24:2368-86.
3. Atmaram DC, Lakshman K. Predictive Factors for Conversion of Laparoscopic Cholecystectomy. Indian J Surg 2011;73:423-6.
4. Kama NA, Kologlu M, Doganay M, Reis E, Atli M, Dolapci M. A risk score for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. Am J Surg 2001;181:520-5.
5. Alponat A, Kum CK, Koh BC, Rajnakova A. Predictive factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy. World J Surg 1997;21:629-33.
6. Sippey M, Grzybowski M, Manwaring ML, et al. Acute cholecystitis: Risk factors for conversion to an open procedure. J Surg Res 2015;199:357-61.

*Дыбов О.Г., Воробей А.В., Старостин А.М.*

### АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Кафедра хирургии ГУО БелМАПО. Беларусь.

**Актуальность.** Манифестация язвенного колита(ЯК) может наступить в любом возрасте, но число случаев заболевания приходится на возраст 20 – 40 лет. Это наиболее трудоспособная возрастная категория населения[1]. Современное развитие стероидной, иммуносупрессивной и биологической программ в рамках консервативной терапии пациентов, страдающих ЯК, позволяет контролировать течение заболевания, однако в 10-34% случаев возможно развитие жизнеугрожающих осложнений или снижение/потеря ответа на терапию. В таких случаях появляется необходимость в хирургическом лечении[2].

**Цель исследования.** Анализ методов хирургического лечения пациентов с ЯК в отделении проктологии УЗ «Минская областная клиническая больница».

**Материал и методы исследования.** Ретроспективный поиск включал истории болезни 75 пациентов, проходивших оперативное лечение с 1998 по 2017 год по поводу ЯК в УЗ «Минская областная клиническая больница»

**Результаты исследования и их обсуждение.** В отделении проктологии было пролечено 606 пациентов с ЯК. Из них 75(12,4%) было проведено радикальное оперативное лечение. 36(48%) операций выполнено в экстренном порядке и 39(52%) в плановом. До 2004 года основной хирургической тактикой при экстренных оперативных вмешательствах по поводу осложненного ЯК была субтотальная колэктомия с формированием илеостомы по Бруку и/или концевой колостомы. Начиная с 2004 года, оперативное лечение данной группы пациентов заключается в проведении колэктомии с формированием концевой илеостомы и внутрибрюшной культы прямой кишки, а с 2009 года колпроктэктомии с концевой илеостомой и культей анального канала. По половому признаку контингент распределён следующим образом: женщины – 38 человек (6,3% от общего числа пролеченных пациентов и 50,7% от всех оперированных пациентов); мужчин – 37 человек (6,1% и 49,3% соответственно). Средний возраст прооперированных пациентов составил 40,6 лет (18-75 лет). Радикальность хирургического лечения заключалась в проведении: 26(34,7%) - колпроктэктомий с формированием резервуаров из терминального отдела подвздошной кишки с наложением резервуарно-анальных анастомозов; 3(4%) – субтотальные колэктомии с мезоректумэктомией с формированием цекоанальных анастомозов двум пациентам и субтотальная колэктомия с формированием асцендоанального анастомоза одному; 9(12%) – колэктомий с формированием внутрибрюшной культы прямой кишки. В трёх случаях вторым этапом выполнено формирование илеоректоанастомоза; 11(14,6%) – субтотальных колэктомий, при которых на восстановительном этапе двум пациентам были сформированы илеосигмоанастомоз; 20(26,7%) – колэктомий с мезоректумэктомией с формированием культы анального канала и концевой илеостомы, без проведения восстановительного этапа; 6(8%) – вскрытий и дренирований тазовых абсцессов и разрушений стриктур прямой кишки, которые явились следствием длительно протекавшего хронического язвенного колита.

**Выводы.** Основываясь на приведенных данных, можно проследить позитивную динамику хирургической тактики ведения пациентов с ЯК, которая в своём числовом формате не отличается от общемировой статистики:

- низкий процент оперированных пациентов(12,4%) свидетельствует об эффективности консервативного лечения в большинстве случаев;
- при выборе плановой хирургической тактики отдано предпочтение колпроктэктомии с формированием илеорезервуара и резервуарноанального анастомоза;
- важным показателем является средний возраст прооперированных пациентов, который указывает на социальную значимость данной патологии;
- при экстренных операциях постепенно перешли от субтотальной колэктомии с концевыми илео- и колостомами – 5(6,7%) к колэктомии с концевой илеостомой и внутрибрюшной культей прямой кишки - 9(12%) или колэктомии с мезоректумэктомией с концевой илеостомой и культей анального канала - 23(30,7%);

#### **Список литературы:**

1. Хронические воспалительные заболевания кишечника в Республике Беларусь / Ю.В. Горгун [и др.]// Лечебное дело. - 2017. - №3(55). - С.5-12.
2. Devaraj, B. Surgical management of ulcerative colitis in the era of biological / B. Devaraj, A.M. Kaiser // Inflamm Bowel Dis. – 2015. – Vol. 21, № 1. – P. 208-220.

*Ефанов М.Г., Казаков И.В., Елизарова Н.И.*

### **БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ**

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ. Россия

Актуальность. Внедрение минимально-инвазивных резекционных технологий в радикальной хирургии воротной холангиокарциномы представляются далекими от реальной клинической практики в связи со сложностью хирургического лечения этой опухоли.

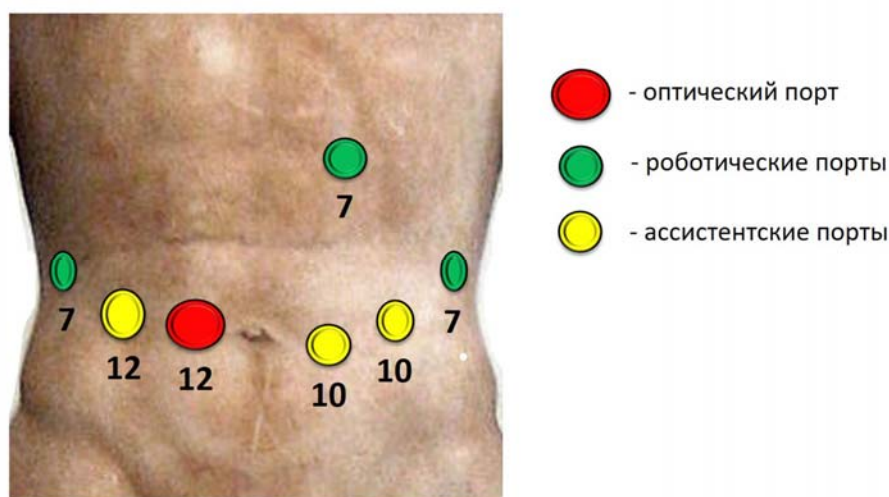
Согласно рекомендациям экспертов и текущей клинической практике лапароскопический доступ может быть рекомендован в качестве рутинного только для резекций легко доступных боковых и передних сегментов печени [1]. Минимально инвазивная хирургия воротной холангиокарциномы на сегодняшний день находится на начальных стадиях освоения методики (idea, development) согласно системе оценки новых хирургических технологий IDEAL. Одним из основных достоинств роботизированного комплекса является большая свобода движений инструментов в ограниченном пространстве, это преимущество может быть реализовано в реконструктивном этапе операции.

Цель исследования. Сравнительная оценка первоначального опыта робот-ассистированных и открытых резекций печени и желчных протоков по поводу воротной холангиокарциномы.

Материал и методы исследования. Работа имеет характер ретроспективного одноцентрового обсервационного сравнительного исследования. Контрольной группой являлись пациенты с тем же заболеванием, перенесшие традиционные открытые операции (88 пациентов).

Предоперационная подготовка включала МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием до дренирования желчных протоков, билиарную декомпрессию посредством чрескожной чреспеченочной наружно-внутренней супрапаяпиллярной холангиостомии (ЧЧХС), порталную венозную эмболизацию (ПВЭ) и модифицированный вариант ALPPS (PRALPPS) при объеме будущего остатка печени менее 40%. [2]. Противопоказаниями к радикальной роботической операции служили: сохраняющиеся клинические и лабораторные признаки холангита; местно распространенная опухоль, вовлекающая крупные сосуды и требующая протяженной резекции протоков с необходимостью формирования мультигепатикоюноанастомоза; заболевания, исключающие возможность проведения лапароскопической операции. Объем резекции при робот-ассистированных операциях по умолчанию предполагал выполнение обширной резекции печени и каудальной лобэктомии. Расстановка портов представлена на рис. 1. Лимфаденэктомия проводилась в стандартном для открытых операций варианте.

**Рисунок 1. Схема расстановки троакаров**



Результаты исследования и их обсуждение. Выполнено 13 робот-ассистированных резекций. Диагноз воротной холангиокарциномы подтверждён у 10 пациентов. У двух больных причиной обструкции оказалась доброкачественная рубцовая стриктура, у одного пациента – саркома желчного пузыря. Демографические показатели пациентов в группах сравнения приведены в таблице 1.

**Таблица 1. Демографические показатели в группах открытой и робот-ассистированной резекции печени и желчных протоков**

Параметры	Вариант доступа		P
	Роботический (n-13)	Открытый (n-88)	
Возраст	61 (43-79)	61 (35-80)	0,879
Пол (ж/м)	6/7	47/41	0,625
ИМТ	27 (20-32)	25 (16-35)	0,096
ASA	3 (2-4)	4 (3-4)	0,049
Стадия TNM (I-II/III-IV)	4/7	17/70	0,200

У 10 пациентов с подтверждённым гистологическим диагнозом воротной холангиокарциномы распределение по типу опухоли согласно классификации Bismuth-Corlette выглядело следующим образом: I – 1, II – 1, IIIa – 4, IIIb – 3, 4 – 1. У трех пациентов с другими диагнозами уровень блока соответствовал II (1) и IIIb (2) типам. Обширные резекции выполнены 12 больным, из них правосторонняя гемигепатэктомия – 7 пациентам. Каудальная лобэктомия выполнена 11 пациентам. У двух пациентов выполнена конверсия вследствие сосудистой инвазии, потребовавшей резекции воротной вены с ее реконструкцией. Резекция в объеме R0 выполнена у 9 пациентов с воротной холангиокарциномой. Интра- и послеоперационные результаты в группах сравнения приведены в таблице 2.

**Таблица 2. Основные периоперационные параметры в группах открытой и робот-ассистированной резекции печени и желчных протоков**

Параметры	Вариант доступа		P
	Роботический (n-13)	Открытый (n-88)	
Расширенная или правосторонняя гемигепатэктомия	7/6	28/60	0,119
Кровопотеря (мл)	392 (50-950)	561 (50-5000)	0,247
Длительность операции (мин.)	727 (490-985)	542 (40-835)	<0,001
Тяжелые осложнения, >II, Clavien-Dindo.	10 (77%)	69 (78%)	0,096
90-дневная летальность	1 (8%)	15 (17%)	0,255
Длительность стационарного лечения (дни)	22 (11-37)	26 (3-101)	0,723

Не выявлено достоверных отличий по основным периоперационным показателям, включая объём кровопотери, частоту тяжелых осложнений и летальности, длительности стационарного лечения. Длительность робот-ассистированных резекций операции была достоверно больше.

Три консенсуса по лапароскопической хирургии печени, включая последний (2017 г.), не обнаружили принципиальных различий в результатах робот-ассистированных и лапароскопических резекций [3].

Единственное опубликованное сравнительное исследование открытых и минимально-инвазивных резекций, включившее 10 обширных робот-ассистированных резекций с удалением хвостатой доли и 32 аналогичных открытых вмешательств. Авторы обнаружили худшие непосредственные и отдаленные результаты после робот-ассистированных операций [4].

Первый опыт лапароскопических резекций при воротной холангиокарциноме состоял из 14 пациентов, операции выполнялись при типах I-II по Bismuth-Corlette. Ни у одного из пациентов не было выполнено обширной резекции печени и удаления хвостатой доли [5].



В представленной в настоящей публикации относительно небольшой серии робот-ассистированных резекций 12 из 13 операций выполнены в объеме обширных резекций, в том числе с удалением хвостатой доли у 11 пациентов. Сопоставимость групп в отношении объема хирургического лечения послужила основанием для корректного сравнения и обоснованных выводов. В отличие от опыта обширных резекций, представленного в предшествующих публикациях, анализируемая серия операций не выявила ухудшения результатов лечения в группе робот-ассистированных резекций.

**Выводы.** Анализ первоначального опыта оправдывает применение роботического комплекса для радикальной резекции печени у селективных пациентов с воротной холангиокарциномой в условиях высокопоточных специализированных отделений хирургической гепатологии, располагающих достаточным опытом традиционного радикального хирургического лечения этой опухоли и экспертным уровнем минимально инвазивной хирургии.

#### Список литературы

1. The Southampton Consensus Guidelines for laparoscopic liver surgery: from indication to implementation / M. Abu Hilal, L. Aldrighetti, I. Dagher et al. // Ann. Surg. 2017; Oct 23.
2. Percutaneous radiofrequency-assisted liver partition versus portal vein embolization before hepatectomy for perihilar cholangiocarcinoma / O. Melekhina, M. Efanov, R. Alikhanov et al. // BJS Open. 2020 Feb ; 4(1): 101-108.
3. International consensus statement on robotic hepatectomy surgery in 2018 / R. Liu, G. Wakabayashi, H.J. Kim, et al. // World J Gastroenterol. 2019 Mar 28; 25 (12): 1432-1444.
4. Robotic radical resection for hilar cholangiocarcinoma: perioperative and long-term outcomes of an initial series / Y. Xu, H. Wang, W. Ji et al. // Surg Endosc 2016 Jul; 30 (7): 3060-3070.
5. Laparoscopic resection of bismuth type I and II hilar cholangiocarcinoma: an audit of 14 cases from two institutions / Yu H., Wu S.D., Chen D.X., Zhu G. // Dig. Surg. 2011; 28: 44–9.

*Ермачкова П.А., Кравченко А.Н., Аджисалиев Г.Р.*

#### СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Республика Крым, г. Симферополь

**Актуальность.** Среди всех онкологических заболеваний рак молочной железы (РМЖ) занимает второе место во всем мире (после рака легкого). В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин в России РМЖ занимает первое место. В настоящее время лечение данной патологии постоянно совершенствуется, в последние десятилетия появились новые подходы, связанные с пересмотром хирургической тактики в сторону сокращения объема удаляемых тканей и сохранения психологического здоровья женщины [1].

**Цель исследования.** Изучить основные методы и виды хирургического лечения рака молочной железы, их преимущества и недостатки, а также последствия хирургического вмешательства.

**Материал и методы исследования.** Произведен анализ литературных данных отечественных и зарубежных источников. Изучены и систематизированы существующие методы хирургического лечения рака молочной железы и определены последствия для здоровья и жизни женщины.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Современная концепция хирургического лечения РМЖ имеет два основных направления, которые заключаются в рациональном выборе между органосохраняющим лечением и радикальной мастэктомией. Первый – дополнение органосберегающих операций коррекцией имевшихся до вмешательства дефектов за счет использования собственных тканей пациентки. Этот подход обеспечивает более эффективный контроль краев опухоли, имеет высокие эстетические результаты и не имеет сильного влияния на психологическое состояние женщины [1]. Вторым направлением в развитии хирургии РМЖ является совершенствование техники мастэктомии с последующей реконструкцией органа. Существует огромное количество предложенных вариантов реконструкции. Один из самых применяемых – кожесберегающая радикальная мастэктомия. Данный метод включает в себя восстановление формы и контуров органа, максимально схожих к дооперационному состоянию, используя как собственные ткани, так и эндопротезы [1,2].

Выбор тактики и метода хирургического лечения рака молочной железы основывается на нескольких факторах. Основными являются морфологическая структура, размер образования, степень распространенности, стадия опухолевого процесса, а также возможность избежать функциональных и косметических нарушений. Например, при наличии протоковой карциномы определяющим показателем будет размер образования. Если размеры  $\leq 4$  см и изменения носят моноцентричный характер, то выполняется органосохраняющий метод в объеме квадрантэктомии. В случае большего объема опухоли применяется мастэктомия [3].

Немаловажным фактором при выборе между радикальной мастэктомией и органосохраняющей операцией является мнение и состояние пациентки, которая должна получить правдивую, доступную для понимания информацию о стадии заболевания, возможных методах лечения, эффективности и последствиях хирургического вмешательства.

При этом оперативное вмешательство следует выполнять при возможности тотального удаления опухоли, отсутствия метастазов в лимфоузлы и другие органы, а также достаточной ожидаемой продолжительности жизни. Альтернативой лечения является лучевая и химиотерапия.

В настоящее время показаниями к выполнению радикальной мастэктомии по Холстеду являются прорастание первичной опухоли большой грудной мышцы, поражение лимфоузлов Роттера, а также случаи неэффективности предоперационного лечения больных с III стадией рака молочной железы [1,4].

При радикальной мастэктомии Холстеда удаляются большая и малая грудные мышцы. Основные цели радикальной мастэктомии (Мадден, 1965 г.): удаление ткани молочной железы (МЖ), сосково-ареолярного комплекса, лимфатических узлов и клетчатки латеральной подмышечной области. Наиболее эффективный доступ при данном вмешательстве – эллиптический, приводит к образованию горизонтального рубца (обеспечивает быстрое заживление с возможностью дальнейшей реконструкцией). Необходимо учитывать также тот факт, что кожные лоскуты должны закрывать рану без натяжения, в противном случае существует высокая вероятность кожных некрозов и гипертрофических рубцов [4,5]. Вместе с тканью МЖ также удаляются поверхностные фасции мышц (для предотвращения рецидива). При возможности сохранения фасций формируется мышечно-фасциальный карман для силиконового импланта при проведении реконструкции.

Отрицательными последствиями данного вида вмешательства считается высокая инвалидизация: деформация грудной стенки, множественные отеки верхних конечностей и психологические травмы [3,5]. Радикальная мастэктомия подразумевает аксиллярную лимфаденэктомию для уточнения стадии заболевания и удаления метастазов в аксиллярные лимфатические узлы. Вследствие этого были разработаны другие виды операций – функционально-щадящие [1,5].

К ним относятся: модифицированная радикальная мастэктомия по Patey-Dyson (сохранение большой грудной мышцы), операция Madden (радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц) и органосохраняющие операции (дополненные лучевой и химиотерапией) [2].

Существует еще один наименее радикальный (по объему удаляемых тканей) метод хирургического лечения РМЖ, относящийся к органосохраняющим – лапэктомия (удаление опухоли в пределах здоровых тканей). Данная операция состоит из двух компонентов. Первый заключается в удалении опухоли молочной железы через кожный разрез по кожным складкам без последующего удаления фасции грудной мышцы и кожи. Второй включает в себя лимфаденэктомию через отдельный доступ в подмышечной области [2]. На данный момент актуальна остается дискуссия относительно безопасного расстояния от опухоли до края резекции. Минимальное расстояние должно составлять  $\geq 10$  мм. Для предотвращения рецидивов и метастазов при проведении вмешательства необходимо проводить интраоперационное патоморфологическое исследование образцов краев резекции [4].

Квадрантэктомия – удаление квадранта МЖ с расстоянием от края резекции до опухоли 3 см с вышерасположенной кожей и нижележащей фасцией мышцы [2]. Доступ – через радиальный разрез при расположении опухоли в верхне-наружном квадранте. Лимфаденэктомию выполняется аналогично лампэктомии.

Кандидатами на органосохраняющую операцию являются женщины с опухолями  $< 3$  см со средним или большим размерами молочной железы. Как уже было сказано выше, при опухолях от 4 до 5 см применяется радикальная мастэктомия [3]. Однако при условии сокращения объема опухоли на 50% после проведения предоперационного лечения (химиотерапия, лучевая терапия) возможен пересмотр метода лечения в сторону органосохраняющей операции.

**Выводы.** На данный момент доминирующей целью хирургического лечения рака молочной железы является достижение местного контроля над опухолью, удаление рака в пределах здоровых тканей. Немаловажным аспектом является сохранение эстетических показателей молочной железы при проведении органосохраняющей операции, а также при реконструкции после мастэктомии. Это имеет очень важное значение для качества жизни онкобольных после хирургического вмешательства и дает возможность женщинам сохранить свое психологическое здоровье, статус в личной жизни и обществе без значительного риска.

#### **Список литературы:**

1. Летагин, В.П. Эволюция хирургического лечения рака молочной железы / В.П. Летагин // Москва: Опухоли женской репродуктивной систем. – 2012. – №1. – С. 33-36.
2. Современные принципы хирургического лечения рака молочной железы / А.Х. Исмагилов, А.Р. Хамитов, А.С. Ванесян // Практическая медицина. – 2015. – №6 (91). – С.13-16.
3. Современные аспекты хирургического лечения рака молочной железы / С.Е. Малыгин, Е.Н. Малыгин, С.Б. Петерсон, А.И. Беневский, В.И. Моргунова // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т.15, №2. С.167-170.
4. Лактионов, К.П. Рак молочной железы и репродуктивная функция женщины / К.П. Лактионов, Л.О. Николаенко, А.И. Беришливи // Москва: Опухоли женской репродуктивной систем. – 2015. – №1. – С.8-11.
5. Петровский, А.В. Циторедуктивные операции при метастатическом раке молочной железы / А.В. Петровский, В.А. Амосова, Н.Д. Хакуринова // Злокачественные опухоли. – 2017. – Т.7. – №3, спецвыпуск 1. – С.12–16.

*Жуманбаева Ж. М., Сейткабылов А.А*

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Кафедра сестринского дела НАО МУС. Республика Казахстан

**Актуальность.** Отношение к склеротерапии (СКТ) среди специалистов неоднозначное. Существуют мнения о возможном перерождении склерозированных узлов, что ограничивает широкое использование среди эндокринологов данного метода лечения. По литературным данным нет сообщений об отдаленных последствиях СКТ, что создает актуальность для проведения дальнейших исследований по изучению ее эффективности. Одним из интегральных факторов оценки здоровья является качество жизни пациента до и после проведения каких-либо вмешательств. Общие показатели качества жизни после склеротерапии узлов ЩЖ могут быть оценены с помощью Краткой формы оценки здоровья (англ. Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36). MOS SF-36 – опросник, предна-

значенный для исследования неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения. Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. В настоящее время используется ниже следующее описание шкал опросника.

Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы). Значение каждой шкалы изменяется от 0 до 100.

Краткая форма оценки здоровья MOS SF-36 является одним из самых распространённых методов измерения качества жизни, связанного со здоровьем. В силу своей неспецифичности опросник используется для охвата широких популяций и может использоваться для сопоставления различных популяций.

В 2000 году была создана и апробирована ещё более краткая версия опросника, состоящая всего из 12 пунктов (12-Item Short-Form Health Survey, SF-12). Короткая версия опросника здоровья. Методика, по сути, является скрининговой, и предназначена для быстрой оценки качества жизни больших групп больных. Время заполнения занимает не более 2-х минут. Из опросника могут быть извлечены те же 8 значений субшкал и один итоговый показатель качества жизни, связанного со здоровьем

**Цель исследования** - оценить качество жизни (КЖ) пациентов после СКТ этанолом узловых образованиями щитовидной железы (ЩЖ) на протяжении 10 летнего периода наблюдения.

**Материал и методы исследования:** Нами было проведено 10-летнее проспективное клиническое исследование 633 больных доброкачественными образованиями ЩЖ. На протяжении периода наблюдения в группе осталось 467 пациентов, остальные случаи выпали по различным причинам. Средний возраст составил 52,7 лет, диагноз узловые образования ЩЖ. СКТ проводилась с УЗИ контролем, в несколько сессий. Эффективным считалось сокращение образования >50% начального объема. Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF36.V.1TM (<http://www.sf-36.org/>). Группу сравнения составили пациенты хирургического отделения БСМП г.Семей, перенесшие оперативное вмешательство по поводу кист ЩЖ. Статистический анализ проведен в программе SPSS 20.0.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика специфических показателей качества жизни у пациентов с узловыми образованиями ЩЖ

Специфические показатели качества жизни	Средние показатели КЖ через 1-10 лет				t-критерий	р-оценка
	СКТ		Хирургический метод лечения			
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение		
Слабость	3,20	1,12	5,44	1,25	-22,36	0,00
плохая переносимость жары	3,20	1,19	5,40	1,02	-22,23	0,00
повышенная потливость	3,32	1,15	5,42	1,11	-21,44	0,00
нарушения сна	3,22	1,16	5,49	1,12	-22,83	0,00
чувство тревоги	3,30	1,21	5,55	1,09	-22,05	0,00
чувство "кома" в области шеи	3,22	1,19	5,32	1,10	-21,01	0,00
повышенная сонливость	3,20	1,24	5,39	1,06	-21,27	0,00
повышенная раздражительность	3,16	1,19	5,50	1,21	-22,61	0,00
сухость кожи	3,28	1,17	5,45	1,07	-21,94	0,00
чувство печали	3,15	1,21	5,38	1,18	-21,47	0,00
изменение формы шеи	3,17	1,14	5,50	1,21	-23,29	0,00
Ослиплость	3,18	1,12	5,39	1,07	-22,66	0,00
Отеки	3,23	1,19	5,43	1,17	-23,19	0,00
ощущение перебоев в сердце	3,25	1,13	5,45	1,15	-21,38	0,00
затруднение при глотани	3,23	1,21	5,39	1,16	-22,42	0,00
плохая переносимость холода	3,26	1,23	5,33	1,07	-20,89	0,00
снижение внимания	3,17	1,19	5,36	1,07	-20,07	0,00
онемение или покалывание	3,23	1,22	5,26	1,22	-21,88	0,00
Боль	3,13	1,15	5,22	1,17	-19,22	0,00
увеличение массы тела	3,19	1,23	5,41	1,04	-20,95	0,00
Головокруже-ние	3,30	1,25	5,47	1,13	-21,74	0,00
ухудшение памяти	3,20	1,16	5,36	1,09	-20,72	0,00
Одышка	3,26	1,12	5,44	1,09	-21,95	0,00
нарушения сексуальной функции	3,30	1,19	5,48	1,27	-22,58	0,00
мышечные спазмы	3,19	1,22	5,49	1,05	-20,80	0,00
снижение аппетита	3,16	1,16	5,38	1,12	-22,63	0,00
Ознобы	3,20	1,17	5,42	1,03	-22,37	0,00
Запор	3,21	1,19	5,48	1,07	-22,72	0,00
нарушения цикла	3,16	1,19	5,34	1,21	-22,85	0,00
изменение размеров и формы глаз	3,18	1,19	5,37	1,11	-21,17	0,00
тремор рук	3,18	1,11	5,53	1,01	-21,71	0,00
жидкий стул	3,16	1,18	5,44	1,03	-25,07	0,00
тошнота/рвота	3,20	1,20	5,42	1,09	-23,15	0,00
уменьшение массы тела	3,17	1,16	5,32	1,20	-21,94	0,00

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования было выявлено, что КЖ пациентов после СКТ на протяжении десятилетнего периода наблюдения значительно превышало по всем показателям качество жизни прооперированных пациентов: PF=80,4 vs. 59,4; RP= 62,8 vs. 48,7; BP= 74,0 vs. 65,9; GH= 63,1 vs. 39,1; VT= 65,1 vs. 54,8; SF= 79,4 vs. 63,2; RE=70,1 vs. 41,3; MH=72,7 vs. 52,2; PcH= 64,5 vs. 29,2; McH=73,8 vs. 40,3 ( $p<0,001$  во всех группах сравнения).

Аналогичные данные нами были получены и в отношении неспецифических показателей качества жизни у пациентов в процессе динамического наблюдения эффекта от вмешательств методом склеротерапии этанолом и тиреоидэктомии. Значительно более высокие показатели качества жизни, включающие физический и психический компонент здоровья, были отмечены у пациентов, получивших органосохраняющую терапию ( $p<0,001$ ) (таблица 2).

Таблица 2 – Сравнительная характеристика неспецифических показателей качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов с узловыми образованиями ЩЖ

Общие показатели качества жизни	Средние показатели КЖ через 1-10 лет				t-критерий	p-оценка
	СКТ		Хирургия			
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение		
Физическое функционирование (PF)	77,59	5,95	64,33	3,97	-21,39	0,00
Рольное (физическое) функционирование (RP)	77,31	6,48	64,20	4,41	6,92	0,00
Интенсивность боли (BP)	77,92	5,52	64,01	4,04	6,03	0,00
Общее здоровье (GH)	77,63	6,37	63,87	4,98	8,79	0,00
Физ.ком.здоровья	77,74	5,86	63,26	4,44	7,24	0,00
Жизнеспособность (VT)	78,05	5,58	64,11	4,71	9,45	0,00
Социальное функционирование (SF)	77,67	6,20	64,04	4,38	8,53	0,00
Эмоциональное функционирование (RE)	77,58	5,81	64,43	4,71	7,32	0,00
Психологическое здоровье (MH)	77,48	5,66	64,43	4,17	6,60	0,00
Псих.ком.здоровья	77,58	5,90	64,39	4,61	6,67	0,00

Специфические жалобы нарушения качества жизни больного с патологией ЩЖ, были значительно меньше в группе пациентов, пролеченных с помощью метода склеротерапии по сравнению с пациентами, получившими хирургическое лечение ( $p<0,001$ ). Схожие результаты были получены нами и в отношении неспецифических показателей качества жизни у пациентов в процессе динамического наблюдения эффекта от вмешательств методом склеротерапии этанолом и тиреоидэктомии. Значительно более высокие показатели качества жизни, включающие физический и психический компонент здоровья, были отмечены у пациентов, получивших органосохраняющую СКТ ( $p<0,001$ ).

Отношение рисков в диапазоне от 1 до 0 указывают на более низкую вероятность наступления анализируемого события в группе. Таким образом, большая часть симптомов нарушения качества жизни с 95% вероятностью имела риски возникновения менее 20% в группе применения этаноловой склеротерапии (отношение рисков = 0,8 и <).

**Выводы.** С учетом того, что СКТ позволяет сохранить нормальные показатели качества жизни на протяжении длительного периода наблюдения, данный метод может быть рекомендован в качестве альтернативы хирургическому вмешательству.

Уровень сокращения объема (англ. volume reduction rate – VRR) узла был наиболее значимым у пациентов с диагнозом киста ЩЖ. VRR кист в процентах от начального размера в течение 10 лет составил 100,00%. У пациентов с коллоидными узлами и токсической аденомой динамика составила 89,21% и 79,78% соответственно. Достаточно эффективное снижение процента исходного объема было показано случаями с многоузловым зобом, где динамика снижения узлов составляла 52,17%. Качество жизни пациентов после склеротерапии на протяжении 10 лет наблюдения статистически значимо было выше по сравнению с исходными данными ( $p<0,05$ ).

#### Список литературы:

1. Yespenbetova M., Zhumanbayeva Zh., Krykpayeva A., Amrenova K., Glushkova N. Review of Methods of Percutaneous Ethanol Injection for Destruction of Thyroid Nodules // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2016. - Vol.7 (5). – P. 258–271.
2. Ware Jr J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36–item short–form health survey (SF–36): I. Conceptual framework and item election // Medical care. – 1992. – №6. – P. 473–483.
3. Busija L. et al. Adult measures of general health and health –related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36 –item (SF –36) and Short Form 12 –item (SF –12) health surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 6D (SF –6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), Quality of Well –Being scale (QWB), and Assessment of Quality of Life (AQOL) // Arthritis care & research. – 2011. – Vol. 63. – №11. – P. 383– 412.
4. Жуманбаева Ж.М. Чрескожная склеротерапия этанолом кист щитовидной железы: 10–летнее наблюдение // Материалы XII Международной (XXI Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых. – М., 2017. –89 с.

**Актуальность.** В настоящее время в мире отмечается неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком и другой патологией толстой кишки, что закономерно приводит к увеличению количества операций, заканчивающихся выведением колостомы [2]. Выведение колостомы оказывает существенное влияние на повседневную жизнь пациента. Появление ранних и поздних стомальных осложнений служит важным фактором снижения качества жизни пациентов.

В ряде случаев выведение колостомы является фактором риска развития параколостомических грыж при пролабирании органов брюшной полости в грыжевой мешок через отверстие в передней брюшной стенке, ранее созданное оперативным путем для формирования колостомы. Данное осложнение возникает в 12-60% случаев и является причиной еще большего снижения уровня качества жизни у пациентов с колостомой [5].

Продолжаются споры о предпочтительности тех или иных материалов для пластики. Известны способы лечения параколостомических грыж, которые предполагают использование синтетического эндопротеза из полипропиленовой сетки [1]. Однако использование синтетических эндопротезов значительно повышает частоту возникновения у пациентов чувства инородного тела в зоне вмешательства в послеоперационном периоде [3], что существенно снижает качество жизни.

Несмотря на появление новых способов формирования колостомы и оперативных приемов, направленных на профилактику возникновения грыж и их лечение, данное осложнение до сих пор остается в ряду самых важных проблем колоректальной хирургии.

**Цель исследования.** Привести клинический пример, иллюстрирующий выполнение герниопластики у пациента с концевой колостомой, осложненной параколостомической грыжей, с использованием в качестве эндопротеза ксеноперикардиальной пластины.

**Материалы и методы исследования.** Пациентка К., 62 года, № истории болезни 2019/1726 поступила в отделение колопроктологии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» 14.01.2019 года. В анамнезе брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по поводу рака прямой кишки (pT3N0M0) 5 лет назад. В течение года беспокоит наличие параколостомической грыжи.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Операция проведена 15.01.2019 года. Под спинальной анестезией выполнен линейный разрез кожи и подкожной клетчатки от края выведенной колостомы в проекции грыжи 6 см длиной, выделяли грыжевой мешок до грыжевых ворот, освобожден апоневроз наружных косых мышц живота. Грыжевой мешок иссечен, вправлен в брюшную полость.

В качестве эндопротеза для пластики параколостомической грыжи использован ксеноперикард в виде пластины прямоугольной формы, размером 15×5 см. Край эндопротеза со стороны шероховатой поверхности имплантата подшит шовным материалом Викрил 3-0 к толстой кишке, выведенной в виде колостомы одним рядом узловых швов. Далее участок толстой кишки с фиксированным эндопротезом погружен в брюшную полость. После этого вторым рядом швом эндопротез подшит к стенке толстой кишки на расстоянии 2 см проксимальнее первого ряда швов. В брюшную полость погружен участок толстой кишки с фиксированным двумя рядами швов эндопротезом. Дефект в апоневрозе в зоне грыжевых ворот ушит край в край узловыми швами шовным материалом Викрил 3-0. Фиксированный к кишке эндопротез на апоневроз по типу onlay уложен в зоне устраненного дефекта таким образом, чтобы шероховатая поверхность была обращена к подкожно-жировой клетчатке, гладкая - к апоневрозу. Далее эндопротез шовным материалом викрил 3-0 по периферии подшит узловыми швами к апоневрозу через каждые 2 см. Подкожная жировая клетчатка дренирована по Редону. Операционная рана послойно ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений, воспалительные изменения в ране отсутствовали. Дренаж удален на 3 сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 11 сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 1 месяц после операции. Данных за рецидив параколостомической грыжи не выявлено, ощущение инородного тела в зоне операции пациентка не отмечает.

#### **Выводы.**

1. Первый опыт выполнения герниопластики у пациента с параколостомической грыжей с использованием в качестве эндопротеза ксеноперикардиальной пластины показал эффективность выполнения методики.

2. Данный способ можно рекомендовать у пациентов во время выведения колостомы в качестве профилактики параколостомических грыж.

3. Дальнейшие исследования, сопряженные с вовлечением большего количества пациентов и использованием соответствующей доказательной базы, видятся перспективными.

Статья подготовлена при финансовой поддержке конкурса «Ректорские гранты», договор № 3/РГ от 08.04.2020.

#### **Список литературы.**

1. Абелевич А.И., Овчинников Е.А., Треушников В.М., Треушников В.В, Сорокина О.В. Эндопротез для лечения параколостомических грыж // Патент РФ RU 2 503 430 C1 . – 2014. – Бюл. №1.
2. Аюпов Р. Т. Современные подходы к лечению распространенного колоректального рака / Р. Т. Аюпов // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №3. – С. 32–36.
3. Баулин А. В. Ксеноперикардиальная герниопластика: возможности и перспективы / А. В. Баулин, С. А. Середин, А. Е. Квасов, А. Н. Митрошин, В. А. Баулин, А. А. Венедиктов, А. Н. Лембас, Д. В. Никишин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – Т. 1. – № 5. – С. 11-15.

4. Сергацкий К.И., Никольский В.И., Захаров А.Д., Меджлумян А.С., Киселев В.Е. Способ пластики параколостомических грыж // патент РФ RU 2719955 С1. – 2020. – Бюл. № 12.
5. Янышев А. А. Современные технологии профилактики парастомальных грыж (обзор) / А. А. Янышев, А. В. Базаев, А. Р. Кокобелян, А. И. Абелевич // Современные технологии в медицине. – 2018. – №10 (3). – С. 175-183.

**Зокиров Р.А., Абдурашулов А.А., Муминов С.  
НОВЫЙ ВЗГЛЯД В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

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

**Актуальность.** Паховые грыжи входят в число самых распространенных хирургических заболеваний. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств [1]. На страницах отечественных периодических журналов публикации о лечении грыжи неоправданно редки, хотя необходимость в более широком обсуждении многих сторон этой проблемы неоспорима. В первую очередь заслуживает внимания анализ причин большого числа рецидивов грыжи после операций, выбор наиболее рациональных методов операций при паховых грыжах [2-3].

**Цель исследования.** Изучит эффективность методу герниопластики по Шоулдису, который менее известен отечественным хирургам.

**Материал и методы исследования.** Рецидив при лечении паховых грыж наблюдается более чем у 10% больных, что может свидетельствовать о несовершенстве применяемых методик, их недостаточной патогенетической обоснованности, плохом учете хирургами изменений в анатомических структурах паховой области, возникающих при различных видах грыж. По этой причине, существует более 300 способов грыжесечений и их модификаций.

Это тем более необходимо, что в периодической отечественной литературе нет подобного описания данного способа за исключением редких и единичных изданиях, в том числе и на страницах «Вестника хирургии» №5 за 1973г. Более точное описание метода приводится лишь в монографии К. Д. Токсина и В.В.Жабровского.

Так, по данным F. Glassow, основанным на изучении отдаленных результатов герниопластики по Шоулдису у 13 108 больных, рецидив возник у 0,6%. При лечении 1874 пациентов с рецидивными грыжами эта операция была неэффективна у 0,9% больных.

Данный метод окупается прежде всего обоснованной патогенетичностью, поскольку принципиальной исходной его позицией является воздействие на главные предрасполагающие факторы паховых грыж: при косых – на расширенное внутреннее кольцо пахового канала, а также частично или полностью незаращенный влагалещный отросток брюшины, при прямых – на слабую заднюю стенку пахового канала за счет максимального использования всех, преимущественно однородных, тканей что нехарактерно для таких способов операции, как пластика по Бассини, Постемпскому и др. Третье – операция Шульдиса позволяет тщательно ревизовать область пахового треугольника и исключить просмотр сочетанных (косых и прямых) грыж, которые встречаются в 10% наблюдений. Все это, по видимому, и обуславливает высокую эффективность (радикальность) описываемого метода, сущность которого состоит в многослойной пластике задней стенки пахового канала и реконструкции внутреннего кольца.

Методика операции по Шоулдису: Операция выполняется под местной анестезией. Как отмечает F. Glassow, пациент самостоятельно идет в операционную и возвращается в палату, что благоприятно отражается на его психологическом состоянии.

В качестве шовного материала зарубежные хирурги используют монофиламентную нержавеющую стальную проволоку 34-го калибра. Шов должен быть непрерывным, что позволяет равномерно распределить нагрузку на сшиваемые ткани. Разрез кожи обычный. После вскрытия пахового канала мобилизируют латеральные и медиальные листки апоневроза наружной косой мышцы живота. На этом этапе операции можно увидеть прямую паховую грыжу, лежащую медиально. После этого разделяют продольно кремаштер на два мышечных тяжа – латеральный и медиальный. Элементы семенного канатика освобождают у внутреннего кольца пахового канала. Обрабатывают грыжевой мешок у внутреннего кольца пахового канала. Иссекают кремаштер с оставлением проксимального лоскута латеральной порции, который затем используют для пластики внутреннего кольца. При осмотре задней стенки пахового канала оценивают ее состояние (слабость при прямой грыже). Рассекают поперечную фасцию от внутреннего кольца до лобковой кости. В некоторых наблюдениях растянувшуюся поперечную фасцию частично иссекают. Часто латеральная часть поперечной фасции слабая, в то время как медиальная более крепкая.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При восстановлении задней стенки накладывают 4 непрерывных шва. Первый шов начинают медиально у лонного бугорка до внутреннего кольца пахового канала. При этом свободный край наружной части латерального края прямой мышцы. Весь свободный край поднимают вверх под медиальный лоскут поперечной фасции, который перекрывает его так, что линия шва доходит до внутреннего кольца. В этом месте для реконструкции внутреннего кольца используют порцию пересеченного кремаштера. Первым рядом швов в большинстве наблюдений укрепляют заднюю стенку пахового канала. Вторым рядом швов фиксируют свободный край верхнего участка поперечной фиксации к округлой поверхности пупартовой связки. У лобковой кости нити завязывают.

Третьим рядом швов подшивают поперечную и внутреннюю косую мышцы живота (сухожильное их растяжение) к глубокой поверхности паховой связки. При этом швы начинают накладывать у внутреннего кольца пахового канала четвертым рядом швов, возвращаясь от лобковой кости вверх, сшивают эти структуры в более поверхностной плоскости. У внутреннего кольца лигатуру завязывают. Затем непрерывным швом соединяют края апоневроза наружной косой мышцы живота.

Данную методику пластики используют и при лечении косых грыж, поскольку она позволяет реконструировать внутреннее паховое кольцо и создать прочную заднюю стенку пахового канала, что является профилактикой возникновения в последующем прямой грыжи.

С 1945 по 1974 г. по методу Шулдиса, по имеющимся в нашем распоряжении сведениям, было произведено более 85000 операций при паховой грыже. Рецидив отмечен лишь в 0,8% наблюдений

Основываясь на изложенных выше достоинствах герниопластики по Шоулдису, мы с 1982 г. начали производить пластику пахового канала указанным способом. За этот период нами выполнено 168 грыжесечений по методу Шулдиса. Мужчин было 164 (97,6%), женщин – 4(2,4%). В возрасте от 20 до 50 лет было 110 человек (65,4%). Из 168 больных 102 (60,7%) занимались преимущественно тяжелым физическим трудом. Большие косые паховые грыжи с выпрямленным паховым каналом установлены у 46 больных (27,4%), прямые – у 112 (66,6%), рецидивные – у 10 больных (6%).

При выполнении пластики по Шоулдису мы оценивали состояние поперечной фасции по функциональной и морфологической полноценности: 1) поперечная фасция с толстыми эластическими волокнами (при прошивании лигатурой не разволокнялась)- 116 наблюдений (70,80%);2) поперечная фасция с тонкими эластическими волокнами (при натяжении разволокнялась лигатурой)- 49 наблюдений ( 29,2%).

При создании дубликатуры из рассеченной поперечной фасции по Шоулдису сужается внутреннее паховое кольцо и укрепляется задняя стенка пахового канала. Для создания дубликатуры поперечной фасции мы используем капрон №3 .

Из оперативных способом Шулдиса у 3 отмечены ранние послеоперационные осложнения (у 1 нагноение операционной раны, у 2 – гематомы по ходу семенного канатика). Данные осложнения мы связываем с погрешностями в момент выполнения этой операции на начальном этапе ее освоения.

Почти все операции -160 (95,2%) – производились под местной анестезией. В 8 наблюдениях (4,8%) использовали внутривенный наркоз при непереносимости больными препаратов для местной анестезии и при паховых грыжах значительных размеров.

Средний срок пребывания в стационаре больных с паховой грыжей, оперированных по Шоулдису, составил 7,6 дня .

Отдаленные результаты герниопластики в сроки от 1 года до 3 лет изучены у 128 больных ( 76,1%)

Из 128 обследованных рецидив заболевания выявлен у 1больного, оперированного по поводу прямой паховой грыжи. Рецидив возник через 2 нед после выписки из стационара, причем больной в этот период занимался тяжелым физическим трудом.

Мы считаем, что при сложных формах паховой грыжи многослойная герниопластика с восстановлением нормальных анатомо-топографических взаимоотношений и физиологической функции пахового канала по методу Шулдиса является надежным способом снижения частоты рецидивов и может более широко использоваться в практике.

**Выводы.**Герниопластика по Шоулдису, в основе которой лежит многослойная пластика задней стенки пахового канала и реконструкция внутреннего пахового кольца, является наиболее патогенетически обоснованным методом лечения паховых грыж, при котором количество рецидивов минимально (менее 1%).

#### **Список литературы:**

1. ГогияБ.Ш. Современный взгляд на лечение послеоперационных грыж брюшной стенки / Б.Ш. Гогия // Consiliummedicum. - 2016. - Хирургия, №2. - С. 6-8.
2. Частота возникновения грыж передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением / Б.Б. Хашимов [и др.] // Уральский медицинский журнал. - 2017. - № 3. - С. 107-110.
3. Гибридная методика лечения послеоперационной вентральной грыжи / Б. Ш. Гогия [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. - 2018. - № 4. - С. 24-30.

*Зокиров Р.А., Джамиллов Р.Д., Фархов Ш.Ш.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

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

**Актуальность.** Необходимо отметить, что в настоящее время при ОГДЯК у больных пожилого и старческого возраста не существует идеальной хирургической тактики, вопросы хирургического вмешательства остаются спорными и продолжают обсуждаться в периодической печати и форумах хирургов.

Несмотря на достижения фармакологии в лечении язвенной болезни желудка, количество осложненных форм гастродуоденальных язв, в частности, кровотечений, неуклонно растет. Это объясняется следующими факторами: снижением внимания хирургов к проблеме лечения язвенной болезни, гастроэнтерологов и терапевтов лечить не только язвенную болезнь, но и ее осложнения, и социальным фактором — ростом осложненных форм, связанных с недоступностью и нерегулярностью современной терапии язвенной болезни

На современном этапе в клинической практике появились современные методы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, которые способствовали новейшему направлению в хирургических осложнениях язвенной болезни в общей, а при гастро-дуоденальных кровотечениях, в частности, которые позволяют одновременно осуществлять диагностические и малоинвазирующие лечебные мероприятия.

Эндоскопическое исследование является методом выбора диагностики источника кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также и методом предсказания шанса рецидива кровотечения и его лечения



с помощью эндоскопической техники. Важным достоинством метода является возможность одновременного применения эндоскопических методов гемостаза. Дальнейшее развитие эндоскопии позволило применять ее во время операции и избегать ненужного вскрытия просвета полых органов, а также уменьшить необходимость хирургического вмешательства и смертности на 50%. По данным некоторых авторов, использование эндоскопической характеристики источника кровотечения позволило улучшить результаты лечения больных с язвенными кровотечениями.

В настоящее время перспективным направлением улучшения результатов лечения и уменьшения уровня общей и послеоперационной летальности при ГДЯК признается хирургическая тактика.

Однако при отдельном рассмотрении результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с ГДЯК не отмечено существенного улучшения. Поэтому, активная хирургическая тактика, в рамках которой эндоскопический гемостаз рассматривают как временный, а в ряде случаев как окончательный метод остановки кровотечения, позволяющий подготовить больного к срочному или плановому оперативному вмешательству.

Необходимо подчеркнуть, что практически каждое эндоскопическое исследование, осуществляемое по экстренным и срочным показаниям, должна заканчиваться лечебным воздействием.

**Цель исследования.** Улучшение результатов комплексного лечения гастро-дуоденальных язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста при тяжелой сопутствующей патологии.

**Материалы и методы исследования.** Анализу подвергнуты результаты лечения гастродуоденальных кровотечений у 44 больных старше 60 лет, которым в комплексном лечении был применен эндоскопический гемостаз. Легкая степень кровопотери отмечена у 20 - (44%) пациентов, средней тяжести у 10 —(26%), тяжелая и крайне тяжелая у 14 - (30%) больных.

Сопутствующие заболевания у больных пожилого и старческого возраста с желудочно-кишечным кровотечением были выявлены у 91-(90%) больных. Только у 10- (9,9%) больных сопутствующие заболевания не выявлены. Больных в возрасте 61-70 лет было -20, 71-80 лет —17, старше 80 лет —7 больных.

Всем больным с кровотечением проведен региональный гемостаз введением 1 % раствора этоксисклерола.

У больных с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением наиболее оптимальным при кровотечении по FI. А и FI. В является концентрация раствора этоксисклерола 1%, в количестве 2-6 мл.

Всем больным после регионального гемостаза по показаниям производилось программное эндоскопическое исследование с целью осмотра места кровотечения, определения надежности гемостаза и возможного повторного локального гемостаза. При рецидиве кровотечения больным предлагалась экстренная операция.

Критерии программного эндоскопического исследования являются:

- признаки неустойчивого гемостаза,
- наличие перифокального воспаления вокруг язвенного дефекта,
- увеличение размеров язвы,
- локализация язвы по задней стенке ДПК и малой кривизны желудка,
- показатели свертывающей системы крови,

Программное эндоскопическое исследование проводилось через каждые 6 часов в течение первых суток, а в последующем - один раз в сутки в течение вторых и третьих суток.

#### Результаты эндоскопического гемостаза(n=44)

Локализация язв	Эндоскопический гемостаз эффективен	Эндоскопический гемостаз неэффективен
Язва желудка. (n=24)	20	4
Язва ДПК (n=20)	12	8
Всего	32	12

При средних и больших язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, раствор этоксисклерола инъецировали непосредственно вплотную к сосуду из 2-3 точек, чтобы препарат по возможности оказывал более быстрое механическое и химическое действие, приводя к тромбированию аррозированного сосуда. В целом при этом расходовалось обычно до 5мл раствора этоксисклерола.

У больных, относящихся к группе Forrest II В, в области источника кровотечения вводили обычно 1% раствора этоксисклерола, количество которого зависело от размеров язвы, в среднем 3мл.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Из 44 больных с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением, эндоскопический гемостаз инъекционным методом позволил добиться первичной остановки кровотечения у 32 из них, т.е. в 72,7% случаев, что является очень высоким показателем успешности достижения гемостаза с использованием 1% раствора этоксисклерола

Из 44 больных с кровотечением в 12 (27,3%) случаях не удалось остановить кровотечение инъекцией этоксисклерола. Из 32 больных после первичного гемостаза, рецидив КТ отмечено - у 3 (9,4%). Больному в области источника кровотечения вводили 1% раствора этоксисклерола, в количестве 6мл в двух точках, после чего кровотечение остановилось.

У 12 больных при контрольном (программированном) эндоскопическом исследовании было выявлено наличие вторичных острых язв гастродуоденальной области. У 9 из них, у которых при эндоскопическом осмотре язва кровоточила, было проведено эндоскопический гемостаз с применением гемостатического препарата капрофер. При этом источник кровотечения под визуальным контролем был орошен 6-8мл капрофера, который при контакте с кровью практически моментально образует сгусток, плотно фиксированный к раневой поверхности.

**Выводы.** Эффективное применение комплексного консервативного лечения и комбинированные эндоскопические методы гемостаза у больных пожилого и старческого возраста с ОГДЯК позволяет в большинстве случаев добиться устойчивого гемостаза и избежать вынужденной операции отчаяния.

## Список литературы.

1. Апоян В.Т. Опыт применения эндоскопических склеротерапии при язвенных кровотечениях: СБ. научных трудов/ В.Т Апоян, С.Г Погосян // М, 2011-С. 145-146.
2. Дивилин В.Я., Булгаков Г.А., и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста//Хирургия. 2010. № 11. С. 24-26.
3. Красильников Д.М. Тактика хирурга у больных с язвенными гастро-дуоденальными кровотечениями./ Д.М Красильников. И.И Хайруллин. Р.А Зефирова // Практическая медицина. - 2014. - №4- С. 39-41.
4. Королев М.П. Возможности эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями / М.П. Королев //Вестник хирургии-2013-Том 165-№6. С. 47 -50.
5. Королев М.П. Возможности эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями / М.П. Королев //Вестник хирургии-2016-Том 165-№6. С. 47 -50.

*Зокиров Р.А., Абдурасулов А.А., Муминов С.*

## ПРИНЦИПЫ ЗАКРЫТОГО АСПИРАЦИОННО-ПРОМЫВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕННЫХ И НАГНОИВШИХСЯ РАН

Кафедра Общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** На протяжении более 15 лет мы широко используем закрытое аспирационно-промывное лечение гнойных процессов различной локализации и многократно освещали свой опыт в выступлениях на хирургических съездах, конференциях, в периодической печати создано специальное оборудование Отечественная промышленность стала выпускать двух просветные силиконовые дренажные трубки медицинские многоканальная силиконовая (ТММК) для многих лечебных учреждений используются разработанные нами методики закрытого лечения медиастинита абсцессов брюшной полости гнойников мягких тканей[2,4,5].

Вместе с тем беседы с хирургами и возникающие дискуссии постоянно показывают, что многие специалисты, занимающиеся гнойной хирургией, не имеют ясного представления об основных принципах и возможностях лечения загрязненных и нагноившихся ран[1-3]. В связи с этим мы сочли необходимым выступить с данным обобщающим сообщением.

**Цель исследования.** Изучит метод закрытого лечения загрязненных и гнойных ран.

**Материалы и методы исследования.** Аспирационно-промывное лечение применяем в двух вариантах. При ранах относительно простой конфигурации производим постоянное капельное вливание промывной жидкости при непрерывной аспирации. При этом протекает только по дренажной трубке, постоянно промывая ее и предупреждая тем самым закупорку отсасывающего канала вязким экссудатом. То же самое наблюдается и при вливании жидкости по одному концу одноканального сквозного дренажа с активной или пассивной аспирацией по другому концу.

Если полностью имеет сложную конфигурацию или большие размеры, то однородной лишь аспирации с промыванием дренажа недостаточно обеспечения беспрепятственной эвакуации содержимого из отдаленных от дренажа участков полости и из ее боковых отростков. В этих случаях используем второй вариант метода, осуществляя многократное периодическое промывание уже самой полости.

**Результаты исследования и их обсуждения.** С помощью специально сконструированных программных пережимных клапанов, отключающих на заданное время аспирацию, автоматически промыванием полость 50- 100 раз в сутки. В необходимых случаях применяем программные аппараты, позволяющие дозировать промывной раствор не по времени его капельного или струйного введения, а по заданному объёму.

При отсутствии программных устройств фракционного промывания дренированной полости можно осуществлять посредством периодического пережатия на несколько минут аспирирующего шланга. Такое пережатие способны производить и сами больные.

Для адекватной эвакуации экссудата к системе вливания ниже капельницы может, подключена тонкая воздуховодная трубка, второй конец которой поднимают выше ёмкость с вливаемым раствором. Создаваемое в системе разрежение засасывает по этой трубке атмосферный воздух. Диаметр микроканала трубки ТММК вполне достаточен для одновременного прохождения и воздуха, и капельно вливаемой жидкости. Отрицательное давление в дренированной полости при этом лишь несколько уменьшается.

Такую же воздуховодную трубку с узким просветом целесообразно подключать и к сквозному дренажу. Желательно верхний конец воздуховодной трубки снабжать ватно-марлевым фильтром для задержания находящихся в воздухе пылевых частиц.

В первом варианте метода прочищение отсасывающего канала трубки ТММК (или просвета сквозного дренажа) воздушно-жидкостной смесью происходит перманентно, во втором только во время циклов отсасывания.

В первом варианте метода для промывания используем индифферентные стерильные растворы или кипячёную водопроводную воду. Промывать одну лишь дренажную трубку (как трубку ТММК, так и сквозной дренаж) дорогостоящими антибиотиками и антисептиками нерационально.

Во втором варианте производится промывание самой полости, что делает целесообразным использование растворов антибактериальных препаратов. Однако при коротких и частых циклах вливания хороший и быстрый лечебный результат даёт промывание полости даже простым 2 % или изотоническим раствором поваренной соли.

Аспирацию производим с помощью отсасывателя Л. Л. Лавриновича (ОП-1, ОП-01) с регулируемым уровнем разрежения или с помощью портативного микровиброотсоса, получаемого в результате несложной реконструкции аквариумного компрессора. Возможно применение водоструйного насоса.

При отсутствии отсасывателей у больных с хорошо герметизированной полостью можно применить «пассивную» (гравитационную аспирацию). Отсасывающий эффект создается при заполнении жидкостью относительно узкой! (имеющей просвет не более 5—6 мм) трубки, опущенной ниже уровня полости и герметично соединенной с широким каналом трубки ТММК или с выводным концом сквозного дренажа. Уровень создаваемого в дренированной полости разрежения в сантиметрах водного столба будет равен расстоянию от уровня полости до опущенного вниз конца трубки.

При активной аспирации необходимо учитывать, что разрежение, создаваемое в полости отсасывателя, суммируется с тем дополнительным разрежением, которое создает столб жидкости, находящейся в шланге, опущенном ниже уровня больного и соединенном с банкой-сборником. Эффект такой дополнительной пассивной аспирации исчезает при негерметичном дренировании (в том числе при подключении воздухопроводной трубки) И при широкой трубке, когда жидкость стекает по ее стенкам, не вытесняя из шланга воздух.

Метод закрытого аспирационно-промывного лечения устраняет необходимость в обязательной радикалы, при хирургической обработке гнойных ран. Достаточно иссечь лишь основную массу нежизнеспособных тканей, выполнить субрадикальную некрэктомию не повреждая здоровых тканей не вызывая кровотечения. Оставшиеся небольшие участки некротических масс подвергнутся гнойному расплавлению в процессе дальнейшего лечения а образующийся экссудат будет удален при промывании и аспирации. Процесс лизиса можно ускорить путем периодического введения в дренированную полость протеолитических ферментов.

Щадящая субрадикальная хирургическая обработка, созвучная принципаморганосохраняющих операций в зависимости от местных условий в ране, оснащенности операционной и опытности хирурга может быть выполнена скальпелем, ножницами или мощью лазерной установки.

Отрицательной стороной такого метода именуемого его авторами активным хирургическим лечением гнойных ран является большая травматичность связанная с принципиальной необходимостью, иссекать значительную массу живых тканей граничащих с зоной некроза На практике такое «активное хирургическое лечение» часто оказывается неосуществимым из-за нахождения вблизи гнойной раны жизненно важных анатомических образований (сосудов, нервов, кишечных петель).

Закрытый аспирационно-промывной метод мы используем как для профилактики нагноения больших свежих загрязненных ран, так и для лечения нагноившихся ран любой локализации причем независимо от давности нагноения. Важно, чтобы имелась возможность наложить кожные швы без излишнего натяжения.

Как показали микробиологические исследования, ни характер микрофлоры, вызвавшей нагноение, ни количественные показатели микробного загрязнения раны не оказывают существенного влияния на исход лечения и темпы заживления. Находящиеся и размножающиеся в дренированной полости микроорганизмы непрерывно или фракционно эвакуируются по дренажу вместе с экссудатом, а дополнительного микробного загрязнения не происходит. Применяемое нами закрытое аспирационно-промывное лечение создает такую же изоляцию раневой полости от внешней среды, как и местные гнотобиологические изоляторы при антибактериальном лечении обширных ран конечностей. При этом роль изолирующей камеры играют кожные покровы, полноценную изолирующую функцию такой «камеры» подтверждают бактериологические исследования.

**Выводы:** Метод дает существенный экономический эффект за счет как сокращения сроков нетрудоспособности, так и уменьшения потребности в дорогостоящих антибиотиках и снижения расхода перевязочного материала.

Антибиотики мы применяем в основном при подозрении на сепсис, при осложнении нагноения лимфангоитом, лимфаденитом при наличии тех или иных факторов снижающих иммунную реактивность организма (диабет и т.п.).

#### **Список литературы:**

1. Абаев Ю.К. Справочник хирурга: раны и раневая инфекция /Ю.К. Абаев. - Ростов н/Д: Феникс, 2006. - 428 с.
2. Блатун Л.А. Местное медикаментозное лечение ран. Проблемы и новые возможности их решения / Л. А. Блатун // Сошшит-Тешсит. - 2007. - №1. - Т. 9.
3. Профилактика раневой инфекции и морфологические аспекты заживления асептической раны / А.Б. Ларичев [ и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011.- №4-4. - С. 728-733.
4. Имобилизованная форма хлоргексидинабиглюконата в комплексном лечении гнойных ран / Б.С. Суковатых [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2013. Т. VI. №4. С. 406-410.
5. Мохов Е.М. Применение озонированного перфторана при лечении гнойных ран / Е.М. Мохов, С.И. Воробьев, А.Р. Армасов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2012 Т. V. №2. С. 324-329.

*Зугуров А.Х., Султанов Д.Д., Камолов А.Н.*

### **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ АРТЕРИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

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

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

**Актуальность.** Ведение больных с острой артериальной непроходимостью (ОАН) магистральных артерий конечностей остается одной из наиболее трудных и наименее разрешенных проблем современной экстренной ангиохирургии. Частота встречаемости острой ишемии конечностей в США и странах Европы составляет от 50 до 100 случаев на 100 000 населения, при этом в 5,5–14,6% случаев после лечения у больных наблюдается снижение качества жизни ввиду потери функций конечности или её ампутации [1]. Ежегодно среди населения Англии и Уэльса, более 5000 человек страдают острой артериальной непроходимостью верхних конечности (ОАНВК), при этом смертность составляет до 20% случаев, а ампутация конечности производилась в более чем 30% [2].

В среднем же по миру частота ампутаций конечности при ОАНВК колеблется в пределах 15–40% случаев, а летальность достигает высоких цифр и лежит в пределах 25–50% [3]. Значительной преградой на пути достижения оптимальных результатов лечения больных с ОАНВК встаёт поздняя постановка правильного диагноза и, как следствие этого, позднее поступление больных. Согласно данным Н. Naimović, лишь 10–15% больных поступают в период 6–8 часов после наступления первых признаков заболевания, который считается «золотым промежутком времени» для начала вмешательства, ввиду того, что по прохождению данного промежутка начинается отмирание мышечных клеток [3]. Несмотря на разработку и внедрение самых современных диагностических технологий, новых методов операций и лекарственных препаратов частота выполнения ампутаций при ОАН на сегодняшний день остаётся на высоком уровне – 30% [4].

**Цель исследования.** Оптимизация лечения больных с острой артериальной непроходимости верхних конечностей (ОАНВК).

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты лечения 124 больных с ОАНВК, которые поступили в экстренном порядке в отделение сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с января 2010 по июль 2017 года. Женщин было 75, мужчин 49. Возраст больных колебался от 17 до 82 лет. Средний возраст – 55,6±4,2 года. У 38 больных ОАН была правосторонней, у 86 больных левосторонней. Двусторонних поражений не наблюдалось. Сроки поступления больных составили от нескольких часов до одного месяца. Среди причин, вызвавших острую ишемию конечностей, острый тромбоз отмечен у 45 (36,3%) пациентов, эмболия в различных артериальных сегментах ВК – в 79 (63,7%) случаях. Следует отметить, что больные с травматической острой ишемии ВК не были включены в наше исследование.

В структуре заболеваний, которые привели к ОАН, преобладали гипертоническая болезнь (78 пациентов), облитерирующий атеросклероз (9 пациентов), ИБС – у 19 больных нарушение ритма сердца (в 33 случаях), постинфарктный кардиосклероз (в 8 случаях), ревматизм (в 6 случаях), сахарный диабет 2 типа (10 пациентов), анемия средней и тяжелой степени – у 30 больных, ожирение – у 12 больных, клапанные дефекты – у 4 больных и неспецифический аортоартериит в 1 случае. Следует отметить, что чаще встречалась сочетание патологии нескольких систем организма. Степень острой артериальной ишемии оценивали согласно классификации Савельева В.С. с соавторами (1974г.). Распределение пациентов по степени острой артериальной ишемии: 1А степень – 3 (2,4%), 1Б – 2 (1,6%), 2А – 18 (14,5%), 2Б – 58 (46,8%), 3А – 22 (17,7%), 3Б – 13 (10,5%), 3В – 8 (6,6%) больных. У большей части больных (119) ишемия конечностей была тяжелой и достигала II–III степени.

С целью изучения клиники ишемии ВК, подвергались тщательному анализу все жалобы больного. Всем больным проводилось ангиологическое обследование, включающее пальпацию лучевой, локтевой, плечевой, подмышечной и подключичной артерии в стандартных точках на симметричных уровнях обеих ВК. Кроме обще клинических методов исследования, больным в догоспитальном и дооперационном периодах проведен комплекс методов исследования, включавший ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) и ангиографию по показаниям.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Оптимальным временем для выполнения лечебных мероприятий у больных с ОАНВК считаются первые 6 часов от момента начала заболевания. Восстановив кровообращение в конечности в этот период, практически удавалось добиться хороших результатов лечения у больных, а также обеспечить гладкое течение процессов заживления и восстановления функции конечности в послеоперационном периоде. Однако, по тем или иным причинам только 18% (22 пациента) больных поступили в специализированное учреждение в период до 6 часов от момента начала заболевания.

Подавляющий контингент, оперированных нами больных – это лица пожилого и старческого возраста с тяжелой патологией сердечнососудистой и дыхательной систем. Тяжесть их состояния, а также выраженная ишемия конечностей диктовали необходимость скорейшего и адекватного восстановления кровообращения в пораженной конечности.

Методы хирургических вмешательств были различными и выбирались индивидуально в каждом конкретном случае, в зависимости от данных ультразвукового и ангиографического исследований, находок при интраоперационной ревизии пораженных сосудов, возраста и тяжести состояния больных, а также от возможностей оперирующего хирурга. Наиболее распространенными операциями у наших больных являлись эмбол- и тромбэктомия (62%), которые дополнялись эндартерэктомией, симпатэктомией и фасциотомией. Протезирование пораженного участка артерии выполнено у 2 больных, шунтирующие операции – у 4 больных. У 3 больных, после произведенной тромбэмболэктомии, выполнена боковая пластика артерий венозным трансплантатом.

В группе с эмболиями (79) 71 больному были выполнены 82 операции. Восемью больным с дистальными поражениями артерий, ввиду крайней тяжести состояния, и невозможности проведения хирургических манипуляций, было назначено консервативное лечение. 16 больным, из 71 оперированного, операция была выполнена в отсроченном порядке, после стабилизации функций других систем.

У больных с острым тромбозом (45) в 31 случае были выполнены 40 оперативных вмешательств. 14 больным было назначено консервативное лечение. В 48,4% (15 больных) случаев операции были выполнены в отсроченном порядке. Повторные операции в обеих группах выполнены 18 больным из 102 оперированных.

В послеоперационном периоде ретромбоз возник в 14 случаях (у некоторых больных ретромбоз возникал неоднократно). Некроз ампутационной культи возник у двух больных, что стало причиной выполнения им реампутации. Тромбоз аутовены отмечался в 1 случае, лимфорей в 4 случаях. У троих больных наблюдались явления флеботромбоза ампутационной культи, которые были устранены консервативным путём. Из неспецифических осложнений следует выделить инфаркт миокарда, который наблюдался в 3 случаях, инсульт – у 5 пациентов, гипертонический криз – у 2 пациентов.

Таким образом, кровообращение конечности восстановлено у 108 больных (87,1%). 11 (8,9%) больным была выполнена ампутация конечности. Летальные исходы наблюдались в 5 (4%) случаях в группе с эмболиями ВК. Среди умерших все больные были старше 50 лет с тяжелой степенью ишемии конечности, при наличии других сопутствующих заболеваний. Основной причиной смерти наших больных послужила тромбоземболия артерий головного мозга, сердечно-сосудистая недостаточность на фоне интоксикации, обусловленной гангреной конечности. Из 5 случаев летального исхода в 3 случаях смерть наступила после проведения оперативных вмешательств. Положительный эффект от проведенного консервативного лечения с сохранением конечности получен в 20 случаях.

**Выводы.** Ввиду несвоевременной диагностики, а также быстрого течения заболевания, влияния сопутствующей патологии, частота радикальных операций при ОАНВК остаётся высокой. Дальнейшее улучшение результатов лечения этой тяжелой патологии состоит в более точном определении показаний и сроков оперативных вмешательств, разработке четких критериев выбора того или иного вида операции, в зависимости от выявленных особенностей в каждом конкретном случае, совершенствовании хирургической техники.

#### **Список литературы:**

1. Губка В.А. Результаты лечения больных с острой артериальной ишемией конечностей / В.А. Губка, И.А. Коноваленко, А.В. Суздалько // Патология. – 2015. – № 2. – С. 55-58.
2. Donnally R. ABC of arterial and venous disease / R. Donnelly // N.J.M. London. – Oxford: BMJ I Books. – 2009. – P. 9–22.
3. Haimovici H. Arterial embolism of the extremities and technique of embolectomy / H. Haimovici // Haimovici's Vascular Surgery, Fifth Edition. – 2008. – P. 373-408.
4. Haskal Z. Mechanical thrombectomy devices for the treatment of peripheral arterial occlusions / Z. Haskal // Rev. cardiovascular. Med. – 2012. – N 3. – P.45-52.

### ***Ибодов Н.С., Гафуров М.У., Усмонов Б.Н., Гафурзода С.М.*** **ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

ГУ Республиканский научно-клинический центр «Урология» Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** Пиелонефрит относится к наиболее частым инфекционно-воспалительным заболеваниям беременных, встречается, по различным данным, у 12-18% женщин [1]. Принято считать, что острый пиелонефрит, впервые возникший во время беременности, не оказывает существенного влияния на течение беременности, тогда как у женщин с хроническим пиелонефритом часто наблюдается невынашивание и недонашивание беременности, развитие различных форм гестоза, плацентарной недостаточности. Дети, рожденные матерями, перенесшими как острую, так и хроническую форму заболевания, нередко имеют признаки внутриутробного инфицирования, и перинатальная заболеваемость и смертность у этих детей выше, чем у здоровых беременных. Известно, что почечная патология женщины влияет на развитие почек у ее ребенка. [2] Ультразвуковым методом выявил гидронефроз у 2,8% плодов этих женщин, тогда как у плодов здоровых беременных гидронефроз визуализировался в 4-5 раз реже. В первые месяцы жизни признаки инфекции мочевыводящих путей были обнаружены у 3,2% новорожденных, впоследствии у половины из них диагностированы аномалии развития почек, идентичные материнским. Возбудителями гестационного пиелонефрита, по различным данным [1,3], являются микроорганизмы группы энтеробактерий (кишечная палочка, клебсиелла, протей), реже встречается энтерококк, стрептококк В и D. Отмечают низкую эффективность лечения пиелонефрита у беременных и большую частоту малосимптомных, латентных форм. В последние годы получены данные о том, что воспалительный процесс в почках может быть связан с грибами *Candida*, уреоплазмами и микоплазмами. У 18% беременных с пиелонефритом установили выделение с мочой герпетических вирусов, у 16% - микоплазм и хламидии, что связано с низкой эффективностью лечения именно с этими особенностями инфицирования мочевых путей [4,5].

**Цель исследования.** Разработать и усовершенствовать рекомендации по лечению беременных с пиелонефритом и специфической инфекцией.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 54 больных в возрасте от 20 до 40 лет, страдающих острым пиелонефритом.

Проведено лабораторное исследование крови и мочи, а также бактериологическое исследование мочи, УЗИ и цистоскопия. В результате комплексного обследования и сравнительного анализа выявлены особенности клинического течения пиелонефрита у беременных со специфической - микоплазменной, хламидийной и смешанной инфекцией. Установлено, что пиелонефрит на фоне специфической инфекции имеет течение хроническое латентное - при микоплазменной, непрерывно рецидивирующее — при смешанной с вирусной инфекцией, причем эритроцитурия и оксалурия являются наиболее характерными и ранними изменениями в моче, тогда как лейкоцитурия вначале может быть невыраженной. Установлено, что специфическая урогенитальная инфекция, выделенная из мочи у 70% женщин, имеет смешанный характер преимущественно за счет энтерококка, стафилококка, клебсиеллы, неспорообразующей бактериальной флоры, грибов *Candida*. В патогенезе уретерогидронефроза играют роль и кавернозоподобные сосудистые образования, расположенные в интрамуральном отделе мочеточников. Во время беременности они набухают, что вызывает сдавление мочеточников и нарушение тонуса. Слизистая оболочка мочеточников становится отечной, мышечная оболочка - гипертрофированной, причем процесс распространяется и на околочеточниковое пространство. Эти изменения примерно такие же, как и в мышцах матки и влагалища, но в данном случае гипертрофия сочетается с дилатацией мочеточников. И, наконец, переполненный мочевой пузырь в результате образования острого угла у места впадения в него мочеточников затрудняет отток мочи из верхних мочевых путей и, тем самым, способствует их расширению.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Обследованы 54 беременных в возрасте от 20 до 40 лет, страдающих острым пиелонефритом. Из них 32 беременных были с острым первичным пиелонефритом в стадии серозного и гнойного воспаления, 22 в стадии ремиссии и обострения. Из 54 беременных женщин, страдающих острым пиелонефритом, консервативным лечением у 19, а течение острого пиелонефрита осложнилось нарушением пассажа и оттока мочи, потребовавшим катетеризации мочеточниковым катетером у 8, установки катетера типа Stent у 22, чрескожной пункционной нефростомии у 5-х. Исследовались функциональное состояние почек и показатели эндогенной интоксикации. Выявленные особенности бактериурии у беременных со специфической инфекцией определили оптимальные схемы антибактериальной терапии, учитывая бактериологические исследования мочи. Основные результаты исследования внедрены в практическую деятельность врачей урологов.

**Выводы.** Проведенная цистоскопия, катетеризация мочеточников и стентирование больных с острым пиелонефритом дает возможность избежать невынашивания беременности и преждевременных родов. Своевременная госпитализация и выбор тактики лечения беременных женщин с острым пиелонефритом уменьшает количество осложнений.

#### **Список литературы.**

1. Белинская, И.П. Факторы риска развития острого пиелонефрита у пациенток с хроническими заболеваниями почек в период гестации / И.П. Белинская // Таврический медико-биологический вестник. - 2012. - Т. 15, № 2. - С. 296-297.
2. Бут-Гусаим, Л.С. Беременность и бессимптомная бактериурия / Л.С. Бут-Гусаим, А.Н. Нечипоренко // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2012. - №5. – С. 246-248.
3. Говоруха, И.Т. Факторы развития пиелонефрита у беременных с бессимптомной бактериурией / И.Т. Говоруха, Т.А. Степаненко // Медико-социальные проблемы семьи. - 2013. – Т. 18, - №4. – С. 16-18.
4. Карпов, Е.И. Урология и беременность. Методическое пособие / Е.И. Карпов, А.М. Ананьин, Б.А. Ананьин и др. // Рязань ООО РусБланк. -2017.
5. Лоран, О.Б. Алгоритм диагностики и лечения инфекций мочевых путей у беременных. Пособие для врачей / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, И.В. Косова // М.: ООО Медицинское информационное агентство. - 2010.

*Ибодов Н.С., Гафуров М.У., Усмонов Б.Н., Гафурзода С.М.*

#### **ОСТРЫЙ ЦИСТИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

ГУ Республиканский научно-клинический центр «Урология» Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) при беременности остается одной из важнейших проблем урологии и акушерства. Это обусловлено изменением клинических признаков ИМП в период беременности, подходов к диагностике и лечению, а также риском развития урологических, акушерских и неонатальных осложнений. ИМП остаются одними из наиболее распространенных заболеваний во время беременности. [1]. За последние 20 лет количество беременных с заболеваниями почек возросло в 4 раза. К сожалению, врачи-нефрологи, урологи и акушеры недостаточно осведомлены о современных принципах и возможностях диагностики, и тактике лечения ИМП в период беременности, что нередко определяет пролонгирование сроков установления диагноза и неадекватный выбор лечебных программ. До сегодняшнего дня окончательно не выработаны лечебно-диагностические алгоритмы, не определены единая концепция терапии ИМП и тактика ведения беременных в амбулаторных и стационарных условиях. По данным литературы, острый цистит встречается у 1—2% беременных, составляя от 20 до 40% случаев в структуре инфекций нижних отделов мочевыводящих путей [2]. Бессимптомная бактериурия встречается примерно у 6% беременных (от 2 до 13% в зависимости от социально-экономических условий) [1,3]. При отсутствии лечения у 20—40% из них развивается пиелонефрит. Частота пиелонефрита среди беременных составляет, по данным различных авторов, от 1—2,5 до 10%, у 10—30% беременных отмечаются рецидивы. У каждой 3-й беременной пиелонефрит возникает впервые во время беременности или в послеродовом периоде [4]. В настоящее время среди экстрагенитальных заболеваний у беременных пиелонефрит занимает 2-е место [5].

**Цель исследования.** Улучшить лечение острого цистита у беременных.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 36 больных в возрасте от 19 до 45 лет, страдающих острым циститом. Проведено лабораторное исследование крови и мочи, а также бактериологические исследования мочи, УЗИ и цистоскопия. В результате комплексного обследования и сравнительного анализа выявлены особенности клинического течения цистита у беременных со специфической - микоплазменной, хламидийной и смешанной инфекцией. Установлено, что острый цистит на фоне специфической инфекции имеет течение хроническое латентное - при микоплазменной, непрерывно рецидивирующее — при смешанной с вирусной инфекцией, причем эритроцитурия и оксалурия являются наиболее характерными и ранними изменениями в моче, тогда как лейкоцитурия вначале может быть невыраженной. Установлено, что специфическая урогенитальная инфекция, выделенная из мочи у 70% женщин, имеет смешанный характер преимущественно за счет энтерококка, стафилококка, клебсиеллы, неспорообразующей бактериальной флоры, грибов Candida. И, наконец, переполненный мочевой пузырь в результате образования острого угла у места впадения в него мочеточников затрудняет отток мочи из верхних мочевых путей и, тем самым, способствует их расширению.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Обследованы 36 беременных в возрасте от 19 до 45 лет, страдающих острым циститом. Из них 21 беременная была с острым циститом в стадии серозного и гнойного воспаления, 15 в стадии ремиссии и обострения. Из 36 беременных женщин, страдающих острым циститом, консервативное лечение у 28, а течение острого цистита осложнилось нарушением пассажа и оттока мочи, потребовавшим катетеризации мочеточниковым катетером у 8. Исследовались функциональное состояние почек и показатели эндогенной

интоксикации. Выявленные особенности бактериурии у беременных со специфической инфекцией определили оптимальные схемы антибактериальной терапии, учитывая бактериологические исследования мочи. Основные результаты исследования внедрены в практическую деятельность врачей урологов.

**Выводы.** Проведенная цистоскопия больных с острым циститом дает возможность выбрать подходящую тактику лечения. Своевременная госпитализация и выбор тактики лечения беременных женщин с острым циститом уменьшает количество осложнений.

#### **Список литературы**

1. Карцева, В.С. Инфекция мочевыводящих путей у беременных в практике акушера-гинеколога и терапевта / В.С. Карцева, Н.А. Чухарева, Р.М. Есаян // Медицинский оппонент. – 2018. - №2. - С. 32-37.
2. Логутова, Л.С. Экстрагенитальная патология и беременность / под ред. Л.С. Логутовой // Практическое руководство. - М.: Литтерра - 2012.
3. Никольская, И.Г. Инфекции мочевыводящих путей при беременности / И.Г. Никольская, О.Н.Ветчинникова, Л.А. Синякова, Т.С. Будыкина // Эффективная фармакотерапия. – 2014. - №35. – С. 34-48.
4. Прокопенко, Е.И. Хроническая болезнь почек и беременность / Е.И. Прокопенко., И.Г. Никольская., А.В. Ватазин и др. // Учебное пособие. - 2013.
5. Серов, В.Н. Оценка опыта применения комбинированного растительного лекарственного препарата у беременных / В.Н.Серов, И.И. Баранов, Н.В. Протопопова и др. // Акушерство и гинекология. - 2013. -№9. - С. 105–112.

*Исмоилзода С.С., Мавлонов Ф.Б., Достиев У.А., Каримов М.А.*

### **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМБОЛИЗАЦИИ И СТЕНОЗА АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ, ПОЛУЧЕННОЙ ОТ МАРГИНАЛЬНЫХ ДОНОРОВ**

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино  
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Таджикистан

**Актуальность.** Из-за постоянной нехватки донорских почек многие центры трансплантации учредили крупные программы для живых доноров с расширенными критериями. Проблема в трансплантации заключается в возможности использовать этих доноров, как источник, однако, без ущерба для успешной немедленной функции и долгосрочной выживаемости трансплантата после трансплантации. Поэтому крайне важно, чтобы состояние каждого будущего трансплантата было оптимизировано до или во время трансплантации чтобы достичь наилучшей возможной функции после трансплантации и избежать потерю трансплантата [1, 2, 3]. В виду негативно влияющих факторов заместительной почечной терапии, таких как артеросклероз в следствие оксидативного стресса у реципиента на гемодиализе, а также сам трансплантат от донора с расширенными критериями предрасполагают к ряду осложнений, одним из которых является флор-синдром (закупорка) сосудов трансплантата расслоившейся интимой сосудов донорского органа [4, 5].

**Цель исследования.** Улучшение результатов аллотрансплантации почек путем профилактики эмболизации и стеноза артериального анастомоза при родственной трансплантации почки, полученной от маргинальных доноров.

**Материал и методы исследования.** Настоящая работа основывается на анализах клинического наблюдения, обследования и лечения 40 больных с трансплантацией почек, находившихся на лечении в Государственном Учреждении «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека» с 2010 по 2014 годы. Для оценки хирургической техники модифицированного шва при наложение сосудистого анастомоза при имплантации почечного трансплантата от маргинальных доноров с классической методикой наложения сосудистого шва по “Кареллю” для этого мы разделили реципиентов на две группы, 1 группа 20 реципиентов с новой методикой и 20 реципиентов группа сравнения с классической методикой по “Кареллю”. Для верификации сосудистых осложнений и постановки диагноза в первые дни и до года нами использовалась доплерография (аппарат УЗДГ ToshibaScan-345). Анализ данных проводился методами математической статистики в среде таблиц Excel. Определяли среднюю арифметическую ошибку (x), стандартную ошибку (m) для каждой серии вариаций и процентное соотношение.

**Хирургическая техника.** Техника включала в себя атравматическое изъятие донорской почки от маргинального донора (этап эксплантации) на этом этапе производили разрез не хирургическими ножницами а хирургическим скальпелем для предотвращения развития расслоения интимального слоя артерии донорской почки браншами ножниц. Далее производили обработку и промывку трансплантата на back-table. Принципиальным различием нашего сосудистого анастомоза являлось наложение шва внутри наружу. Для наложения швов использовали нить Prolene® 6-0. Размер игл с коническим острием, округлой формы 3/8 круга и длиной 11-13 мм для лучшей производительности. Для более мелких артерий 7-0 или 8-0, использовали 1/2 круга иглы 7-9,3 мм. Артериальный анастомоз начинали с помощью двух угловых швов на каждой стороне сосуда, как впервые описал Каррэл в 1902 году. Внимательно следя за тем, чтобы все слои артериальной стенки в каждом проходе иглы оставались равными, а адвентиция оставалась снаружи. Для этой цели мы выполняли адвентиэктомию артери толщиной 1 мм и использовали острый скальпель, при этом использовали лупу 4,5-6 X увеличением или хирургические увеличительные очки с независимым освещением для лучшего освещения хирургического поля.

Очень важно, чтобы в первую очередь внутри ушивание производили заднего слоя артериального анастомоза. Игла должна перемещаться изнутри наружу, чтобы связать интиму артерии и предотвратить создание внутреннего интимного лоскута, который будет хорошей триггерной точкой для будущего тромбоза. Верхний шов завязывали, а нижний оставляли несвязанным до конца анастомоза (рис. 1).





Рисунок 1. Наложение модифицированного шва

После завершения сосудистых анастомозов противоположные угловые фиксирующие швы оставались развязанными до реперфузии. До момента перфузии выше 1,5-2 см анастомоза накладывали зажим типа “Бульдог”. Далее производили реперфузию трансплантата при этом контрролировали зажимом возможное возникновение Флар-синдрома и тромбоз (рис.2).

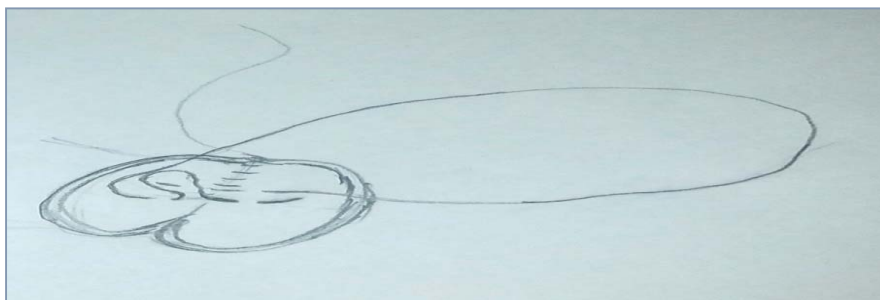


Рисунок 2. Момент перфузии трансплантированной почки с контролем зажимом по типу “Бульдог”

**Результаты.** Нами проведен анализ сосудистых осложнений в двух группах в зависимости от периода трансплантации почки (таблица 1).

Таблица 1-Сосудистые осложнения пересаженной почки в группах

Сосудистые осложнения	1 группа n=20				2 группа n=20			
	0-1	1-12	12 недель	1год	0-1	1-12	12 недель	1год
<b>Артериальный стеноз</b>	-	-	-	1 %	-	-	2%	-
<b>Артериальный тромбоз</b>	-	-	-	-	2%	-	-	-
<b>Венозный стеноз</b>	-	-	-	-	-	-	-	3%
<b>Венозный тромбоз</b>	-	-	-	-	1%	-	-	-
<b>Всего</b>				1 %	3%		2%	3%

**Примечание:** процент осложнений в зависимости от срока после трансплантации

Как видно при анализе групп по сосудистым осложнениям в первой группе с модифицированным способом наложения анастомоза сосудов нами был отмечен артериальный стеноз в 1% случаев в периоде 1 года после трансплантации почки. При изучении группы сравнения в периоде 0-1 недели артериальный тромбоз был отмечен в 2% случаев и венозный тромбоз отмечен у 1%, всего в раннем послеоперационном периоде отмечено 3% сосудистых осложнений по стандартной методике. При анализе 1-12 недель во второй группе сосудистые осложнения отсутствовали. На 12 неделе у 2% больных нами отмечен артериальный стеноз. При наблюдении в периоде года после трансплантации у больных второй группы отмечается артериальный стеноз в 3% случаев после пересадки. При анализе ультразвукографических показателей в раннем послеоперационном периоде у больных 1 группы по сравнению со 2 группой сравнения получены следующие результаты (таблица 2).

Таблица 2. - Ультрасонографические данные в группах

Показатель	Группа 1 (n = 20)	Группа 2 (n = 20)
<b>Диаст.кров мм\с</b>	1 (5,0%)	5 (40,0%)
<b>Сист.скор мм\с</b>	2 (10,0 %)	4 (20,0%)
<b>Индс.сопр.(RI)</b>	5 (25,0 %)	11 (55,0 %)
<b>Всего</b>	40 %	100%

Обратный диастолический кровоток присутствовал в 8 (40,0%) случаях ультразвуковых исследований трансплантата почки 2 группы против 1 (5,0%) в 1 группе. В 11 (55,0 %) случаях во второй группе было высокое сопротивление кровотока, с индексом сопротивления > 1.0, против 5 (25,0%) в 1 группе больных. Время, прошедшее между операцией трансплантации и обнаружением обратного диастолического кровотока в первой и во второй группе, варьировало от < 24 часов до 152 месяцев (в среднем 24,4 месяца).

Из анализа по показателю систолической скорости мм\сек в раннем послеоперационном периоде видно, что у больных 2 группы сравнения этот показатель был выше у 4 (20,0%) против 2 (10,0%) в первой группе. Случаи

обратного диастолического потока у больных во второй группе были вызваны перегибом сосудов в 20,0% и флор-синдромом 10,5%.

**Выводы.** Таким образом, при наложении артериального и венозного анастомоза с модифицированным швом наблюдается меньшее количество сосудистых осложнений по сравнению со стандартной методикой, которая не нивелирует риск факторы, ведущие к сосудистым осложнениям, таким как флор-синдром и стеноз артериального анастомоза.

#### Список литературы

1. Oxidative stress in uremia / J. Himmelfarb, R.M. Hakim // Curr Opin Nephrol Hypertens.- 2013.-Vol 12.-P.593–598
2. The elephant in uremia: oxidant stress as a unifying concept of cardiovascular disease in uremia / J. Himmelfarb [et al] // Kidney Int 2012.-Vol 62.-P.1524–1538
3. Roles of oxidative stress and antioxidant therapy in chronic kidney disease and hypertension. / N.D. Vaziri // Curr Opin Nephrol Hypertens.-2014.-Vol 13.-P. 93–99
4. Oxidative stress in uremia: nature, mechanisms, and potential consequences / N.D. Vaziri // Semin Nephrol .-2014.-Vol 24.-P.469–473
5. Oxidative stress and inflammation, a link between chronic kidney disease and cardiovascular disease / Cachofeiro V [et al] // Kidney Int Suppl.- 2015.-Vol 111.-P.4–9

*Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж, Дустова Н.К.*

### ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА

Кафедра акушерство и гинекологии №1, Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сина, Узбекистан

**Актуальность.** Синдром потери плода (СПП) — это новый термин, появившийся в последнее время и включающий в себя: один или более самопроизвольный выкидыш или неразвивающаяся беременность на сроке 10 недель и более; мертворождение; неонатальную смерть; три и более самопроизвольных выкидыша до 8 недель эмбрионального развития [1, 3].

Основной задачей современного акушерства является снижение числа репродуктивных потерь, и актуальность синдрома потери плода не вызывает сомнения, так как является наиболее частым ее осложнением. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении данной патологии, частота СПП остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55 %, достигая в первом триместре 80 % [2, 4]. Отсутствие снижения частоты СПП указывает на трудности, возникающие при ведении этой группы пациенток. С одной стороны, они обусловлены многофакторностью этиологии и патогенетических механизмов заболевания, с другой — несовершенством применяемых диагностических методик и отсутствием адекватного мониторинга осложнений, возникающих во время беременности [4].

Из множества причин, приводящих к СПП, в последние годы выделяют инфекционную как одну из основных причин спонтанного и привычного выкидыша [5].

**Цель исследования** изучить в современных условиях значение инфекции при различных клинических вариантах синдрома потери плода.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 63 пациенток, у 48 из которых настоящая беременность закончилась синдромом потери плода на сроках 12-21 неделя (основная 1-группа), которые были разделены на три группы. В 1а группу вошли 18 женщины, у которых беременность закончилась гибелью плодного яйца (неразвивающейся беременность в сроке от 12-21 недель). 1в группу составило 18 пациенток с самопроизвольным абортom. В 1в группу были включены 12 женщин с привычным невынашиванием беременности (ПНБ). 2-группа сравнения состояла из 15 пациенток, которые доносили настоящую беременность до физиологического срока родов и не имели в анамнезе невынашивания беременности.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В группе сравнение, несмотря на отрицательные результаты бактериологического и ПЦР анализов, бактериальная условно-патогенная микрофлора в количестве  $10^3$  колониеобразующих единиц (КОЕ) и/или грибы рода кандиды выявлялись у 10% пациенток. В основной группе в 36% случаев была выявлена микрофлора, представляющая возможную этиологическую значимость при неразвивающейся беременности. К ней относили штаммы, считающиеся патогенными в любой степени присутствия и условно-патогенные микроорганизмы, высеваемые в количестве  $>10^4$  КОЕ, а также возбудителей TORCH-инфекции.

Таблица 1

Возбудители инфекции обследованных пациенток

Инфекционные агенты	Основная группа, n=25		Сравнения группа, n=15	
	Абс	%	абс	%
ЦМВ	13	52	-	-
ВПГ	12	48	2	13
Уреаплазмы	15	60	1	4
Микоплазмы	11	44	3	20
Хламидии	8	32	-	-
Микст инфекции	6	24	-	-

Результаты бактериологического анализа свидетельствовали о наличии эпидермального стафилококка у 26% женщин, энтеробактерий - у 8%, возбудителей TORCH - у 52% пациенток, причем, у 22% из них аналогичные

микроорганизмы в цервикальном канале не выявлялись (табл.1). Наиболее частыми представителями TORCH-инфекции у пациенток основной группы являлись: уреаплазма - 60%, ЦМВ - у 52%, ВПГ - 48%, микоплазма - у 44%, хламидии - у 32% женщин.

У пациенток с невынашиванием беременности урогенитальная инфекция диагностирована в 60,0% случаев. Среди пациенток, доносивших беременность до физиологического срока родов, доля инфицированных была статистически значимо меньше.

При урогенитальной инфекции в исходе беременности чаще наблюдалась ее привычное невынашивание (38,1%) по сравнению с неразвивающейся беременностью (15,9%): при самопроизвольный аборт (18,3%) и срочными родами (5 %).

Хламидийная инфекция при различных клинических вариантах не вынашивания беременности и при доношенной беременности наблюдается значимо чаще, чем у беременных, обследованных на сроках 12-21 неделя и доносивших в последующем беременность до физиологического срока родов.

При синдроме потери плода у 35% пациенток была обусловлена одним возбудителем и у 30% пациенток диагностирована смешанная инфекция с различным сочетанием были вирусно-вирусные (ВПГ+ЦМВ) - 10,0%, вирусно-бактериальные (ВПГ+ЦМВ+хламидии, ВПГ + хламидии + энтеробактерии) -16,0%, бактериально-микотические (хламидии + уреаплазмы + *Candida albicans*) ассоциации - 20,0%

При самопроизвольном прерывании беременности преимущественное значение, как возбудители моноинфекции имели дрожжеподобные грибы рода *Candida* и *Chlamydia trachomatis*, так как вызванные ими инфекции были диагностированы статистически значимо чаще, чем инфекции, обусловленные вирусом простого герпеса.

У всех пациенток 1-й подгруппы отмечались выраженные признаки хронического эндометрита. Следует учитывать тот факт, что при неразвивающейся беременности, особенно при длительной задержке эмбриона в полости матки возможны вторичные воспалительные изменения в эндометрии. По данным Г.А.Ихтияровой (2019) при антенатальной гибели плода морфологические проявления воспаления в последе встречаются в  $75,01 \pm 1,32$  %, при ранней неонатальной смертности — в  $75,71 \pm 2,70$  %.

Наличие вторичных воспалительных изменений в эндометрии не исключено, однако степень выраженности эндометрита и наличие патогенной микрофлоры у всех женщин, не позволяют сомневаться, что хронический эндометрит у них был до наступления беременности.

Таким образом, проведенное исследование показало у женщин с синдромом потери плода в ранних сроках достоверно чаще в анамнезе выявляются инфекционные заболевания и репродуктивные потери которые подлежат в проведение предгравидарной подготовки за 3 месяца перед наступлением планированной беременности.

#### Список литературы

1. Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Хашаева Т.Х. Значение циркуляции антифосфолипидных антител у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы и синдромом потери плода в анамнезе// Акушерство, гинекология и репродукция.- 2015.- Т. 9, № 1.- С. 13-18.
2. Мирзаева Д.Б., Саиджалилова Д.Д. Изучение роли инфекционных факторов при невынашивании беременности // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. №3-4-2017.С-90-91.
3. Тошева И.И., Ашурова Н.Г. Исходы родов у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод /Вестник Дагестанской государственной медицинской академии № 4 (33), 2019 С34-38.
4. Mavlyanova N.N., Ixtiyarova G.I., Tosheva I.I., Aslonova M.Zh., Narzullaeva N.S. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation \ Journal of Medical - Clinical Research & Reviews- ISSN 2639-944X \ Volume 4 | Issue 6 | 4 of 4, 2020.
5. Sarkisova L. V., Yuldasheva R. U., Kurbanova Z. Sh., Aslonova M. J. The Role of Indicators of Ferrokinetics and Endogenous Erythropoietin in Anemia of Pregnant Women// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(4): 262-265 DOI: 10.5923/j.ajmms.20201004.19

*Кадамалиева М.Д., Азимова Дж. К., Умарова Т.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

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

**Актуальность.** Прогресс современной перинатологии привел к необходимости решения новых проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода [1,2]. Среди них ведущее место принадлежит хронической плацентарной недостаточности. Последняя, будучи частым осложнением беременности (по данным разных авторов, от 4 до 22%), сопровождается гипоксией, задержкой внутриутробного развития плода и является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности (до 60%) [2,4,5].

Хроническая плацентарная недостаточность - симптом комплекс, сопровождающий практически все осложнения беременности [1,3]. Особое место в этиологии хронической плацентарной недостаточности принадлежит острым и хроническим инфекциям. Ее частота у пациенток с вирусной и бактериальной инфекцией составляет в среднем 50-60% [3]. Легкая, мало- и даже бессимптомная инфекция у беременной может привести к выраженной недостаточности плаценты вплоть до гибели плода и тяжелой инвалидизации ребенка. Этот феномен в значительной степени обусловлен тропизмом возбудителей (особенно вирусных) к определенным эмбриональным тканям, а также тем, что клетки плода с их высочайшим уровнем метаболизма и энергетики являются идеальной средой для размножения микробов [1, 4].

**Цель исследования.** Изучение особенностей течения беременности и исхода родов у женщин с хронической плацентарной недостаточностью и инфекцией.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ исходной клинической характеристики, особенностей течения беременности и родов, состояния плодов и новорожденных у 126 женщин. В зависимости от наличия у них признаков хронической плацентарной недостаточности и/или инфекции, пациентки были разделены на группы. 1-я группа - 28 беременных с хронической плацентарной недостаточностью без инфекции; 2-я группа - 35 беременных с различной инфекционной патологией без признаков хронической плацентарной недостаточности; 3-я группа - 35 беременных с инфекцией и хронической плацентарной недостаточностью. Кроме того, 28 беременных были отнесены к условно здоровым и составили 4-ю группу (группу сравнения).

Проводились общеклинические, лабораторные, функциональные методы исследования. Фето- и плацентометрия осуществлялись с помощью ультразвуковых аппаратов "Aloka SSD-680" и "Toshiba-38A" (Япония). Мониторинг за состоянием плода в III триместре осуществлялся с помощью кардиотокографов 8030A фирмы "Hewlett-Packard" и МТ-801 фирмы "Тоити" (Япония). При анализе кардиотокограммы вычислялся показатель состояния плода по формуле, предложенной В.Н. Демидовым и соавт. Все последы родившихся детей были направлены на морфологическое исследование.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Возраст беременных колебался от 19 до 40 лет и составил в среднем  $28,2 \pm 1,1$  года. При анализе масс ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено, средняя масса тела перед наступлением беременности  $68,4 \pm 1,9$  кг. Достоверно чаще во 2-й и 3-й группах встречались хронические воспалительные заболевания придатков (25,7 и 28,6% соответственно) и хронический эндометрит (5,7 и 8,6%). Эктопия шейки матки чаще (42,8%) встречалась у женщин 2-й группы, в 3-й группе частота вторичного бесплодия (11,4%) достоверно превышала таковую в группе сравнения.

Из 126 обследованных женщин первобеременных было 47, повторнобеременных - 79, первородящих - 77, повторнородящих - 49. При анализе репродуктивной функции обследованных женщин выявлено, что у женщин 2-й и 3-й групп частота самопроизвольных выкидышей или неразвивающихся беременностей (11,4 и 14,3% соответственно) и преждевременных родов (5,7 и 8,6% соответственно) была достоверно выше, чем у женщин 1-й группы (3,6 и 3,6% соответственно) и группы сравнения (0 и 3,6% соответственно), что свидетельствует о несомненной роли инфекции как тяготящего фактора при данных видах патологии и согласуется с работами многих исследователей [3, 5]. Характеризуя репродуктивную функцию пациенток с инфекцией, следует также отметить, что в анамнезе у 11,4% пациенток 2-й группы и у 25,7% пациенток 3-й группы предыдущая беременность осложнилась хронической плацентарной недостаточностью, дети с гипотрофией рождались соответственно в 7,7 и 20% случаях. Перинатальные потери отмечены в анамнезе у 1 пациентки 2-й группы, и у 2 пациенток 3-й группы. Пациентки всех групп имели различные осложнения во время настоящей беременности. Частота заболеваний инфекционно-воспалительного характера была наиболее высокой в 3-й группе. Обострение очагов хронической инфекции мочевыделительной системы было одинаково высоким во 2-й и 3-й группах, в то время как частота обострений герпесвирусной инфекции (вирус простого герпеса и цитомегаловирус) была достоверно выше у женщин 3-й группы.

Необходимо отметить, что различные изменения со стороны плаценты, выявленные при УЗИ, а также мало- и многоводие встречались достоверно чаще во 2-й и 3-й группах, чем в 1-й и 4-й группах. Всего у пациенток произошло 126 родов. Частота преждевременных родов у пациенток 3-й группы составила 31,4%, что более чем в 2 раза превышает данную частоту в 1-й и 2-й группах (соответственно 15,4 и 11,4%). В 4-й группе все роды были своевременными. Частота кесаревых сечений составила соответственно по группам 30,8, 34,3, 54,3 и 50%, и, как видно из приведенных данных, была самой высокой в 3-й группе, что, по-видимому, связано с исходным неблагоприятным фоном и наибольшей частотой осложнений гестационного периода у этих пациенток.

Наиболее часто (17,1%) встречающимся осложнением родового акта во 2-й и 3-й группах было несвоевременное излитие околоплодных вод. Исход родов для плода и течение раннего неонатального периода проанализированы у 127 детей (в 2 случаях в 3-й группе - двойни). Масса доношенных новорожденных колебалась от 2850 до 3900 г и составила в среднем  $3445 \pm 121$  г, недоношенных - от 1100 до 2350 г, в среднем  $1844 \pm 77$  г. Наибольший процент (35,1%) недоношенных детей встречался в 3-й группе (в 1-й группе - 15,4%, во 2-й группе - 11,4%). Кроме того, в 1 случае в 3-й группе имела место антенатальная гибель плода при сроке беременности 30 нед. Клинические признаки гипотрофии новорожденного отмечались в 14,3% случаев в 1-й группе, в 5,3% - во 2-й группе, в 34,3% - в 3-й группе, а в 4-й группе гипотрофии новорожденных не было. Следует отметить, что в 3-й группе в 1 случае имела место выраженная гипотрофия III-IV степени. Внутриутробное инфицирование плода с наибольшей частотой (40,0%) встречалось в 3-й группе, что почти в 2,5 раза превышало частоту данной патологии (17,1%) во 2-й группе. В 1-й и 4-й группах внутриутробного инфицирования плода не было. Во всех случаях поставленный клинически диагноз хронической плацентарной недостаточности был подтвержден при морфологическом исследовании последа. Хроническая плацентарная недостаточность характеризовалась патологической незрелостью плаценты, выражающейся в диссоциированном развитии ворсинчатого хориона, наличием инволютивно-дистрофических процессов и циркуляторных расстройств. Характер воспалительных изменений последа во многом зависел от вида инфекционного возбудителя, поражавшего послед, при этом выявлялись клетки-маркеры этих инфекций, а также антигены возбудителей. В последах женщин, имевших признаки хронической плацентарной недостаточности во время беременности, но родивших детей без гипотрофии и признаков внутриутробной инфекции патологические изменения сочетались с хорошо выраженными компенсаторно-приспособительными процессами.

**Вывод.** Ранняя диагностика и начало профилактических мероприятий по санации очагов инфекции и проявлений плацентарной недостаточности у этих беременных могут служить существенным резервом для снижения как осложнений гестационного процесса, так и частоты внутриутробного инфицирования плода и перинатальной заболеваемости.

### Список литературы:

1. Бубнова Н.И. Морфологические изменения в плаценте, вызванные смешанной инфекцией. /Н.И. Бубнова, З.С. Зайдиева, В.Л. Гютюнник // Международный симпозиум "Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики гестоза": Материалы симпозиума. Москва, 19-20 ноября, 2012; 222-223.
2. Мамедалиева Н.М. Ранняя диагностика, прогнозирование и профилактика плацентарной недостаточности у беременных с привычным невынашиванием в анамнезе/ Н.М.Мамедалиева // Дис. ... докт. мед.наук. М 2014.
3. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. Плацентарная недостаточность. / Г.М. Савельева, М.В. Федорова, П.А. Клименко [и др.] // М. Медицина 2015; 272 стр.
3. Osman N.B. Genital infections in the aetiology of late fetal death: an incident case-referent study. / N.B. Osman, E. Fologosa , C.Gonzales // J. Trop Pediatr 2015; 41: 5: 258-266.
4. Wallenburg H.C. Placental insufficiency: pathophysiology and therapetic approaches. / H.C. Wallenburg // Triangle 2013; 29: 4: 326-356.

*Кадамалиева М.Д.*

### ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДИСТРЕПТАЗЫ ПРИ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССАХ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

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

**Актуальность.** Проблема ВЗОМТ является весьма актуальной во всем мире. Так, у женщин, обратившихся к врачу гинекологу по поводу нежелательной беременности, до 70% имеют различные гинекологические заболевания, у 30% выявляются ИППП и у 14% - ВЗОМТ [1, 2]. По данным Национального центра контроля заболеваемости, в США ежегодно регистрируют около 1 млн. случаев ВЗОМТ, т.е. каждая десятая женщина в течение репродуктивного возраста имеет воспаление органов малого таза, причем у каждой четвертой из них возникают осложнения [3,4]. Выделяют острую и хроническую формы ВЗОМТ, которые имеют определенные клинико-морфологические, микробиологические и ультразвукографические признаки, на основании которых устанавливается диагноз. Одной из основных причин неправильного ведения, запоздалой диагностики и несвоевременного лечения больных с ВЗОМТ может быть полученный отрицательный результат микробиологического исследования образцов биологического материала из нижних отделов мочеполовой системы. В настоящее время «золотым стандартом» диагностики ВЗОМТ считается лапароскопическое исследование; они дорогостоящие, проводятся под общей анестезией в условиях стационара гинекологических учреждений, а следовательно, не всегда доступны. Большинство исследователей справедливо отмечают необходимость разработки новых, неинвазивных методов диагностики, которые позволят обеспечить раннюю диагностику и лечение больных ВЗОМТ, снизив потребность в диагностической лапароскопии [3,5].

Инфекционные заболевания, вызванные *Chlamydia trachomatis*, являются частой причиной развития воспалительных заболеваний органов малого таза, а также значимым фактором возникновения бесплодия у женщин во всем мире. Хламидийная инфекция в 80-90% случаев протекает длительное время бессимптомно, не принуждая больных обращаться за специализированной медицинской помощью. Считается, что повторное инфицирование *Chlamydia trachomatis* ассоциируется с повышенным риском возникновения ВЗОМТ и развития бесплодия, что подтверждает гипотезу о роли иммунной системы в развитии данной патологии.

**Цель исследования.** Оценить эффективность, безопасность и переносимость комплексного лечения больных ВЗОМТ с применением препарата Дистрептаза (ректальные суппозитории).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 30 женщин с ВЗОМТ. Клиническое обследование наблюдаемых пациенток, включающее оценку жалоб, анамнез, осмотр, лабораторное, инструментальное и специальное исследования, проводили в первый день посещения куратора и в конце лечения. В эти же дни документировали режим лечения, терапевтическую эффективность и переносимость комплексного лечения, а также контролировали соблюдение больными схемы и режима лечения. Особое внимание на протяжении всего наблюдения отводилось учету появления нежелательных побочных действий при применении Дистрептазы (ректальные суппозитории). На основании полученных данных проводили оценку эффективности и переносимости проводимой терапии у наблюдаемых больных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Оценка эффективности комплексного лечения наблюдаемых нами больных с применением препарата Дистрептаза производилась на основании динамики клинических показателей в процессе лечения. При оценке эффективности препарата учитывались:

- динамика как субъективных, так и объективных клинических проявлений патологического процесса;
- показатели дополнительных методов обследования больных;
- частота рецидивов заболевания в период наблюдения.
- показатели внутри каждой группы наблюдения;
- отличия показателей;
- эффективности и переносимости (сравнение между группами);
- наличие и частота побочных реакций в группах сравнения.

Динамику клинических проявлений заболевания, указывающих на эффективность комплексного лечения больных ВЗОМТ с применением Дистрептазы, оценивали на основании изменения интенсивности и продолжительности болевого синдрома, который учитывался по шкале болей до и после проводимого лечения. До назначения комплексного лечения интенсивность болевого синдрома у больных во всех наблюдаемых группах колебалась от 6 до 8 баллов, средний показатель составил  $6,7 \pm 1,1$  балла:

- синдром хронической тазовой боли (24%);

- бесплодие (40%);
- невынашивание беременности (45%);
- эктопическую беременность (3%).

Хорошую эффективность и переносимость комплексного лечения больных ВЗОМТ с применением Дистрептазы отмечено у 29 (97%) пациентов. Значительная положительная динамика клинических проявлений со снижением интенсивности болевого синдрома на 30 % в течение первых дней лечения отмечено у 22 (73%) наблюдаемых больных основной группы. Среди больных группы сравнения интенсивность болевого синдрома снижалась на 50 % к концу проводимой комплексной терапии.

Анализ лейкоцитарной реакции крови у наблюдаемых больных показал незначительную тенденцию к лейкоцитозу до проведенного лечения, что, по-видимому, обусловлено ответной реакцией макроорганизма на урогенитальную инфекцию. Снижение количества лейкоцитов у больных основной и контрольной групп после проведенного лечения с применением антибактериальных препаратов может быть косвенным показателем санации вышеуказанной инфекции. Показатели анализов крови у больных контрольной и основной групп свидетельствуют о том, что лечение с использованием Дистрептазы не оказывало какого-либо отрицательного влияния на показатели периферической крови. Во всех группах после лечения отмечалось достоверное снижение количества лейкоцитов и СОЭ до нормальных величин.

Показатели, характеризующие состояние клеток печени и интенсивность цитолиза гепатоцитов (активность аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы), а также функции гепатоцитов, в процессе лечения наблюдаемых больных не претерпели никаких изменений и остались в пределах нормы.

Общее состояние больных при применении Дистрептазы соответствовало клиническим проявлениям основного заболевания.

За период применения препарата Дистрептаза серьезных побочных явлений не зарегистрировано. В ходе проведения клинических наблюдений не было отмечено ни одного случая непереносимости препарата.

На основании анализа полученных результатов в процессе нашего наблюдения, можно заключить, что применяемый препарат Дистрептаза в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза проявил высокую терапевтическую эффективность и показал хорошую переносимость.

**Вывод.** Препарат Дистрептаза, ректальные свечи оказывает выраженное ферментативное, противовоспалительное, рассасывающее и анальгезирующее действие, улучшая доступ антибиотиков и химиотерапевтических средств в очаг воспаления, хорошо переносится больными и не вызывает патологических изменений среди основных. Положительная динамика лечения больных воспалительными заболеваниями органов малого таза, хороший терапевтический эффект и переносимость препарата Дистрептаза, ректальные свечи дает основание рекомендовать его в комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями органов мочеполовой системы и урогенитальными инфекциями.

#### Список литературы

1. Cohen C.R., Brunham R.C. Pathogenesis of Chlamydia induced pelvis inflammatory disease // Sex. Transm. Inf. - 2015. - Vol. 75, No 1. - P. 21-24.
2. Onwude J.L., Thornton J.G., Morley S., Lilley-man J., Currie I., Lilford R.J. A randomised trial of photographic reinforcement during postoperative counselling after diagnostic laparoscopy for pelvic pain // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2014. - Vol. 112. - P. 89-94.
3. Howard F.M. Zespół bólowy miednicy mniej-szej // Med. Prakt. Ginekologia i Potoznictwo.- 2013. - Vol. 6. - P. 61-84.
4. Moore J., Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. - 2012. - Vol. 14. - P. 389-402.
5. Tulandi T, Chen M.F., Al-Took S., Watkin K. A study of nerve fibers and histopathology of postsurgical, postinfectious, and endometriosis-related adhesions // Obstet. Gynecol. - 2014. - Vol. 92. - P. 766-768.
6. Kligman I., Drachenberg C., Papadimitriou J., Katz E. Immunohistochemical demonstration of nerve fibers in pelvic adhesions // Obstet. Gynecol. - 1993. - Vol. 82. - P. 566-568.

*Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Восиев А.С.*

#### СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан, Душанбе

**Актуальность.** Механическая желтуха — грозное, порой смертельное, осложнение желчнокаменной болезни и ряда доброкачественных и злокачественных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. Независимо от этиологии, развитие МЖ требует неотложной декомпрессии билиарной системы [1, 2, 3, 4]. Однако длительный холестаз и гипертензия в желчных капиллярах приводят к глубоким морфологическим и функциональным изменениям печени, развивается тяжелый эндотоксикоз, нарушения гомеостаза, снижение иммунитета и другие проявления недостаточности печеночных функций [5]. Поэтому традиционные операции, выполняемые на высоте желтухи и печеночной недостаточности, сопровождаются тяжелыми осложнениями с высокой частотой послеоперационной летальности.

В течение длительного времени ведутся споры о необходимости выполнения билиарной декомпрессии перед радикальным хирургическим лечением [4]. Однако дискуссия о преимуществах одно- и двухэтапной тактики хирургического лечения МЖ, выборе способа декомпрессии при ее необходимости продолжаются [1,3]. В связи с важностью проблемы и неоднозначностью пути ее решения, мы сочли необходимым рассмотреть аспекты предварительной билиарной декомпрессии и этапного хирургического лечения МЖ.

**Материал и методы исследования.** Настоящее исследование основано на результатах хирургического лечения и

изучения клинико-лабораторных данных, полученных при обследовании и лечении 175 больных с МЖ доброкачественной и опухолевой природы. В зависимости от этапности хирургического лечения все пациенты распределены на две группы. В основную группу (первая группа) включены 75 больных, у которых применялась двухэтапная тактика хирургического лечения - на первом этапе проводилось чрескожное чреспеченочное холангиодренирование под контролем УЗИ, а на втором - устранение причины МЖ традиционными операциями из лапаротомного доступа. В группу сравнения (вторая группа) включено 100 пациентов с МЖ, у которых применены одноэтапные операции периода внедрения чрескожного билиарного дренирования выполнялись традиционные одноэтапные операции.

Уровень билирубина у больных первой группы варьировал от 153 до 400 мкмоль/л. У 48 пациентов (64%) имелись клинико-лабораторные признаки печеночной дисфункции. У больных второй группы уровень общего билирубина варьировал от 92 до 376 мкмоль/л. У 58 пациентов (58%) имелись клинико-лабораторные признаки печеночной дисфункции. Длительность существования МЖ у больных первой группы колебалась от 14 до 160 дней, у больных второй группы - от 14 до 180 дней. Для оценки класса тяжести механической желтухи использована классификация, предложенная Э.И. Гальпериным (2012) [2]. В первой группе все больные отнесены к классам В (73,4%) и С (26,6%), а во второй - у 26% больных имелась МЖ отнесены к классам В и С. У 35 больных первой группы интраоперационно произведена биопсия печени с морфологическим исследованием.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Современные методы диагностики позволяют на дооперационном этапе в большинстве случаев уточнить этиологию заболевания и выбрать оптимальный способ хирургического лечения в каждом конкретном случае. Причины механической желтухи в сравниваемых группах: У 50 больных (35,71%) первой группы МЖ была опухолевой, а у 25 (64,29%) - доброкачественного генеза. В группе сравнения у 49 (49%) МЖ была опухолевой генеза, у 51 (51%) - неопухолевой.

Морфологические изменения в печени при механической желтухе имели разнонаправленный характер в зависимости давности и тяжести желтухи и от наличия холангита: по мере увеличения давности билиарной обструкции прогрессирует тяжесть морфологических нарушений; холестаз и билиарная гипертензия являются основной причиной гибели гепатоцитов, которая осуществляется путём «желчных некрозов» и усиления апоптоза; раннее нарушение структуры и функционального состояния стромальных элементов и усиление фиброза является одним из факторов, определяющих дальнейшее развитие и исход заболевания; наличие холангита при длительной билиарной обструкции приводит к более глубоким морфологическим нарушениям.

Анализ результатов традиционных операций с одномоментной ликвидацией механической желтухи показал, что послеоперационные осложнения наблюдались у 28 (28%) больных, в том числе печеночная дисфункция - у 9, печеночно-почечная недостаточность - у 11 больных. У 7 больных отмечались послеоперационные осложнения, связанные с особенностями техники оперативных вмешательств. При этом после НД осложнения наблюдались у 8 больных, ХДА - у 7, ХцЕА - у 12 больных. Осложнения, связанные с тяжестью основного патологического процесса, наблюдались у 17 (17%) больных. Среди них следует особо выделить развитие гепатоцеребральной недостаточности с летальным исходом у 7 из них.

Установлена корреляционная зависимость послеоперационных осложнений и летальности от класса тяжести МЖ: летальность больных в каждом последующем классе тяжести увеличивалась в 1,5 - 2 раза. Осложнения, связанные с особенностями техники операций развились у 10 (10%) больных. В связи с развитием послеоперационных осложнений, угрожающих жизни больных, релапаротомия выполнена у 7 (7%) больных. Показаниями к релапаротомии или дополнительных манипуляций (чрескожное дренирование) явились: желчный перитонит (4), кровотечение в брюшную полость (2), кровотечение из острой язвы ДПК (1), несостоятельность швов БДА (1), холангиогенный абсцессы печени (1). После ликвидации осложнений все больные выздоровели. После традиционных операций летальные исходы наблюдались у 8 (8%) оперированных. Основной причиной летальных исходов явилась острая печеночно-почечная недостаточность, которая развилась у 11 (11%) больных, у 7 (7%) из них она завершилась летальностью.

Предварительное антеградное дренирование желчных протоков применено у 75 больных МЖ, у 37 из них выполнена чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХцС), у 38 - чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Адекватность выполненного чрескожного чреспеченочного дренирования оценивалась по изменению интенсивности желтухи, суточному дебиту желчи, степени снижения гипербилирубинемии, а также по устранению признаков билиарной гипертензии при динамическом ультразвуковом исследовании.

Анализ результатов предварительного наружного холангиодренирования с контролируемой декомпрессией желчных протоков показал, что у всех больных наблюдается плавное снижение уровня билирубина, активности ферментов цитолиза и холестаза. При этом «синдром быстрой декомпрессии» не наблюдался ни у одного больного.

Средняя продолжительность наружного дренирования желчных протоков составила  $24,5 \pm 2,7$  дня (от 14 до 35 дней), и она зависела от уровня исходной гипербилирубинемии, её давности, выраженности дооперационного нарушения функционального состояния печени.

Осложнения чрескожного билиарного дренирования наблюдались у 5 (8%) больных, которые устранены с помощью редренирования желчных путей. У 3 больных наблюдался «синдром быстрой декомпрессии» с прогрессированием печеночно-клеточной дисфункции, которая устранена с помощью интенсивной терапии.

Применение двухэтапной тактики хирургического лечения больных механической желтухой с предварительной декомпрессией внепеченочных желчных протоков способствует трансформации механической желтухи класса В и С в менее тяжелый класс, позволяет повысить радикальность и эффективность реконструктивных хирургических вмешательств, способствует снижению частоты послеоперационных осложнений (11,2%) и летальности (1,6%).

Предикторами развития осложнений и летальности при хирургическом лечении больных МЖ являются: опухолевая этиология желтухи, уровень гипербилирубинемии более 200 ммоль/л, продолжительность её срока более 2 недель, наличие осложнений МЖ, печеночная недостаточность, неконтролируемый темп билиарной декомпрессии. Факторами, положительно влияющими на результаты хирургического лечения больных МЖ являются: доброкачественная этиология



МЖ, уровень гипербилирубинемии ниже 200 ммоль/л, её продолжительность менее 2 недель, отсутствие осложнений МЖ, применение предварительного дренирования с дозированной декомпрессией желчных протоков.

**Выводы.** Таким образом, своевременная миниинвазивная билиарная декомпрессия является важным компонентом этапного хирургического лечения, позволяющим восстановить функцию печени. Результаты лечения МЖ могут быть улучшены за счет применения двухэтапной тактики хирургического лечения.

#### **Список литературы:**

1. Применение нечёткой математической модели принятия решений в выборе оптимальной хирургической тактики у пациентов с неопухолевой обтурационной желтухой / Д.Н. Гаджиев [и др.] // Казанский медицинский журнал, 2018, том 99, №3. – С. 439 – 445.
2. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин [и др.] // Хирургия. – 2014. - № 1. – С. 5 – 9.
3. Геворкян Т.Г. Оптимальные методы ликвидации механической желтухи при распространенном раке головки поджелудочной железы / Т.Г. Геворкян // Исследования и практика в медицине. - 2018; 5(2): 26-35. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-2-3
4. Миниинвазивные методы декомпрессии в лечении механической желтухи злокачественного генеза у пациентов пожилого и старческого возраста / М.Ю. Кабанов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2018, т. 13, № 1. – С. 74 78.
5. Морфофункциональные изменения печени и почек при холестазах / М.Д. Кашаева [и др.] // Вестник Новгородского Государственного университета, 2019, № 1(113) . – С. 34 – 38.

*Кадырова Д.Д., Сафоев С.А., Буриев Ш.К.*

### **РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

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

**Актуальность.** Выбор оптимального метода анестезиологического пособия при хирургических вмешательствах у детей раннего возраста имеет значительную актуальность по сей день. В последние годы появилось множество эффективных и относительно безопасных анестетиков нового поколения для общего обезболивания, но несмотря на это проблема снижения риска развития периоперационных осложнений сохраняет свою актуальность [1]. В связи с этим, в последние годы, всё большее внимание уделяется применению методов регионарной анестезии у детей раннего возраста [2,4,5].

**Цель исследования.** Исследовать особенности и преимущества спинальной анестезии при реконструктивных операциях на нижних конечностях у детей раннего возраста.

**Материал и методы исследования.** За период 2019-2020 гг. в ГУ «Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии» Республики Таджикистан (ГУ «РКЦОТ» РТ) изучены особенности анестезиологического пособия у 35 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 2х лет, оперированных по поводу врождённой двухсторонней косолапости тяжёлой формы. В исследование включены больные с двухсторонней косолапостью тяжёлой формы. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 50±12 минут, операция проводилась двумя бригадами хирургов одновременно. Среди больных мальчиков было 24 (69,1%), девочек – 11 (30,9%). Больные были подразделены на 2 группы. В I-ю группу (n=14) вошли пациенты, у которых применялась тотальная внутривенная анестезия с использованием кетамина и оксибутирата натрия с сохранением спонтанного дыхания, у II-й группы (n=21) использовали спинальную анестезию в сочетании с поверхностной седацией и сохранением спонтанного дыхания. После стандартного планового обследования больные были подготовлены к анестезии и оперативному вмешательству. В премедикации использовалось сочетание сибазона, кетамина, атропина и димедрола внутримышечно за 10-15 минут до анестезии в обеих группах, что обеспечивало хороший сон, анксиолизис, анальгезию, а у пациентов II-й группы ещё и двигательный контроль при проведении спинномозговой анестезии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В I-й группе индукция в наркоз проводилась внутривенным введением 20% раствора оксибутирата натрия в дозе 75-100 мг/кг, а основной наркоз поддерживался кетамином в дозе 2-3 мг/кг. Положение больных на операционном столе – на спине.

У 2-х больных этой группы во время индукции возникло кратковременное апноэ, что потребовало проведения вспомогательной вентиляции при помощи маски. В послеоперационном периоде у 5 больных данной группы возникла тошнота и рвота. Кроме того, имело место более позднее пробуждение и активизация больных.

Во II-й группе, после предварительной седации, в положении на боку с приподнятым головным концом на 45° и тщательным контролем проходимости дыхательных путей производилась пункция субарахноидального пространства на уровне L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> или L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> с последующим введением местного анестетика. Положение больного на спине с приподнятым головным концом на 45°.

Для поддержания интраоперационной седации нами использовалось внутривенное введение диазепама в дозе 0,15-0,3 мг/кг/ч в виде инфузии. Больные находились на спонтанном дыхании с инсuffляцией кислорода (FiO<sub>2</sub> 0,3-0,5) через носовую канюлю.

Продолжительность спинального блока составила 90±15 минут, что намного меньше в сравнении со взрослыми. Это связано с более выраженной васкуляризацией мягкой мозговой оболочки и большего сердечного выброса, которые приводят к ускоренной абсорбции местного анестетика. Кроме того, у детей более рыхлый эндоневрий, и диффузия анестетика проходит легче, что также объясняет быстрое начало и окончание блока.

Больные находились под мониторным наблюдением, гемодинамических расстройств не наблюдалось, что связано с наличием меньшего объёма периферической крови, незрелости симпатической вегетативной нервной системы и меньшей эфферентной активности блуждающего нерва у детей в возрасте до 5 лет.

У 1-го больного этой группы отмечался случай высокого блока, что привело к апноэ и потребовало проведения вспомогательной вентиляции. Слабая выраженность грудного кифоза у детей облегчает краниальное распространение местного анестетика и обуславливает возникновение высокого, а в редких случаях и тотального блока, в связи с этим необходимо приподнимать головной конец стола на 45°.

В послеоперационном периоде у больных этой группы не наблюдалось тошноты и рвоты. Более ранняя активизация пациентов, а также длительно сохраняющаяся послеоперационная анальгезия, что позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков. Кроме того, данная методика обеспечивает адекватный газообмен, метаболизм и доставку кислорода на фоне эффективного спонтанного дыхания.

**Выводы.** Исследования показали, что применение спинальной анестезии с поверхностной внутривенной седацией при хирургической коррекции врожденной косолапости у детей раннего возраста обеспечивает очень хорошую антиноцицептивную защиту с минимумом случаев кардиореспираторных нарушений и послеоперационной тошноты и рвоты и возможностью ранней активизации пациентов. У пациентов с высоким риском развития злокачественной гипертермии предпочтение отдается аминоксидным местным анестетикам, к которым относится бупивакаин.

#### Список литературы

1. Комбинированная регионарная анестезия с выключением сознания у детей при операции врожденного вывиха бедра / Гонагова Ф.К., Кадырова Д.Д., Джураев Д.Д., Ганиев Б.Т. // Юбилейная научно-образовательная конференция «Современные проблемы и инновационные технологии в анестезиологии и реаниматологии» Санкт-Петербург, 2017. – С. 19-20.
2. Послеоперационная когнитивная дисфункция и принципы церебропротекции в современной анестезиологии / Под ред. А.М. Овезова // Учебное пособие для врачей. – Москва, 2015.-76с.
3. Спинальная анестезия / Козырев А.С., В.Л. Айзенберг Д.В. Заболотский, Г.Э. Ульрих, А.С. Козырев // Регионарная анестезия в педиатрии. — СПб: Синтез Бук, 2011. — С. 96-102.
4. History of pediatric regional anesthesia / Brown T. C. K. // Pediatric Anesthesia. – 2012. 1: 3–9.
5. A further study on spinal anesthesia in children and infants / Gray H.T. // Lancet. – 1910. 2: 1611–6.

*Кадырова Н.А., Халимова З.С., Азамова М.С.,*

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТУЗИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ.

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

**Актуальность.** Травмы глазного яблока у детей составляют примерно 52% от общей глазной патологии по данным статистического агентства РТ. Из них до 60% составляют контузии – тупые травмы глаза. Наиболее частые причины контузий у детей, по данным литературы, – как правило неосторожность детей при игре со сверстниками [1]. Контузии могут быть как легкой степени, так и очень тяжелыми, вплоть до размозжения глазного яблока и придаточного аппарата, переломов стенок. Часто последствиями являются слабовидение, слепота, анатомическая потеря органа [2]. Сравнительный анализ причин и структуры детской контузии глаз имеет медицинское, психологическое и социальное значение.

**Цель исследования.** Сравнительный анализ причин и структуры контузий глаза у детей, по данным детского глазного отделения НМЦ РТ «Шифобахш».

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен ретроспективный анализ 517 историй болезни пациентов с контузиями, находившихся на стационарном лечении в детском глазном отделении НМЦ РТ «Шифобахш» в период с 2010 по 2020гг. Истории болезни были разделены на 2 части по временному признаку, в первую группу отсортированы истории болезни с 2009 по 2014 годы, во вторую – с 2015 по 2020. По гендерному признаку, в обеих группах контузии диагностированы преимущественно у мальчиков – 89,4% в первой группе и 85,1% во второй. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее в себя визометрию, биомикроскопию, офтальмометрию, обзорную рентгенографию орбиты и эхобиометрию.

**Результаты исследования и обсуждение.** Средний возраст пациентов в первой группе составил 7,7±0,1 год, во второй – 9,1±0,1 год. В обеих группах преобладали дети из сельской местности: 78,1% в первой группе и 83,5% во второй. По степени тяжести повреждения органа зрения в первой группе: контузия тяжелой степени – у 94 пациентов (28%), средней – 125 (37,2%), легкой степени – 117 (34,8%). Во второй группе: контузия тяжелой степени – у 24 пациентов (13,3%), средней – 60 (33,1%), легкой степени – 97 (53,6%). В первой группе ведущую роль играл уличный травматизм, во второй спортивный и транспортный. В первой группе при поступлении обнаружены такие осложнения как вторичная глаукома - у 49 детей, набухающая катаракта у 52. Во второй группе вышеуказанных осложнений не диагностировано. Это можно связать с тем, что время от момента получения травмы и до госпитализации в первой группе составило в среднем 52 часа, во второй 18 часов.

**Выводы.** Контузии чаще встречаются у мальчиков 6-11 лет, проживающих в сельской местности. Однако, необходимо обратить внимание, что за последнее время частота контузий снизилась почти в два раза. С повышением оснащенности сельских больниц и квалификации детских офтальмологов уменьшилось время госпитализации, что позволило избежать таких грозных осложнений как вторичная глаукома и набухающая катаракта, которые могут привести к потере зрительных функций органа зрения.

#### Список литературы:

1. Гундорова Р. А., Нероев В. В., Кашникова В. В. Травма глаза. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 1–2.
2. Иомдина Е. Н., Петров С. Ю., Антонов А. А. и др. Корнеосклеральная оболочка глаза: возможности оценки биомеханических свойств в норме и при патологии // Офтальмология. – 2016. –Т. 13, № 2. – С. 63–64.

## **БОЛЬ И СПОСОБЫ ЕЁ КУПИРОВАНИЯ У РОЖЕНИЦ В ПЕРИОДЫ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГУ «Родильный дом №1 г.Душанбе». Таджикистан

**Актуальность.** Опыт показывает, что роженицы и акушеры-гинекологи чрезвычайно благодарны за, прилагаемые анестезиологами-реаниматологами, усилия по разработке и использованию методов нейроаксильярной анальгезии родов. На родовую боль влияют интенсивность, продолжительность схваток и, связанные с ними, биохимические и физиологические механизмы, физические, эмоциональные и мотивационные факторы. Первородящие ощущают боль сильнее в конце 1 периода, а повторнородящие – в начале [1,2].

Например, если женщина сможет контролировать своё поведение в родах, это является одним из факторов, определяющих интенсивность боли [5].

Боль является ведущим патогенетическим фактором развития психологического дискомфорта у рожениц при родах и патофизиологические нарушения, вплоть до гемодинамических и дыхательных расстройств могут привести к более глубоким метаболическим изменениям, как в организме женщины, так и у плода.

Обезболивание в родах обеспечивает не только комфорт для матери, поскольку роды сопровождаются не только болью, но и стрессом [3,4].

Психоэмоциональные и патофизиологические сдвиги, обусловленные болевым синдромом при родах, выраженность которого зависит от различных причин и должны быть устранены в самых начальных стадиях их возникновения. Для этого на сегодняшний день есть различные способы и средства регионарной анальгезии.

Для того чтобы обеспечить оптимальное обезболивание родов необходимо знать причины возникновения болевого синдрома в родах, механизмы и пути проведения болевой чувствительности, факторы изменяющие интенсивность, характер и продолжительность болевого синдрома.

**Целью исследования** явилось улучшение качества анестезиологической помощи в процессе родовспоможения, профилактика патофизиологических сдвигов и неотложных состояний у рожениц устранением болевого синдрома.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ результатов статистического исследования деятельности родильного дома №1 (РД) г. Душанбе Республики Таджикистан, чтобы изучить и оценить уровень оказываемой акушерской, гинекологической, анестезиологической, реанимационной с интенсивной терапией и неонатологической помощи. Проведен комплекс клинично-лабораторного, инструментального исследования, статистическая обработка результатов и анализ данных у 175 рожениц, которые в начале, нуждались в эпидуральной анальгезии, позже им проводилась эпидуральная анестезия по экстренным показаниям для выполнения абдоминального родоразрешения кесарево сечением.

Контрольная группа из 120 рожениц, подверглись кесарево сечению под экстренной спинальной анестезией без предварительной эпидуральной анальгезии. Проводились комплекс клинично-лабораторных и инструментальных исследований.

Определяли следующие показатели центральной гемодинамики: систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД); систолическое давление легочной артерии (СДЛА); объём циркулирующей крови (ОЦК) по гематокриту; ударный объём (УО); ударный индекс (УИ); сердечный индекс (СИ); среднединамическое давление (СДД); общепериферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Определяли следующие величины легочной вентиляции: частота дыхания (ЧД); минутный объём дыхания (МОД); дыхательный объём (ДО); объём произвольных глубоких вдохов (ОНГВ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ежегодно в условиях РД №1 рожают 7600±212 женщин. Отягощенный акушерский анамнез имеется в среднем 1405±28 случаях.

I – этап: Эпидуральная анальгезия. Местный анестетик в эпидуральное пространство можно вводить только на фоне установившейся активной родовой деятельности. Катетер в эпидуральное пространство можно установить заранее, когда пациентка еще не испытывает дискомфорта и способна принять удобную для пункции позу. Существует несколько общепринятых критериев для индукции эпидуральной анестезии:

- отсутствие дистресса плода;
- сильные регулярные схватки продолжительностью 1 мин, возникающие каждые 3-4 мин;
- адекватное раскрытие шейки матки, т. е. 3-4 см для первородящих и 4-5 см для повторнородящих;
- дискоординированная родовая деятельность.

При родостимуляции окситоцином эпидуральную анестезию можно индуцировать сразу после появления полноценных схваток.

II – этап: Эпидуральная анальгезия в первом периоде родов. Местный анестетик вводят либо до, либо после установки катетера. Введение раствора местного анестетика через иглу облегчает установку катетера. Рекомендована следующая последовательность действий:

1. В/в капельно быстро переливают 500-1000 мл раствора Рингера с лактатом или физиологического раствора. Чтобы избежать гипергликемии у матери и реактивной гиперсекреции инсулина у плода, применяют не содержащие глюкозу инфузионные растворы. После родов поступление глюкозы через плаценту резко прекращается, но высокий уровень циркулирующего инсулина в плазме новорожденного сохраняется, что может привести к преходящей гипогликемии.

2. Чтобы исключить непреднамеренное попадание анестетика в кровь или субарахноидальное пространство, после пункции эпидурального пространства через иглу или катетер вводят тест-дозу местного анестетика (3-4 мл) с адреналином 1:200 000 (целесообразность добавления адреналина разделяют не все, см. ниже).

3. Если через 5 мин после введения тест-дозы анестетика отсутствуют какие-либо признаки попадания анестетика в кровь или субарахноидальное пространство, то вводят еще 15-20 мл бупивакаина 0,125 % или 10-15 мл ропивакаина 0,2 % раствора, что позволяет достичь уровня блока T10-S1.

4. Проводят частый мониторинг АД в течение 30 мин после введения повторной дозы анестетика или до стабилизации гемодинамики.

5. Если до начала второго периода родов возникает боль, следует повторить действия, указанные в пунктах 2-4. Альтернативный подход состоит в переходе к методике длительной эпидуральной инфузии 0,125%-ного раствора бупивакаина или 0,2%-ного раствора ропивакаина с начальной скоростью 10 мл/ч, которую затем изменяют в зависимости от эффекта.

III – этап: Эпидуральная анестезия при переходе на экстренную кесарево сечение. Местный анестетик вводят либо до, либо после установки катетера. Введение раствора местного анестетика через иглу облегчает установку катетера. Рекомендована следующая последовательность действий:

1. В/в капельно быстро переливают 500-1000 мл раствора Рингера с лактатом или физиологического раствора. Чтобы избежать гипергликемии у матери и реактивной гиперсекреции инсулина у плода, применяют не содержащие глюкозу инфузионные растворы. После родов поступление глюкозы через плаценту резко прекращается, но высокий уровень циркулирующего инсулина в плазме новорожденного сохраняется, что может привести к преходящей гипогликемии.

2. Чтобы исключить непреднамеренное попадание анестетика в кровь или субарахноидальное пространство, после пункции эпидурального пространства через иглу или катетер вводят тест-дозу местного анестетика (3-4 мл) с адреналином 1:200 000 (целесообразность добавления адреналина разделяют не все, см. ниже).

3. Если через 5 мин после введения тест-дозы анестетика отсутствуют какие-либо признаки попадания анестетика в кровь или субарахноидальное пространство, то вводят основную дозу местного анестетика 15-20 мл бупивакаина 0,5 % или 10-15 мл ропивакаина 0,75 % раствора, что позволяет достичь уровня блока T12-S1.

4. Проводят частый мониторинг АД, пульс, частоту дыхания в течение 15-30 мин после введения дозы анестетика и при полном отсутствии болевого и чувствительного синдрома начинать оперативное вмешательство.

5. Если до окончания операции возникает боль, следует повторить действия, указанные в пункте 3 или альтернативный подход состоит в переходе к методике длительной эпидуральной инфузии 0,5%-ного раствора бупивакаина или 0,75%-ного раствора ропивакаина с начальной скоростью 10 мл/ч, которую затем изменяют в зависимости от эффекта.

Спинальная анестезия. Спинальная анестезия, выполняемая непосредственно перед родоразрешением через естественные родовые пути, обеспечивает глубокую блокаду. Ее обычно выполняют в положении роженицы, сидя (так называемая седловидная блокада). Предварительно переливают 500-1000 мл инфузионного раствора. Использование тонких (25G или тоньше) спинальных игл карандашного типа (Уайтэкра или Спротта) снижает риск постпункционной головной боли.

Использование гипербарического раствора маркаина хеви (8-12 мг) или бупивакаина (12-15 мг) обеспечивает адекватную анестезию. Добавление к раствору местного анестетика опиоида (10-25 мкг фентанила, 5-10 мкг суфентанила) усиливает и пролонгирует анальгезию. Если немного увеличить дозу местного анестетика, то сенсорная блокада может достигнуть уровня T10. Раствор анестетика следует вводить медленно (не быстрее чем за 30 с) и в промежутке между схватками, что позволяет свести к минимуму миграцию препарата в краниальном направлении. Через 3 мин после инъекции роженицу укладывают в литотомическое положение с валиком под правым бедром и ягодицей для смещения матки влево.

**Выводы.** Эпидуральная анальгезия в настоящее время является наиболее популярной методикой обезболивания родов, потому что позволяет эффективно устранить боль, не влияя на сознание роженицы и возможность контакта с ней.

Эпидуральная анальгезия позволяет обеспечить адекватное обезболивание первого и второго периода родов, а также операции кесарева сечения в случае необходимости.

#### **Список литературы:**

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Эпидуральная анестезия в акушерстве. Руководство для врачей. Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2006. -228 с.
2. Анестезия при операции кесарево сечение. Национальные рекомендации. Москва, 2013. – 27с.
3. Корячкин В.А. Нейроаксиальные блокады. Москва, 2015. – 66 с.
4. Суслов В.В., Хижнял А.А., Тарабарин О.А., Фесенко У.А., Фесенко В.С. Эпидуральная анестезия и анальгезия. Харьков: СИМ, 2011. – 256 с.
5. Belizan J.M., Althabe F., Barros F.C., Alexander S. Rates and implications of caesarian section in Latin Amtrica: ecological study //BMJ, 1999. –vol. 319. –p. 1397-1400.

*Карим-заде Б.Д., Юнусов И.А., Боймуродов О.С., Али-Заде С.Г.*

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ СИНДРОМОМ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Пандемия нового типа коронавирусной инфекции COVID-19, сопровождающаяся острым респираторным синдромом, показала неготовность системы здравоохранения многих стран на вирусную инфекцию нового типа, которая является очень контагиозной и коварной. В начале пандемии в странах Западной Европы и

Северной Америки смертность составляла от 3 до 10% (по данным ВОЗ, [https://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus\\_infections/ru/](https://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus_infections/ru/)).

Однако, горький клинический опыт многих стран мира и более детальное изучение патогенетических особенностей развития респираторного синдрома обосновали необходимые критерии для терапии данного контингента больных.

В недавнем исследовании периферической крови у пациентов с COVID-19 различной степени тяжести также сообщалось, что ответы на интерферон 1-го типа сильно нарушены с тяжелым или критическим COVID-19, на что указывают низкие уровни интерферона 1-го типа, несмотря на повышенную продукцию фактора некроза опухоли (TNF) и IL-6 и усиление воспалительных реакций, обусловленных NF-κB2 [1]. В результате этих и других исследований рекомбинантный интерферон 1-го типа активно исследуется в качестве средства лечения COVID-19 [2].

**Цель исследования.** Оптимизация тактики лечения коронавирусной инфекции у больных с острым респираторным синдромом.

**Материал и методы исследования.** В Национальном центре здоровья "Шифобахш" с 06 по 22 мая проходили лечение 45 больных с вирусной пневмонией, развившейся на фоне коронавирусной инфекции. Мужчин было 18, женщин 27. По клиническим данным: у 95% больных отмечалось повышение температуры тела до 38,5 С<sup>0</sup>, одышка, икота (n=1), тахикардия, повышение артериального давления, кашель. У 26% больных отмечался акроцианоз конечностей и носогубного треугольника к выше перечисленным симптомам. По данным рентгенографии больные были разделены на три группы в зависимости от характера и объема поражения легочной ткани, а также сатурации кислорода в крови.

В первую группу вошли 24 больных, на рентгеновских снимках которых, отмечалось поражение не менее 24% легочной ткани (прикорневая пневмония с бронхитом, очаговое поражение легких (симптом матового стекла)), сатурация кислорода в этой группе варьировала от 79 до 98%. Вторую группу составляли 15 больных с поражением легочной ткани от 25 до 45%, сатурация кислорода составляла от 63 до 85%. Сопутствующая патология в данной группе: лимфостаз нижних конечностей II степени (n=1), варикозное расширение вен нижних конечностей (n=3). Наконец, третью группу составляли 6 больных с поражением легочной ткани от 45 до 85%, сатурация кислорода варьировала в зависимости от кислородотерапии от 41% до 65%. Сопутствующая патология в данной группе: сахарный диабет 2-го типа (n=1).

Медикаментозная терапия была обоснована на результатах многочисленных исследований развития респираторного синдрома и данных о содержании в крови интерферонов 1-го типа [1,2,3].

Так, больные первой группы получали рекомбинантный интерферон 1-го типа (Виферон) в виде свечей в дозировке от 0,5 до 1 млн. МЕ (за курс от 5 млн до 10 млн, в течении 5 суток), включая дезагреганты (тромбоасс в дозировке от 50 или 100 мг в зависимости от анамнеза и сопутствующих заболеваний), амброксол (90 мг в сутки, в три приема курс 14 дней), диазолин (100 мг 1 раз в сутки, курс приема 14 дней) и антибиотикотерапию (левофлоксацин 500 мг 2 раза внутривенно 7 суток и азитромицин 500 мг однократно в течение 6 суток). Также больные получали комплексную витаминотерапию с микроэлементами (Дуовит 20 дней). При снижении сатурации кислорода ниже 90% больные получали кислородотерапию назальным способом в объеме 2,3-3 литра в минуту 1-2 раза в сутки в течении 1-2 часов.

Во второй группе, больные получали рекомбинантный интерферон 1-го типа (Виферон) в виде свечей в дозировке от 1 млн. до 3 млн. МЕ (за курс от 10 млн. до 30 млн. в течении 5 суток), включая дезагреганты (тромбоасс в дозировке от 50 или 100 мг в зависимости от анамнеза и сопутствующих заболеваний), амброксол (90 мг в сутки, в три приема), диазолин (100 мг 1-2 раза в сутки 14 дней) и антибиотикотерапию (левофлоксацин 500 мг 2 раза внутривенно 7 суток и азитромицин 500 мг однократно в течении 6 суток или меропенем 0,5 грамм внутривенно каждые 8 часов в течении 5-7 суток). Также больные получали комплексную витаминотерапию с микроэлементами (Дуовит 20 дней). Больные получали кислородотерапию назальным способом в объеме 2,5-3,2 литра в минуту 1-2 раза в сутки в течении 2-3 часов при этом сатурация повышалась до 92-97%.

В третьей группе, больные получали рекомбинантный интерферон 1-го типа (Виферон) в виде свечей в дозировке 3 млн. МЕ (за курс 30 млн. МЕ, в течении 5 суток), включая введение первые 3-4 сутки дексаметазона в дозировке 4 мг на 100-200 мл раствора Рингера каждые 8-12 часов в зависимости от параметров гомеостаза больного, дезагреганты (тромбоасс в дозировке от 50 или 100 мг в зависимости от анамнеза и сопутствующих заболеваний), амброксол (90 мг в сутки, в три приема), диазолин (100 мг 2 раза в сутки) и антибиотикотерапию (левофлоксацин 500 мг 2 раза внутривенно 7 суток и азитромицин 500 мг однократно в течении 6 суток или меропенем 0,5 грамм внутривенно каждые 8 часов в течении 5-7 суток). Также больные получали комплексную витаминотерапию с микроэлементами (Дуовит 20 дней). Больные получали кислородотерапию назальным способом в объеме 2,5-3,2 литра в минуту 2-3 раза в сутки в течении 2-3 часов при этом сатурация повышалась до 89-93%, при низкой сатурации кислорода 41% в емкость увлажнителя кислорода добавляли 40-45% раствора этилового спирта, что значительно улучшало состояние больных и повышало сатурацию до 82% за счет уменьшения отека легких.

Применение антикоагулянтов пролонгированного действия считали не целесообразным, так как их использование без достаточных данных лабораторных исследований является одной из причин развития тромбозомножественных осложнений и диссеминированного внутрисосудистого синдрома, поэтому наиболее приемлемо использование дезагрегантов и растворов антигипоксантов. Так, всем больным третьей группы и 6 больным второй группы вводили внутривенно раствор Реамбирин в дозировке 400-500 мл, который также обладает мощным дезинтоксикационным и слабым диуретическим свойствами. Также у пациентов с низкими показателями сатурации крови нецелесообразным считали назначение аскорбиновой кислоты в больших дозах, так как это может усугубить наблюдаемое у данной категории больных состояние метаболического ацидоза.



**Результаты исследования и их обсуждение.** В первой группе больных отмечалось значительное улучшение состояния на 6-7 сутки активного медикаментозного лечения, при повторной рентгенографии (n=13) легкие без изменений, лишь у двух больных выявлен остаточный бронхит. Сатурация в данной группе составляла более 96% у всех больных. Во второй группе также отмечалось улучшение общего состояния на 8-10 сутки, при повторной рентгенографии у 9 больных отмечалось усиление легочного рисунка без каких-либо патологических изменений в легочной ткани. Сатурация кислорода без кислородотерапии достигала 93-96%. В третьей группе на 5-е сутки лечения, отмечен летальный исход у больной (2,3%) с сопутствующей патологией (сахарный диабет 2-го типа). В данном случае, мы рассматриваем летальный исход с поздней госпитализацией, уже развившимися необратимыми изменениями в легочной ткани и неадекватным самолечением в домашних условиях. У остальных 5 больных на рентгенограммах отмечены очаговые признаки пневмосклероза менее 20-15%, сатурация кислорода на 14-е сутки варьировала от 86 до 91%.

**Выводы.** Таким образом, использование рекомбинантного интерферона 1-го типа и дексаметазона в первые несколько суток от начала заболевания являются наиболее оптимальной тактикой, что позволило сократить смертность до 2,3% и снизить дальнейшую инвалидизацию до минимальных значений. Мы предполагаем, что раннее назначение глюкокортикоидов при повышенной температуре более 38,5° является одним из механизмов предотвращения цитокинового шторма.

#### Список литературы:

1. Blanco-Melo, D. et al. Imbalanced host response to SARS-CoV-2 drives development of COVID-19. *Cell* 181, 1036–1045 (2020)
2. Hadjadj, J. et al. Impaired type I interferon activity and inflammatory responses in severe COVID-19 patients. *Science* 369, 718–724 (2020).
3. Zhou, Z. et al. Heightened innate immune responses in the respiratory tract of COVID-19 patients. *Cell Host Microbe* 27, 883–890 (2020).

*Каримов М.Б., Хайдаров З.Б., Халимова З.С., Саидов Х.А.*

#### АМФОТЕРИЦИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГРИБКОВЫХ ЯЗВ РОГОВИЦЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,

Глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Таджикистан

**Актуальность.** Грибковые кератиты остаются серьёзной медицинской проблемой из-за трудностей диагностики, высокой резистентности к терапии, тяжести возникающих осложнений. Как следствие, эта группа заболеваний является одной из основных причин инвалидности по зрению.

Низкая температура поверхностных слоёв роговицы – 33,7°С (до 30°С при открытых веках) – способствует длительному персистированию грибковой инфекции, особенно плесневой. По данным отдельных авторов, 44% всех центральных язв роговицы вызываются грибами. Перфорация роговицы при грибковых кератитах возникает в 6 раз чаще, чем при бактериальных. По оценкам ВОЗ, каждый год в мире 1,5-2,0 млн. человек теряют зрение по причине язв роговицы и травм переднего отрезка.

**Цель исследования.** Изучить эффективность комплексного лечения грибковых язв роговицы.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 14 пациентов (14 глаз) с грибковой язвой роговицы находящихся в стационарном лечении в 1 глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в 2017 - 2019 гг. Мужчин было 10 (71,4%), женщин 4 (28,6%), в возрасте от 28 до 52 лет (в среднем 32±3 года). В посевах из конъюнктивальной полости были высеяны грибы *Aspergillus*, *Fusarium* и *Candida*, золотистый и эпидермальный стафилококки. У всех пациентов гнойные инфильтраты желтого цвета захватывали глубокие слои роговицы, площадь язвы составляла от 5 до 7 мм, с вялым течением, характерным для грибковых кератитов. У всех больных язва роговицы была после получения травмы роговицы. Все больные были после длительного лечения разными препаратами, включая кортикостероиды по месту жительства. При проведении бета-сканирования глазного яблока пациентов признаков эндофтальмита не выявлено.

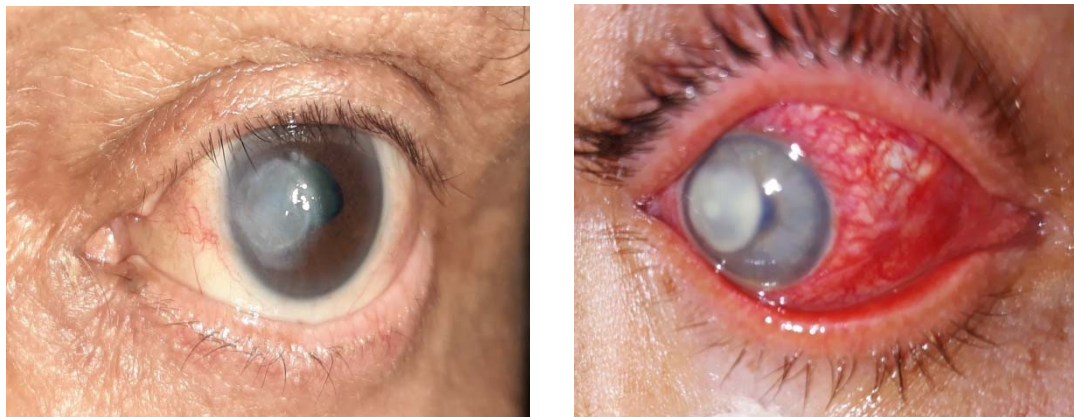
В процессе комплексного лечения кератитов, наряду с противовоспалительной терапией мы использовали следующую противогрибковую терапию: раствор амфотерицина В, приготавливаемый ежедневно в каплях и флюконазол в таблетках. Способ приготовления: амфотерицин В. Содержимое флакона (50мг) разбавляется 3,0 мл раствора воды для инъекции, затем из приготовленного раствора инсулиновым шприцом забирается 1,0 мл, к которому добавляется 10 мл воды для инъекции. Таким образом, получается необходимая концентрация раствора (0,15%) для закапывания в конъюнктивальную полость. Флюконазол назначался per os в виде таблеток по разным схемам в зависимости от состояния и тяжести глаза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проводилось местное и общее комплексное лечение. Противогрибковая терапия включала: внутрь - флюконазол 200 мг в первые сутки и по 50 мг 2 раза в день со вторых суток; амфотерицин В 0,2% (первые 4 – дня каждый час, а затем каждые 2 часа, кроме ночи). Проводилась местная и общая противовоспалительная терапия, применялись противомикробные средства, лубриканты. Инстилляций: непанак 0,1% – 3 р/д, моксифлоксацин 0,5% – 6 р/д, в/в капельно метрогил по 500 мг 3 р/сут.

У двух больных (14,2%), было отмечено десцеметоцеле с угрозой перфорации роговицы, в связи с чем было выполнена пластика дефекта роговицы донорской лиофилизированной роговицей, которая привела к эффективной герметизации глазного яблока.

У остальных 12 (85,8%) больных была отмечена положительная динамика в течении процесса. Проведенная терапия привела к постепенному уменьшению размеров инфильтрата и ускорению процесса заживления эпителия

роговой оболочки. У всех больных образовалась бельма роговицы различной категории, все больные готовятся к сквозной кератопластике.



**Рис. 1. Грибковая язва роговицы**

**Выводы.** Требуется максимально ранняя и точная диагностика грибковых кератитов. Широкое и неправильное применение кортикостероидов и антибиотиков, могут привести к значительному росту грибковых кератитов. Применение доступных противомикотических препаратов, как амфотерицин и флюконазол являются эффективными в лечении грибковых кератитов, что может способствовать значительному снижению осложнений.

#### **Список литературы.**

1. Клиническая анатомия органа зрения человека / Е.Е. Сомов // – СПб: Ольга, 1997 г. – 141 с.
2. Заболевания и повреждения роговицы / В.И. Филиппенко, М.И. Старчак // –Киев: Здоровья, 1987 г. –160 с.
3. Lalitha, P. Aravind atlas of fungal corneal ulcers clinical features and laboratory identification methods / P. Lalitha // – Madurai, India. – 2009. –N. 3. – P. 257-261.
4. Srinivasan, M. Epidemiology and aetiological diagnosis of corneal ulceration in Madurai, South India / M. Srinivasan [et al.] // Br. J. Ophthalmol. –1997. – Vol. 81. –N. 11. – P. 965-971.

**Каримов М.Б., Юнусова З.И., Сулейманова Ф.А., Розикова С.**  
**СТРУКТУРА ГЛАЗНОГО ТРАВМАТИЗМА В УСЛОВИЯХ КРУШНОГО ГОРОДА**  
Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,  
1-е глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Глазной травматизм является актуальной проблемой современной офтальмологии. Повреждения органа зрения занимают около 30% среди причин инвалидности. Порядка 58% больных с травмами органа зрения моложе 40 лет. Несмотря на то, что диагностика в офтальмологии за последние годы совершила значительный прорыв, так же, как и оперативное и консервативное лечение при травмах глаза, число случаев глазного травматизма не снижается. Таким образом, проблема глазного травматизма до настоящего времени так и не решена и имеет не только медицинское, но и социальное значение.

**Цель исследования.** Оценить структуру глазного травматизма на примере одного дня работы круглосуточного глазного ургентного кабинета ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в г. Душанбе.

**Материалы и методы исследования.** Было проведено одномоментное когортное исследование причин обращаемости в глазной ургентный кабинет ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе. Фиксировались все обращения за одни сутки: отмечали демографические характеристики, диагноз, время обращения, характер травмы (бытовая или производственная). При обращении всем пациентам проводились обследования органа зрения: визометрия с максимальной коррекцией по Снеллену, биомикроскопия, тонометрия, офтальмоскопия, ультразвуковое исследование глаза и орбиты, обзорная рентгенография орбиты и прицельные снимки с протезом Комберга-Балтина по показаниям.

**Результаты исследования и их обсуждение.** За сутки в глазной ургентный кабинет ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе обратилось 37 человек в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст пациентов составил  $21,92 \pm 1,4$  года, 21 мужчин (56,7%) и 16 женщин (43,3%). За исследуемые сутки обратившихся лиц младше 18 лет не было. В возрасте от 20 до 30 лет обратился 21 (56,7%) человека, из них 17 мужчин (80,1%), от 31 до 40 лет – 9 (24,3%) человек, из них 7 мужчин (77,8%) от 41 до 50 лет – 4 (10,8%) человек, из них 2 мужчин (50%), старше 50 лет – 3 человека (8,1%), из них 2 мужчин (66,6%). Большинство обращений было зарегистрировано в утреннее (с 6:00 до 11:59) 15 человек (43,2%) и вечернее время (с 18:00 до 23:59), 14 (37,8%) человек. Днем (с 12:00 по 11:59) обратилось 6 человек (16,2%). Самая низкая обращаемость отмечена в ночное время (с 24:00 по 5:59) – 2 человека (5,4%). Среди всех пациентов 27 (72,9%) человек обратились с травмами органа зрения, из них 16 (59,3%) бытовых и 11 (40,3%) производственных. У остальных 10 (27,1%) пациентов были выявлены аллергические, воспалительные заболевания органа зрения и его придаточного аппарата, приступ закрытоугольной глаукомы и прочие заболевания.



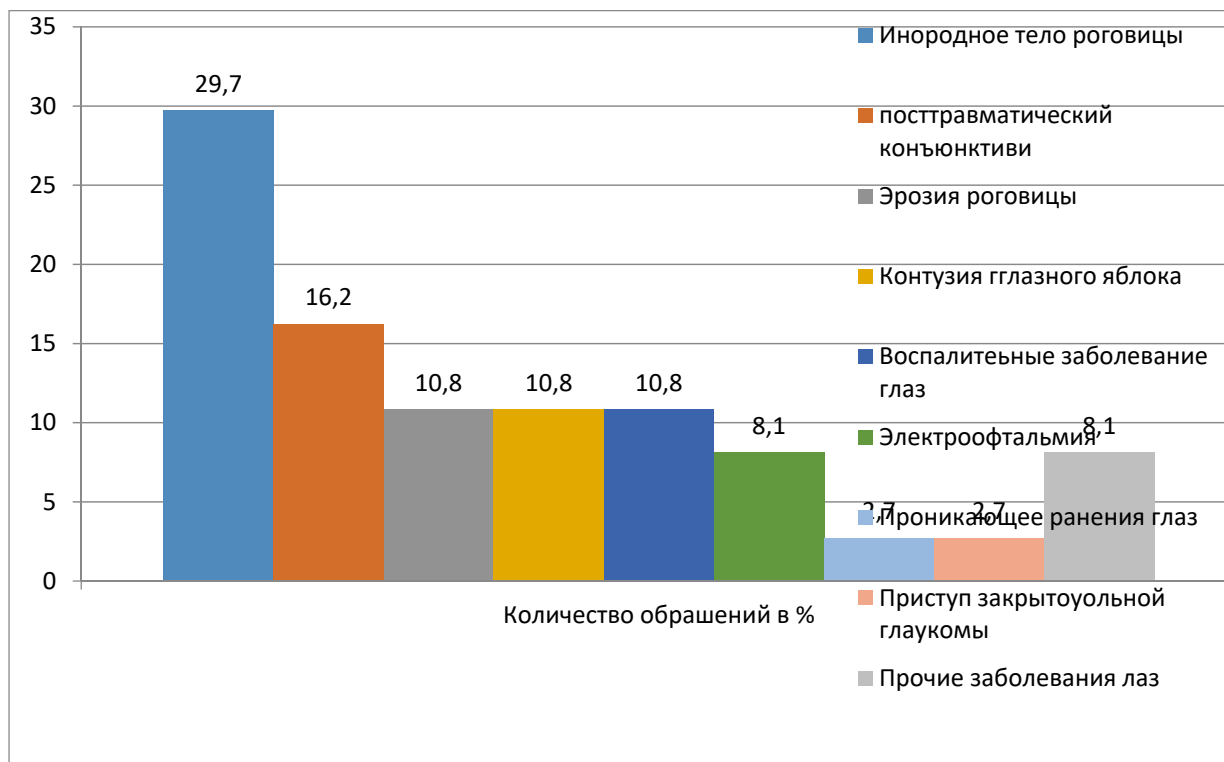


Диаграмма № 1 Структура причин обращений по нозологиям.

Все лица обратившиеся с инородными телами роговицы 11 человек (100%), были мужчинами, что закономерно, учитывая их тип деятельности. Причем большинство инородных тел роговицы 8 случаев (72,7%) имели производственный характер повреждения, в то время как посттравматический конъюнктивит и эрозия роговицы чаще встречались в бытовых условиях (5 (83,3%) и 3 (100%) случаев соответственно). 7 человек, (63,6%) обратившихся с инородными телами роговицы, были в возрасте от 20 до 30 лет, 2 человека (18,1%) в возрасте 31-40 лет, 2 человека (18,1%) в возрасте 41 и более лет. Большинство обращений с инородными телами роговицы приходилось на вечернее время – 6 человек (54,5%), утром – 1 (9,0%) человек, днем – 4 (41%) человека. Вероятно, пациенты надеялись на самостоятельное исчезновение симптомов заболевания.

**Выводы.** Таким образом, большинство обращений (72,9%) в urgentный глазной кабинет приемного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе составили больные с различными травмами органа зрения. Более половины из этих обращений связаны с инородными телами роговицы, причем их доля в структуре глазного травматизма уменьшается с возрастом. Бытовые травмы чаще встречаются (59,3%), чем производственные, что свидетельствует о несоблюдении этими лицами правил безопасности во время выполнения различных бытовых работ.

#### Список литературы.

1. Басинский, С.Н. Клинические лекции по офтальмологии / С. Н. Басинский, Е. А. Егоров. ГОЭТАР-Медиа.-М.-2007
2. Гундорова, Р.Л. Приоритетные направления в проблеме глазного травматизма / Р.Л. Гундорова // Вестник офтальмологии. 2004.- Т. 120, № 1.-С. 12.
3. Гундорова, Р.А. Современная офтальмотравматология / Р.А. Гундорова, А.В. Степанов, Н.Ф. Курбанова. М.-2009.
4. Ермолаев, В.Г. Производственный глазной травматизм. Клинические, статистические и хрономедицинские аспекты / В.Г. Ермолаев, В.Н. Алексеев, В.Ю. Тегза, А.В. Ермолаев.- Астрахань: Изд. Литературный фонд России. 2004.-104с.

*Каримов М.Б., Махмадов Ш.К., Хамидов И.Д, Хайдаров З.Б.*

#### АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОФТАЛЬМОТРАВМАТИЗМА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ 1-го ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ» ЗА 2017-2019 гг.

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,  
1-е глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Травматизм органа зрения является важной медико-социальной и экономической проблемой. Травма органа зрения является одной из распространенных причин инвалидизирующих зрительных расстройств, приводящих к слепоте, и находится на третьем месте после дегенеративной миопии и глаукомы.

Повреждения глаза при любом виде травмы часто сопровождаются поражением нескольких анатомических структур одновременно, что обуславливает тяжесть течения посттравматического периода и значительно влияет на благоприятный прогноз в отношении травмированного органа. По данным литературы травмы глаз отмечаются чаще у мужчин, а также в 70 % случаев у людей трудоспособного возраста. Травма глаза может стать причиной выражен-

ного косметического дефекта и ограничить дальнейшую профессиональную деятельность. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей проблемы офтальмотравматизма актуально при разработке мер его профилактики и повышения эффективности оказания высококвалифицированной офтальмологической помощи для снижения уровня слепоты и слабовидения.

**Цель исследования.** Анализ структуры и функциональных последствий травм органа зрения и его придатков у лиц трудоспособного возраста зрения в период 2016-2018 гг. на примере 1-го глазного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Клиническим материалом послужили результаты анализа госпитальной травмы органа зрения по данным 1-го глазного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе в период 2017-2019 гг. Были проанализированы истории болезни 867 больных (875 глаз) взрослого населения – от 15 до 67 лет – с травмой глаза и его придатков, госпитализированных в 1-ое глазное отделение за 2017 - 2019 гг.: из них мужчин – 699, женщин – 168. Средний возраст пациентов мужского пола составил  $36,11 \pm 1,4$ , женского  $30,85 \pm 2,8$ . Среди них работающих было 365 человек (42,1%), не работающих или неофициально работающих – 502 человека (40%). Анализ количества госпитализированных по десятилетиям жизни показал, что в возрастном периоде от 15 до 25 лет было 287 (33,1%) пациентов, 26-35 – 230 (26,5%), 36- 45 – 210 (24,2%), 45- 55 – 102 (1,8%), 55-67 – 38 (4,4%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ госпитализаций показал, что службой скорой помощи в приемное отделение доставлено 10% больных, 55% обратились самостоятельно, 35% направлены лечебными учреждениями городов и районов республики. Распределение больных по времени поступления от момента получения травмы следующее: до 4 часов – 158 человек, до 12 часов – 456, более 1 суток – 254. По характеру получения травмы обращает на себя внимание преобладание бытовых травм – 678 больных (78,2%), производственные – 189 (21,8%). Среди бытовых травм отмечено 89 криминальных (13,2%). В 36 (4,1%) случаях наблюдалась сочетанная травма других органов и систем – ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, травма мягких тканей лица и волосистой части головы.

По структуре глазного травматизма на 1 месте были проникающие ранения глазного яблока у 434 человек (436 глаз – 49,8%), из них: проникающее ранение роговицы – 216 глаз, проникающее ранение склеры – 116 глаз, роговично-склеральное ранение – 104 глаза. В 56 случаях (6,5%) обнаружено инородное тело в полости глаза. На 2 месте контузии глаза наблюдались у 226 человек (227 глаз – 26%). На 3 месте пациенты с с химическими и термическими ожогами роговицы, конъюнктивы, кожи век – 83 человек (89 глаз – 10,1%), затем лица с ранениями придаточного аппарата глаза и конъюнктивы – 49 человека (49 глаз, 5,6%) и непроникающими ранениями роговицы и склеры – 75 человек (75 глаз, 8,5%). При поступлении всем больным проводилось обследование по схеме, принятой в отделении, а также комплексное хирургическое и консервативное лечение.

В экстренном порядке ПХО была произведена на 512 глазах (58,5%). По показаниям выполнялось отсасывание хрусталиковых масс, формирование зрачка. Инородные тела из полости глаза удалены в 54 случаях, в 2 случаях не удалено амагнитное инородное тело (пулька) из полости глаза. На 8 глазах с тяжёлыми степенями ожогов произведена некрэктомия с пластикой конъюнктивы.

Показатели остроты зрения травмированного глаза при поступлении были нижеследующими. Отсутствие зрения (ноль) имело место на 16 глазах (1,8%), светоощущение с неправильной и правильной проекцией света имело место на 246 глазах (28,1%), от 0,01 до 0,09 на 306 глазах (34,9%), от 0,1 до 0,3 на 219 глазах (25%), и от 0,4 и выше на 88 глазах (10). У большинства пострадавших была низкая острота зрения, которая отражала тяжесть полученной травмы и определяла потенциальный прогноз остроты зрения после лечения.

Нами произведен анализ зрительных функций парного глаза, что составило 867 глаз, так как 8 пациентов имели повреждения обоих глаз. Все пациенты имели высокую остроту зрения с коррекцией или без нее в пределах 0,6 – 1,0.

При поступлении у пострадавших наблюдались следующие изменения: гифема и гемофтальм (различной степени выраженности) – 604 глаза (69,2%), травматическая катаракта – 658 глаз (75,2%), травматическая эрозия роговицы и ранения конъюнктивы – 246 глаз (28,1%), реактивная гипертензия – 46 глаз (5,2%), подвывих хрусталика – 27 глаз (3,0%), травматическая отслойка сетчатки – 38 глаз (4,3%), надрывы сфинктера, иридодиализ, травматический мидриаз – 97 глаз (11,0%), ретинальные геморрагии, разрыв сосудистой оболочки, вторичная макулопатия – 45 глаз (5,2%), эндофтальмит на 12 глазах (1,3%).

В дальнейшем в процессе лечения произведена экстракция травматической катаракты – на 613 глазах, интравитреальное введение антибиотика – на 18, покрытие роговицы биоматериалом с временной блефарографией – на 9, ЦФК - 6, субтеноновое введение лекарственных средств (дексаметазон, кеналог) – на 15 глазах. В 12 случаях несвежих инфицированных проникающих ранений развился гнойный эндофтальмит (золотистый стафилококк, клебсиелла), не купирующийся консервативно, в результате чего произведена эвисцерация.

Показатели остроты зрения травмированного глаза при выписке из стационара после лечения были следующими. Отсутствие зрения (ноль) имело место на 28 глазах (3,2%), светоощущение с правильной проекцией света имело место только на 202 глазах (23,1%). Предметное зрение от 0,01 до 0,09 на 394 глазах (45,0%), и более высокие показатели от 0,1 до 0,3 на 144 глазах (16,4%), от 0,4 и выше на 107 глазах (12,2%). Низкое зрение объяснялось прогрессированием травматической катаракты и наличием швов в оптической зоне роговицы, наличием ретинальных геморрагий и гемофтальмом различной степени выраженности и возникновением травматической отслойки сетчатки. Также при выписке отмечена субатрофия на 18 глазах у пациентов с тяжёлыми проникающими ранениями и контузиями глазного яблока.

#### **Выводы:**

1. Травма органа зрения чаще встречается в возрасте 15 - 45 лет (83,2%), преимущественно у мужчин (74,6%).
2. За период с 2017 по 2019 гг. в структуре травматизма в РТ преобладала проникающие ранение глазного яблока и контузии (75,2%), бытовые травмы встречались чаще (78,2%), чем производственные.

3. Глазной травматизм у лиц взрослого трудоспособного возраста является актуальной социальной проблемой, нередко предполагает повторное хирургическое лечение, длительную медико-социальную реабилитацию и приводит к значительному снижению зрительных функций вплоть до потери глаза, что сказывается на их трудовом прогнозе.

#### Список литературы.

1. Гундорова, Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология. М.: Медицина, 2007. 159 с.
2. Гундорова, Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травмы глаза. М.: Медицина, 1986. 268 с.
3. Филатова, И.А. Современные аспекты ПХО ран придаточного аппарата глаза // 9 Российский общенациональный офтальмологический форум: сборник научных трудов. М., 2016. Т. 1. С. 73.
4. Ермолаев, В.Г. Промышленный травматизм органа зрения по данным госпитализации / В.Г. Ермолаев, А.Г. Сердюков, А.В. Ермолаев // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2005. – № 1. – С. 125-128.
5. Либман, Е.С. Слепота и инвалидность по зрению в населении России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова // Съезд офтальмологов России, VIII-й: тез. докладов. – М., 2005. – С.78-79.

*Каримова У.А., Раджабова Н., Узакова У.Д.*

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ ТРОМБОЦИТОВ К ЛИМФОЦИТАМ КАК МАРКЁРА ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

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

**Актуальность.** Гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) в послеродовом периоде являются фактором высокого риска материнской смертности, частота которых при родовом разрыве плодных оболочек достигает 20-25% [1]. Существующие в настоящее время маркёры требуют длительное время, не всегда доступны для сельских жительниц. В то же использование быстрых, недорогих и надежных прогностических индикаторов ГВЗ является необходимым фактором для своевременного проведения профилактических мероприятий. В последние годы многочисленные исследования, проведенные в кардиологии, продемонстрировали, что определение отношения абсолютного количества тромбоцитов к лимфоцитам является эффективным маркёром прогнозирования воспалительного процесса, тромбофилии и других осложнений [2,4].

**Цель исследования.** Изучить прогностическое значение отношения тромбоцитов к лимфоцитам как маркёра ГВЗ в послеродовом периоде.

**Материал и методы исследования.** Для достижения цели проведен ретроспективный анализ течения послеродового периода у 65 родильниц. Для анализа были отобраны случаи срочных вагинальных родов, осложнившихся родовым разрывом околоплодных вод при сроке гестации 38-40 недель и длительностью безводного периода более 18 часов.

Обследованный контингент был разделен на 2 группы. Первая или основная группа представлены 14 родильницами, у которых течение послеродового периода осложнилось эндометритом (7 случаев), послеродовой язвой (5 случаев), флебитом (2 случая); вторая или группа сравнения – 51 женщина с физиологическим течением послеродового периода. Длительность безводного периода в первой группе составила  $27,5 \pm 0,3$  часа, во второй –  $18,3 \pm 0,2$  часа. Послеродовый эндометрит диагностирован при наличии двух и более нижеуказанных симптомов: лихорадка  $38^{\circ}\text{C}$  и более, субинволюция матки, ихорозные лохии, лейкоцитоз в общем анализе крови. Критерии включения: срочные роды, наличие симптомов эндометрита, безводный период 18 часов и более. Для определения родового разрыва плодных оболочек как фактора риска ГВЗ из исследования были исключены: высокий паритет, наличие рубца на матке, срок беременности менее 37 недель, оперативные роды, преждевременные роды, тяжелая экстрагенитальная патология.

Всем обследованным проводилось определение общего анализа крови, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, ультразвуковое исследование матки на 3-5-7 сутки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст обследованных составил  $26,5 \pm 1,4$  лет, срок гестации -  $38,3 \pm 0,7$  недель. Первородящие в первой группе составили 50%, во второй – 49%, остальные имели в анамнезе 2-3 родов.

Средняя масса новорожденных в основной группе составила  $3450,25 \pm 21,65$  грамм, длина  $48,52 \pm 0,18$  см, а в группе сравнения эти показатели составили  $3263,21 \pm 20,65$  грамм, рост  $50,85 \pm 0,11$  см соответственно. Новорожденных, которые родились в асфиксии в основной группе, было 3 (21,42%), в группе сравнения 2 (3,92%). В первой группе асфиксия лёгкой степени наблюдалась у 2 (14,28%) новорожденных, асфиксия средней степени у 1 (7,14%), во второй диагностирована лишь асфиксия лёгкой степени - 2 (3,92%) случаев асфиксии тяжёлой степени не наблюдалось. В основной группе с признаками внутриутробной инфекции родились 5 (35,71%) детей, поражение центральной нервной системы (ЦНС) установлены у 4 (28,51%). Один новорождённый группы сравнения имел незаращение верхнего нёба. В основной группе у трёх новорождённых в раннем неонатальном периоде развилась клиника неонатального сепсиса, в группе сравнения - поражение ЦНС у одного новорожденного (1,96%), эмбриофетопатии не выявлено.

Случаев материнской и перинатальной смертности не было.

Среднее содержание гемоглобина в основной и группе сравнения не отличалось и составило  $114,4 \pm 8,6$  и  $112,3 \pm 9,3$  г/л; эритроцитов –  $3,76 \pm 0,3$  и  $3,69 \pm 0,3 \times 10^{12}/\text{л}$  ( $p > 0,05$ ) соответственно. Общее количество лейкоцитов оставалось в пределах физиологических границ, но в основной группе оказалось выше, чем в группе сравнения:  $7,24 \pm 1,26$  и  $6,86 \pm 1,43$  ( $p = 0,046$ )

Среднее содержание тромбоцитов в основной группе оказалось достоверно ниже, чем в группе сравнения:

184,71 ± 27,18 и 275,69 ± 39,44 x 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитов – 2,18 ± 0,4 и 3,05±0,5x10<sup>3</sup>/л. Случаи тромбоцитоза, т.е. содержание тромбоцитов более 400x10<sup>9</sup>/л, не выявлены.

Отношение тромбоцитов к лимфоцитам в обеих группах оказалось статистически значимым: в основной группе составило 167± 34,5; в группе сравнения – 114 ± 30,1. Biyik I. et al. (2020) провели определение данного показателя при неразвивающейся беременности и обнаружили его высокую прогностическую ценность для определения риска тромбофилии при повышенном уровне.

**Выводы.** Для прогнозирования ГВЗ можно использовать результаты общего анализа крови с расчётом отношения тромбоцитов к лимфоцитам. Показатель более 115 можно использовать как прогностический маркер послеродового ГВЗ.

#### **Список литературы.**

1. Борщева, А.А. Факторы исхода и исход родов при несвоевременном излитии околоплодных вод. /А.А. Борщева, Г.М. Перцева, И.А. Логинов //Кубанский научный медицинский вестник. - 2017. Том 24. №5. С.10-13
2. Дрожжин, Е.В. Тромбоциты и тромбоцитарно/лимфоцитарное отношение, как диагностические и прогностические критерии исхода реваскуляризации у больных с синдромом критической ишемии нижних конечностей. /Е.В. Дрожжин, И.И. Кательницкий, А.А. Зорькин, К.В. Мазайшвили //Естественные и технические науки. 2018. - №1. С.83-87.
3. Biyik, I. Platelet to Lymphocyte Ratio and Neutrophil to Lymphocyte Ratio in Missed abortion. / I.Biyik, M. Albayrac, Keskin//Rev.Bras.Ginecol.Obstet.- 2020. - Vol.42, №5. P.41-46
4. Shen, Y. Platelet-to-lymphocyte ratio as a prognostic predictor of mortality for sepsis: interaction effect with disease severity – retrospective study. / Y.Shen, X.Huang, W. Zhang //BMG Open – 2019. - Vol.9, №1. P. 23-29

*Каримова Ф.Н., Умарова С.Г., Таиметов М.Н.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Таджикистан  
Ташкентский городской онкологический диспансер. Узбекистан

**Актуальность.** На протяжении последних 15 лет проблема рака шейки матки является наиболее часто обсуждаемой и пользуется пристальным вниманием, как со стороны правительств большинства стран мирового сообщества, так и ВОЗ.

Причиной тому служат сохраняющаяся тенденция к росту заболеваемости первичным РШМ, высокая частота рецидивов и неизлеченности.

Расширение границ курабельности, улучшение показателей выживаемости и качества жизни больных МРРШМ связываются большинством исследователей с расширением показаний к многокомпонентному лечению, с включением в программы лечения иммунотерапии (3,5). Необходимо так же отметить, что больные со злокачественными новообразованиями шейки матки характеризуются наличием комплекса изменений со стороны иммунной системы, выражающихся в угнетении эффекторных и дисбалансе регуляторных механизмов, более выраженном при поздних стадиях заболеваний. Развитие и прогрессия РШМ этиологически обусловлены двумя неразрывно связанными, взаимно определяющими аспектами – молекулярно-генетическим профилем опухоли и иммунным статусом пациентки (1, 2, 6). При этом иммунный статус служит основой, формирующей условия для персистенции ВПЧ и индукции развития РШМ (5).

Изменения выражаются, главным образом, в снижении количества и функциональных показателей клеток иммунитета, затрагивающих Т-лимфоциты, НК-клетки, цитотоксические моноциты и макрофаги, ЛАК-клетки (lymphokine activated killer cells), нарушением баланса субпопуляций Т-лимфоцитов, появлением в циркуляции незрелых Т-клеток, нарушением функции Т-хелперов, усилением продукции провоспалительных цитокинов. При этом показатели гуморального иммунитета практически соответствуют нормальным даже на поздних стадиях развития опухоли. Таким образом, многообразие и глубина нарушений иммунного статуса и развитие иммунодепрессии диктуют необходимость иммунокоррекции у больных РШМ.

Стандартное противоопухолевое лечение, даже успешное, нередко приводит к иммунологическим нарушениям, которые могут долго присутствовать у больных, создавая условия для развития рецидива и генерализации.

**Целью** данной работы явилось изучение влияния иммунотерапии на эффективность химиолучевого лечения больных РШМ.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 87 больных с МРРШМ, находившихся на обследовании и лечении в ГУ ОНЦ МЗ РТ. Изучение клеточного и гуморального иммунитета до и после сочетанного химиолучевого проведено всем 87 больным. 57 больных составили основную группу, которым проведено сочетанное одновременное химиолучевое лечение с включением в терапию иммуномоделирующего препарата Тимоцин (рег.№ в Таджикистане 000085Т, в киргизии – КР №7137, в Туркмении - №006371). Препарат представляет собой водный раствор координационных соединений иммуноактивного дипептида с ионом цинка.

Молекулярно-биологический метод (ПЦР) с генотипированием ВПЧ высокого и низкого (6) онкогенного риска проводился с использованием приборов и реактивов фирмы «LITEX» в НИИ гастроэнтерологии АН РТ.

Иммунологическое исследование крови осуществлялось с использованием моноклональных антител к поверхностным рецепторам к лимфоцитам человека с использованием люминесцентной микроскопии. Оценка содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов класса А, G и M (IgA, IgG, IgM) по Mancini, проводилась методом радиальной иммунодиффузии в НИИ Гастроэнтерологии АН РТ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все 87 обследованных больных были ВПЧ-позитивными. При этом у 38 больных выявлен -16 тип вируса, у 41 - 18 тип вируса, в 2 случаях – 6 тип ВПЧ, в 6 -11 тип, в 3 случаях

выявлено микстинфицирование как ВПЧ 18 так и ВПЧ 11 типа. Изучение клеточного и гуморального иммунитета выявило следующее (табл. 1).

Таблица 1

Показатели клеточного и гуморального иммунитета

Показатели	Показатели в норме	Больные РШМ с ВПЧ 6-11 типа	P<	Больные РШМ с ВПЧ 16,18, типа	P<
CD 3	60±5.0%	50.8±0.5%	0.05	44.1±0.8%	0.05
CD 4	40±3.0%	31.5±0.3%	0.05	26.7±0.5%	0.05
CD 8	20±2.0%	19.4±0.8%		16.5±0.3%	0.05
CD 20	24±2.0 %	21.7±0.9%		25.1±1.2%	
CD 16	10±2.0%	12.9±0.5%	0.05	8.4±0.7%	0.05
CD 95	24±4.0%	25.8±1.2%		34.5±0.7%	0.001
CD25	25±3.0%	22.3±0.5%	0.01	21.7±0.4%	
CD 71	20±2.0%	23.1±0.8%		22.4±0.2%	
Jg A	197±24 мг%	191.7±3.0%		185.7±2.0 мг%	
Jg M	105±9 мг%	123.6±1.5%	0.01	169±1.8 мг%	0.001
Jg G	1320±119 мг%	1394.6±20.2%		1603.7±15.1 мг%	0.001

Изучение показателей клеточного и гуморального иммунитета выявило достоверное угнетение функциональной активности Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD3 – 44.1%, CD4 – 26.7 и CD8 – 16.5%), как у больных инфицированных низкоонкогенными типами ВПЧ (6 и 11), так и у женщин с наличием высокого онкогенного риска типов ВПЧ. В-система иммунитета находилась в одинаковых пределах, как у женщин с ВПЧ 6 и 11 типа, так и у женщин с наличием ВПЧ 16 и 18 типов. Количество CD4<sup>+</sup> Т-хелперов, CD8<sup>+</sup> Т-киллеров и общее содержание CD3<sup>+</sup>-лимфоцитов уменьшалось при увеличении стадии заболевания, а доля регуляторных CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup> Т-клеток, наоборот, увеличивалась. Наблюдаемые изменения отражают нарушение Т-клеточного гомеостаза при развитии РШМ. Это ослабление хелперной и цитотоксической функций иммунной системы и усиление иммунорегуляторного (иммуносупрессорного) влияния. Наблюдалось достоверное повышение НК-клеток (CD16) в группе женщин, инфицированных ВПЧ 11 и 6 типа (12.9%), что сопровождается достоверным повышением количества апоптирующих клеток CD95 – 34.5%. Со стороны гуморального иммунитета выявлена гиперпродукция иммуноглобулина G и M.

Полученные нами данные свидетельствуют о существенных изменениях цитотоксической активности, так называемых НК-клеток (натуральных киллеров). У женщин, инфицированных онкогенными папилломовирусами, наблюдалось прогрессирующее снижение цитотоксического индекса НК-клеток, коррелирующее со степенью изменений цервикального эпителия и максимально выраженное при РШМ. Содержание циркулирующих НК-клеток и В-лимфоцитов достоверно увеличивалось при РШМ I стадии, затем при II-IV стадии – достоверное снижение численности данных клеток.

Еще более показательными были изменения интерферонового статуса, характеризующиеся снижением способности к продукции как α/β, так и γ-интерферонов.

Все больные получали сочетанное химиолучевое лечение. Лучевая терапия проводилась в стандартном режиме: СОД 49.3 Гр (РОД 2 Гр, 24-26 фракций) в течение 5 недель. Суммарная доза облучения на параметрий составляла 75 Гр, и на стенки таза - 55 Гр. Инфузию 5-фторурацила в дозе 1000 мг/м<sup>2</sup> и цисплатин в дозе 40 мг/м<sup>2</sup> ежедневно на фоне лучевой терапии.

В основной группе одновременно иммуномоделирующий препарат Тимоцин назначался по 1,0 мл (157мкг) в течении 10 дней после первого этапа химиолучевого лечения.

При лечении только химиолучевым методом объективный эффект составил 57.2% и полный в 7.1% , тогда как в группе «химиолучевое лечение + иммунотерапия» соответственно 66.2 и 11.6%. Кроме того, при оценке побочных эффектов, таких как диарея, нейтропения, лейкопения, эметический синдром, анемия, отмечено, что, либо их не было, либо они были менее выражены в группе больных, получавших, наряду с основным методом, Тимоцин.

Повторные анализы клеточного и гуморального иммунитета, проведенные после лечения показали следующее (табл.):

Таблица 2

Показатели клеточного и гуморального иммунитета после проведенного лечения

	Химиолучевое+иммунотерапия	Химиолучевое лечение
CD 3	55.5	39.2
CD 4	39.0	25.0
CD 8	18.9	16.3
CD20	24.0	24
CD 16	10.1	10.6
CD 95	24.5	21.3
CD 25	23.4	13.6
CD 71	21.5	20.1
Jg A	189±3.0	156±2.5
Jg M	140.7±2.4	166.2±1.9
JgG	1403.1 ± 31.2	1633.3±20.2

Повторные исследования клеточного и гуморального иммунитета показали, что при проведении иммунотерапии показатели Т-лимфоцитов, Т-супрессоров достигли нормы, тогда как уровень Т-хелперов изменился незначительно. Со стороны гуморального иммунитета также отмечалась нормализация показателей.

**Выводы.** Применение средств иммунокоррекции позволяет улучшить качество жизни пациенток, снизить частоту развития нейтропении при проведении противоопухолевой терапии, уменьшить риск развития метастазов и рецидивов, повысить чувствительность опухолевых клеток к специфической терапии. Иммунотерапевтическое воздействие называют четвертым видом лечения, наряду с основными – хирургическим, лучевым и лекарственным.

#### **Список литературы.**

1. Имянитов, Е.Н. Молекулярные механизмы опухолевого роста / Е.Н. Имянитов. // Вопросы онкологии. - 2010. - Т. 56. - № 2. - С. 117-128.
2. Имянитов, Е.Н. Фундаментальная онкология в 2011 году: обзор наиболее интересных открытий / Е.Н. Имянитов. // Практическая онкология. - 2012. - № 1. - С. 1-8.
3. А.Ф. Лазарев. Новые возможности повышения результатов терапии рака шейки матки// А.Ф. Лазарев, Д.К. Кенбаева.// Медицинский оппонент, номер: 1 (5) Год: 2019
4. Обухова, О.А. Диагностика и лечение железодефицитной анемии в онкологии / О.А. Обухова, И.А. Курмуков, Ш.Р. Кашия. // Онкогинекология. - 2014. - № 2. - С. 63-75.
5. Сравнительный анализ иммунологических показателей периферической крови у пациенток с тяжелой дисплазией и раком шейки матки, ассоциированных с вирусом папилломы человека / И.Ю. Орнер, О.С. Абрамовских, И.Л. Батурина [и др.]. // Российский аллергологический журнал. - 2010. - № 5 (1). - С. 212-213.
6. Intravenous iron supplementation for the treatment of chemotherapy-induced anaemia - systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / A. Gafter-Gvili, B. Rozen-Zvi, L. Vidal [et al.]. // Acta Oncol. - 2013. - V. 52. - № 1. - P. 18-29.

*Касымова Ш. С., Бобджонова О.Б., Абдурахманова Ф.Ф., Амонбекова Н.Х.*

### **РОЛЬ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ**

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

**Актуальность.** Острые респираторные заболевания являются серьезной проблемой здравоохранения. Ежегодно по данным Всемирной организации здравоохранения, в мире около 40 млн. человек страдают от инфекционных болезней, среди которых 90% приходится на грипп и респираторные заболевания. Из широкого многообразия вирусов, ведущими возбудителями являются вирусы гриппа, парагриппа, а также аденовирусы, риновирусы, коронавирусы, реовирусы, энтеровирусы. Особое место среди ОРЗ занимает грипп, ежегодно во время эпидемических подъемов заболевает 5-10% взрослого населения. Также, в связи с последними событиями в мире, выделяют пандемический вирус Covid-19.

По вероятности развития тяжелого течения выделяют следующие группы пациентов с фактором риска: дети (младшего возраста 2 лет), лица, страдающие хроническими заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ), сердечно-сосудистой системы (застойная хроническая сердечная недостаточность), почек, эндокринной системы, лица старше 65 лет. На основании последних данных, ВОЗ включил в группу риска беременных, по развитию тяжелых осложнений гриппа. Установлено, что больные гриппом беременные требуют госпитализации в 4 раза чаще, чем небеременные; наиболее тяжело протекает ОРЗ в III триместре беременности. Из них около 8% требуют интенсивной терапии. Преждевременные роды у больных гриппом беременных наблюдается в 3 раза чаще, перинатальная смертность в 5 раз выше. В работе Li z с соавт. показано, насколько увеличивается заболеваемость беременных во время пандемии гриппа: если во время сезонного подъема составляет 480-1100 на 10 тыс. населения, то во время пандемии увеличивается до 8360. Учитывая, что течение гриппа чревато развитием различного рода осложнений своевременная госпитализация беременной крайне необходима. Что касается вторичных осложнений гриппа у беременных, то, как и у всех больных гриппом, может иметь место бактериальная пневмония, осложнения со стороны ЛОР-органов. По данным ВОЗ, примерно у 10% всех заболевших гриппом и у 50% госпитализированных по этой причине развивается пневмония. Как уже было отмечено, грипп, во время беременности может приводить к выкидышу и смерти плода, рождению нежизнеспособного ребенка с последующим летальным исходом. В плаценте женщин, перенесших грипп, находили нарушения плацентарного кровообращения (тромбоз интервилллезного пространства, очаговые кровоизлияния в базальную пластинку плаценты, пуповину), которые неблагоприятно влияли на плод.

Частые осложнения ОРЗ во время беременности - внутриутробная гибель плода, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши. Причинами этого являются непосредственно эмбриотоксическое действие вируса и нарушение маточно-плацентарного кровообращения на фоне интоксикации и гипертермии. Частота самопроизвольного прерывания достигает около 20%, преждевременные роды 15%. В ряде некоторых исследований показано, что возможна трансплацентарная передача вируса, но в зависимости от его генной принадлежности. Вместе с тем данные о влиянии респираторной инфекции на плод весьма противоречивы. Одним из наиболее опасной для плода является реакция иммунной системы беременной на инфекцию, которая в свою очередь выделяет цитокины, в результате чего происходит отторжение плода. Имеются сообщения, женщины переболевшими острыми респираторными заболеваниями во 2 и 3 триместре, вызывает дефект развития сердечно-сосудистой системы новорожденных. Авторы полагают, что эти врожденные уродства не связаны непосредственно с вирусом, а его

последствия- повышение температуры тела при гриппозной инфекции, поскольку при применении лекарств, понижающих температуру, частота врождённых уродств у новорожденных снижалась.

Кровь беременных женщин имеет повышенную тенденцию к свертыванию, что, как считается, связано с необходимостью быстрой остановки кровотечения после родов. Следовательно, у беременных женщин с вирусной инфекцией Covid-19 повышается риск тромбозов, что считается одной из основных причин развития осложнений.

К наиболее опасным, угрожающим жизни беременной стоит отнести различные респираторные осложнения, а также синдром системной воспалительной реакции, которые являются основными причинами смерти.

**Выводы.** В целом при острых респираторных вирусных инфекциях, госпитализация показана больным с тяжёлым и средней тяжести течением инфекции, а в период эпидемии – всем беременным с выраженным синдромом интоксикации. При подозрении на развитие осложнений или выявлении пневмонии госпитализация беременных обязательна, независимо от её тяжести, поскольку в большинстве случаев дальнейшее течение процесса стремительно. Беременные с тяжёлыми формами, в том числе с тяжёлым течением пневмонии, должны госпитализироваться в отделения реанимации, блоки интенсивной терапии, оснащённые современной аппаратурой для проведения респираторной поддержки и комплексного мониторинга. Наблюдение и лечение этой категории пациенток осуществляют совместно врачи-реаниматологи, терапевты (пульмонологи), акушеры-гинекологи и инфекционисты. Акушерская тактика определяется индивидуально для каждой беременной консилиумом врачей.

#### **Список литературы**

1. Zeng L., Xia S., Yuan W. et al. Neonatal early-onset infection with SARS-CoV-2 in 33 neonates born to mothers with COVID-19 in Wuhan, China. JAMA Pediatr. Published online March 26, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0878.
2. Dong L., Tian J., He S. et al. Possible vertical transmission of SARS-CoV-2 from an infected mother to her newborn. JAMA. Published online March 26, 2020. doi: 10.1001/jama.2020.4621.
3. Dehan Liu, Lin Li, Xin Wu et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with coronavirus disease (COVID-19) pneumonia: a preliminary analysis. Downloaded from www.ajronline.org .
4. Liu Y., Xia L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): role of chest CT in diagnosis and management. Downloaded from www.ajronline.org.
5. Laishuan Wang, Yuan Shi, Tiantian Xiao, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). Ann Transl Med. 2020;8(3):47. <http://dx.doi.org/10.21037/atm.2020.02.20>.
6. Rasmussen S.A., Smulian J.S., Lednický J.A. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. AJOG. 2020. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.

*Ковальчук Ю.И., Городничев К.И., Морозов А.М.*

#### **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ**

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, Тверь. Россия

**Актуальность.** Воспаление червеобразного отростка вот уже многие годы остается самой распространенной патологией среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 случаев на 1000 человек в год. Кроме того, воспаление аппендикса является наиболее частой причиной возникновения перитонита. Заболевание встречается повсеместно, в любом возрасте, чаще в молодом и среднем от 20 до 40 лет, так же женщины болеют в 2 раза чаще мужчин. Симптомы известны практически каждому человеку, а сама операция является довольно простой. Однако несмотря на развитие современных методов дооперационной диагностики и высокие достижения в сфере хирургии, частота осложнений и смертность фиксируется на одинаковом уровне [4].

Воспаление червеобразного отростка в основном протекает с течением характерных для заболевания симптомов, однако имеются некоторые отличия вследствие индивидуальных особенностей организма, которые могут затруднить диагностику. Несвоевременная диагностика может привести к таким осложнениям, как разрыв червеобразного отростка, пери- или аппендикулярный инфильтрат, перитонит, абсцесс брюшной полости, периаппендикулярный абсцесс, флегмона забрюшинного пространства, тромбофлебит вен малого таза, гнойный пилефлебит, сепсис. Смертность составляет 0,1% в случае непроходного острого аппендицита, 3%- при перфорации и 15%- при прободном аппендиците у пожилых больных [1].

**Цель исследования.** Определить частоту заболеваемости воспалением червеобразного отростка и оценить статистику особенностей протекания заболевания.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании использовались статистические данные онлайн сервиса Google Forms. На основании опросов и онлайн-тестирования предполагающих полную анонимность и конфиденциальность проводилась оценка статистики частоты возникновения аппендицита и особенностей протекания заболевания среди мужчин и женщин разных возрастов. В опросе приняло участие 250 человек, из которых 72% составляли женщины и 28% мужчины. Исследование проводилось среди групп разных возрастов, преимущество составил возраст с 18 до 21 года, наименьшее количество среди опрошенных составили люди с возрастом 36-55 лет. Так же произведено изучение актуальной литературы по данному вопросу.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования выяснилось, что 42,7% людей, проходивших опрос, не болели воспалением аппендикса. Следовательно, дальнейший анализ будет проходить на основании 57,3% населения, которые имели диагноз острый аппендицит. Встречаемость заболевания в возрастной группе младше 18 лет составила 34,2%, в группе 18-21 года 63,3%, для возраста 22-35 лет она составила 42,6%, а для людей 36-55 лет-55,8%. Для упрощения подсчета за 100% будет принято общее количество болевших человек. Среди болевших количество мужчин и женщин составило по 50%, то есть на основании этого можно предположить, что



развитие заболевания в малой степени зависит от пола, что не соответствует данным приведенным из изученной литературы. Наибольшее количество заболевших приходится на возраст от 18 до 21 года (42,5%). У возрастной группы 36-55 лет заболевание встречалось чаще (35,8%), нежели у людей 22-35-летнего возраста (16,4%). Количество заболевших лиц младшей возрастной категории (меньше 18) составило 5,3%.

Операция по удалению аппендицита была проведена успешно у 75,3% прошедших опрос людей. Однако у 24,7% были послеоперационные осложнения в виде длительно фебрилитета. Из полученных данных можно выделить незначительное количество послеоперационных осложнений, что подтверждает высокую вероятность благоприятного исхода лечения при своевременном медицинском вмешательстве.

Далее проводился опрос на тему течения заболевания. Одним из самых главных симптомов воспаления аппендикулярного отростка является сильная боль в животе. Локализация болевых ощущений может зависеть от расположения червеобразного отростка и индивидуальных особенностей расположения органов брюшной полости. В основном, это боль ноющего характера, возникающая в эпигастральной области, иногда около пупка, которая затем переходит на весь живот и только спустя несколько часов локализуется в правой подвздошной области. Большинство (92,1%) опрошенных отмечали в течении заболевания болевые ощущения, в то время как у 8,8% опрошенных боль не наблюдалась. В основном опрошенные (50,2%) отмечали боль в гипогастриальной области справа, что обосновано расположением червеобразного отростка. 18,7% заболевших наблюдали боль по всей области живота без четкой локализации, 16,1% - в гипогастриальной области слева. Небольшое количество людей (11,8%) испытывали боль по правому фланку. Незначительный процент анкетированных описывал боль в области желудка (3,2%).

Как описывалось выше, зачастую боль носит сильный ноющий характер, она не остается на месте и постоянно перемещается. Иногда боль может отдавать в задний проход или в ребра. Статистика указывает, что больные в основном испытывали острую боль (40,9%). 16,8% описывали боль как колющую, 17,2% - тупую, 15,6% - ноющую, 9,5% - давящую. У 58% боль носила постоянный характер, тогда как у 42% она являлась периодическим симптомом. Такое неоднозначное мнение по поводу характера боли можно связать с недостаточными медицинскими знаниями населения для описания боли.

Так же к симптомам воспаления аппендикса являются повышение температуры, проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта: запор и диарея, стул с примесью слизи, приступы тошноты и рвоты, а также ухудшение общего состояния (слабость, вялость, головные боли).

Температура тела при воспалении повышается не во всех случаях. Обычно она может повышаться до 39°C и выше при перфорации отростка. По результатам опроса, повышение температуры отмечали 53% анкетированных, соответственно 47% ее повышения не наблюдали. Следовательно, повышение температуры не является обязательным симптомом для данного заболевания.

Диарея при аппендиците в основном отмечается у детей, в кале иногда могут присутствовать частички крови или слизи. На фоне поражения нервной системы происходит ослабление двигательной функции мышечной системы, что может вызвать запор. Имеют место быть ложные позывы к испражнению. У 79,1% людей, проходивших опрос, нарушения стула не наблюдались. 12,8% отмечали у себя задержку стула (запор), а у оставшихся 8,1% наблюдалась диарея.

Тошнота является проявлением расстройства работы желудочно-кишечного тракта. Тошнота может сочетаться с приступами рвоты, рвота может быть непродолжительной и не приносить облегчения. В некоторых случаях рвота может быть многократной, что может свидетельствовать о возникновении осложнений. Приступы тошноты и рвоты беспокоили 37,5% опрошенных людей.

В начале заболевания может появляться общее недомогание, слабость. Боль и другие симптомы могут влиять на нарушение общего состояния, вызывая дискомфорт. Может нарушаться работоспособность, появляться вялость и сонливость. Нарушения общего состояния наблюдалось у 66,7% заболевших.

**Выводы.** Острый аппендицит одно из самых распространенных заболеваний хирургического профиля, отличающийся отсутствием патогномичных симптомов. Он зачастую может протекать под маской других заболеваний и в этой связи необходимо знать его клинические проявления для точной дифференциальной диагностики. Благоприятный прогноз можно наблюдать только при своевременном обращении больного в стационар, в связи с этим необходимо проводить просветительскую работу среди населения для повышения информированности по данному вопросу.

#### **Список литературы.**

1. Касимов Р. Р., Мухин А. С. Современное состояние диагностики острого аппендицита // Современные технологии медицины. 2013. №4. С. 112-116.
2. Шамсиев Р.Э., Гриффулина Г.И., Абдуллина А.С., Галиева Е.Р., Фазлинуров Р.К. Анализ частоты встречаемости различных форм аппендицита среди других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости // Современные научные исследования. Актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей седьмой международной научно-практической конференции. 2019. С. 292-293.

*Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Амонов У.М., Табаров З.В.*

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – МЕРА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫМ ДУОДЕНОСТЕНОЗОМ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ**

ГУ «Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, Душанбе

Актуальность. Рубцово-язвенный стеноз является одним из серьёзных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, большинством хирургов он рассматривается как абсолютное показание к оперативному лечению [2,4]. Декомпенсированный стеноз является финальной стадией заболевания, при этом больные фактически

становятся инвалидами, а хирургическое лечение становится не только неизбежной, но и оно связано с высоким риском. Изучение качества жизни (КЖ) больных в послеоперационном периоде помогает определить наиболее рациональный и оптимальный метод хирургического лечения, не только с точки зрения хирурга, но и с позиции оценки самого пациента [1,4].

Под термином КЖ понимают степень комфортности индивидуума в обществе и комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик человека [5]. Медицинские аспекты КЖ включают влияние болезни и методов лечения на повседневную жизнедеятельность больного человека. В литературе данные о сравнительном изучении КЖ больных, оперированных по поводу язвенного стеноза, в зависимости от метода операции малочисленны и противоречивы [1,4], поэтому особый интерес представляют дальнейшие исследования в этом направлении.

Материал и методы исследования. Материалом для настоящего исследования служили результаты обследования и хирургического лечения 162 пациента с рубцово-язвенным дуоденостенозом в стадии декомпенсации до и после хирургического лечения. Для верификации диагноза и изучения морфофункционального состояния оперированного желудка использованы лабораторные, эндоскопические и рентгенологические методы исследования. Стадия стеноза определялась клинически и рентгенологически.

Изучение КЖ проводилось при помощи анкеты-опросника факультетской хирургической клиники ММА имени Сеченова ИКЖ ФХК [3]. Индекс качества жизни (ИКЖ ФХК) состоит, разработан для оценки влияния язвенной болезни на функциональную активность, восприятие пациентом своего здоровья и благополучия, влияние симптомов болезни и последствий операции.

Для решения задач, поставленных в работе, путём случайного отбора сформировано три исследуемых группы: 1-я группа – пациенты, страдающие язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом (50 человек). Критерием включения являлось: эндоскопически и рентгенологически подтвержденный декомпенсированный рубцово-язвенный дуоденостеноз. Средний возраст больных составил  $42,2 \pm 3,7$  лет. Критерии исключения: возраст старше 60 лет, тяжелые сопутствующие заболевания.

2-я группа – 57 пациентов, перенесшие резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстера. Возраст больных –  $46,2 \pm 2,8$  лет.

3-я группа – 55 пациентов, перенесшие селективную проксимальную ваготомию в сочетании с дуоденопластикой или дренирующей желудок операцией. Критериями исключения для 2-й и 3-й группы явились срок менее 1 года и более 10 лет с момента операции, тяжелые сопутствующие заболевания. Средний возраст пациентов –  $47,4 \pm 3,1$  лет.

В качестве контроля использованы результаты изучения КЖ у 45 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст –  $37,4 \pm 2,7$  лет. Средний возраст здоровых лиц ( $p < 0,05$ ) примерно соответствовал среднему возрасту исследуемых пациентов.

В исследовании использованы методы описательной статистики: объем выборки ( $n$ ), средняя ( $M$ ), ошибка среднего ( $m$ ). Для проверки гипотез о статистической достоверности различий средних значений в независимых выборках использовали непараметрические критерии Манна-Уитни и Краскала-Уоллиса. Статистическая обработка проводилась с использованием пакетов прикладных программ SPSS Statistics, v.24.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам анкетирования, у практически здоровых лиц среднее значение ИКЖ составил  $129,1 \pm 4,9$  балла ( $p < 0,05$ ). Среднее значение ИКЖ у больных декомпенсированным стенозом составило  $71,4 \pm 2,11$  балла что на  $45,12\%$  ниже аналогичного показателя у здоровых лиц ( $p < 0,05$ ).

Развитие стеноза ограничивает основные физиологические потребности, такие как утоление голода и жажды, сон, сексуальная функция. Выраженные алиментарные нарушения значительно ограничивают физическую активность и работоспособность больных. Они фактически становятся инвалидами. Прогрессирование симптомов заболевания (снижение на  $31,69\%$ ), необходимость длительно лечиться и неэффективность консервативного лечения (на  $10,91\%$ ) объясняют низкую оценку своего здоровья (на  $39,76\%$ ) и благополучия. Показатели физического состояния при сравнении со здоровыми лицами снизились (в среднем на  $40,78\%$ ) социальной функции (на  $11,37\%$ ), половой функции (на  $24,0\%$ ). Снижение трудоспособности и затруднения в профессиональной деятельности, а также необходимость часто и длительно лечиться ведут к ухудшению экономического состояния семьи (на  $19,24\%$ ), снижению интеллектуальной (на  $30,18\%$ ) и эмоциональной функции (на  $27,70\%$ ).

Соответственно претерпели значительного снижения все компоненты КЖ пациентов за счет снижения их физического состояния (на  $35,9\%$ ), экономического состояния (на  $26,9\%$ ), интеллектуальной функции ( $33,7\%$ ), эмоциональной функции ( $23\%$ ), восприятия здоровья ( $25\%$ ) и прогрессирования симптомов болезни (на  $21\%$ ).

Основные компоненты КЖ пациентов в зависимости от метода хирургического лечения больных РЯДС были неодинаковыми. После хирургического лечения средние значения ИКЖ у пациентов приближаются к величине ИЖК здоровых лиц. Однако эти показатели после операции СПВ в сочетании с ДО или ДП и резекции желудка отличаются. Так, результаты анализа без учета срока, прошедшего после операции показали, что средний показатель ИКЖ после органосохраняющих операций ( $128,9$  балла) значительно выше, чем после резекции желудка ( $117,6$  балла).

Выполнение органосохраняющих операций способствовало повышению ИКЖ до показателей ИКЖ в популяции. При этом средний показатель ИКЖ у пациентов после СПВ+ДП составил  $128,9 \pm 3,7$  балла, после СПВ+ДО –  $127,4 \pm 5,8$  балла и он увеличился на  $80,5\%$  что находится в пределах среднестатистических колебаний качества жизни в популяции. Претерпели значительные изменения все компоненты КЖ пациентов: физическое состояние повысилось на  $61,5\%$ , социальная функция – на  $16,6\%$ , половая функция – на  $50\%$ , экономическое состояние – на  $26,2\%$ , интеллектуальная функция – на  $37,1\%$ , эмоциональная функция – на  $56,5\%$ .

КЖ пациентов, перенесших резекцию желудка также по большинству показателей значительно превосходит

показателей больных декомпенсированным стенозом: по шкале физического функционирования – на 73,4%, социальной функции – на 12,8%, половой функции – на 31,5%, экономической обеспеченности – на 4,7%, интеллектуальной деятельности – на 16,05%, эмоциональной функции – на 46,7%, Статистически достоверные отличия выявлены по шкалам восприятия здоровья (66%), влияние лечения (32,6%) и симптомов болезни (70,5%). ИКЖ увеличился на 66,0%.

Больные, перенесшие резекцию желудка подразделены на две подгруппы: первая (43) – не имеющие пострезекционные синдромы; вторая (12) – имеющие пострезекционные расстройства типа демпинг-синдрома, пептической язвы анастомоза, синдрома приводящей петли. В первой группе средний показатель ИКЖ составил  $117,6 \pm 6,8$  балла, что на порядок ниже показателей пациентов, перенесших органосохраняющие операции и ИКЖ в популяции. Во второй группе пациентов, перенесших резекцию желудка и имеющих пострезекционные синдромы, отмечено максимальное снижение ИКЖ ( $83,8 \pm 4,6$  балла) до уровня дооперационного показателя больных декомпенсированным стенозом.

Показатели ИКЖ у пациентов, перенесших органосохраняющие операции и имеющие постваготомические синдромы [3] (рецидив пептической язвы, дуоденогастральный рефлюкс II степени, рефлюкс-гастрит), также были снижены по сравнению с аналогичными показателями здоровых лиц и пациентов после СПВ+ДП или ДО на 19,1 – 19,3%. В соответствии с этим отмечено определенное снижение практически всех компонентов КЖ.

Выводы. Рубцово-язвенный дуоденоstenоз в стадии декомпенсации способствует максимальному снижению КЖ больных. Хирургическое лечение способствует восстановлению утраченного за время болезни КЖ пациентов. Органосохраняющие операции повышают ИКЖ до показателей популяционной нормы, а после резекции желудка ИКЖ не достигает популяционной нормы. Пострезекционные и постваготомические синдромы являются основными факторами снижения КЖ пациентов после операции.

#### Список литературы:

1. Гулзода М.К. Исследование качества жизни пациентов – важный инструмент для оценки эффективности методов хирургического лечения осложненной язвенной болезни // Вестник Авиценны, 2018, Том 20. № 2-3. – С.181 – 189.
2. Дурлештер В.М. Оценка параметров качества жизни у пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом до и после перенесенной дуоденопластики / В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, М.А.Басенко // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2014, № 2. – С. 38 – 41.
3. Крылов Н.Н. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко 1-го Московского медицинского института им. И.М.Сеченова в разработку органосберегающих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни. История медицины. 2016;3(4):412-25.
4. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала / А.А.Кульчиев // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2015. - № 3 – 4. – С. 62 – 70..
5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад РАМН Ю.Л.Шевченко. – М., ЗАО «ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

*Козка А.А., Олифирова О.С.*

### КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ АНТИОКСИДАНТАМИ И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИЕЙ

Кафедра хирургических болезней ФПДО ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России. Российская Федерация.

**Актуальность.** Проблема ожогового травматизма до сих пор остается актуальной, и отражается в частоте получения ожогов в мирное и военное время, сложностью патогенеза, высокой инвалидизацией и летальностью [1,3].

В настоящее время в современном комплексном лечении ожогов большое внимание уделяют способам, патогенетически влияющим на течение раневого процесса, создающих благоприятные условия для активации процессов регенерации и в случаях необходимости устранения ран хирургическим путем. В современной литературе описано множество подобных способов, но ни один из них не удовлетворяет практических врачей полностью [2,4]. В связи с этим есть необходимость в улучшении результативности в сложившейся проблеме.

**Цель исследования.** Проанализировать результаты применения антиоксидантов и гипербарической оксигенации в комплексном лечении пациентов с глубокими ожогами.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов лечения 57 пациентов с ожогами III степени (МКБ-10). Основную группу (ОГ) составили 29 пациентов, получавших антиоксидантную терапию (порошок дигидрокверцетина, биологически активная добавка «Лавитол-В») и гипербарическую оксигенацию (ГБО), а группу клинического сравнения (ГКС) – 28 пациентов, им проводилось общепринятое лечение. Из них мужчин – 37 (64,9%) и женщин – 20 (35,1%) в возрасте 19 – 58 лет. Причина термических поражений: ожоги кипятком – в 22 (38,6%), пламенем – в 35 (61,4%) случаях. Длительность течения раневого процесса была от 21 дня до 1,3 месяцев. В среднем площадь термических ран составляла  $997,3 \pm 4,5$  см<sup>2</sup>.

Методика лечения больных ОГ с ожогами III степени включала следующие этапы: 1. Купирование ожогового шока; 2. Формирование сухого струпа; 4. Некрэктомия ожогового струпа; 3. После некрэктомии струпа выполняли ежедневные перевязки с порошком дигидрокверцетина. Последний наносили на раневую поверхность при микробной обсемененности не более  $10^{3-4}$  м. т. на 1см<sup>2</sup> слоем 1-2 мм, одновременно назначали пероральный прием БАД «Лавитол-В» по 1 капсуле 2 раза в день во время еды и проводили ГБО 1,5-1,8 атмосфер по 40 минут ежедневно в барокамере «ОКА-МТ»; 5. Через 3-7 суток выполняли операцию – отсроченную аутодермопластику свободным расщепленным кожным аутодермотрансплантатом, на который накладывали парафинизированное раневое покрытие «Парапран», а сверху марлевую повязку; 6. С первых суток послеоперационного периода продолжали ГБО 1,5-1,8

атмосфер по 40 мин. 7 дней и прием БАД «Лавитол-В» в течение 15 дней. С 3-х суток послеоперационного периода через день наносили порошок дигидрокверцетина на трансплантат до его полноценного приживления.

Пациентам ГКС проводилось традиционное лечение.

В комплекс лечебных мероприятий пациентов обеих групп входила антибактериальная и симптоматическая терапия.

Результаты анализировали на основании течения раневого процесса, цитологического исследования, исследования показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) (диеновые конъюгаты – ДК, малоновый диальдегид – МДА) и антиоксидантной защиты (АОЗ) (витамин «Е», церулоплазмин) в 1-й день и 21-й день лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенные исследования показали, что предоперационная подготовка ран к аутопластике у пациентов ОГ протекала более гладко, чем в ГКС. За счет активного течения раневого процесса у пациентов ОГ начало формирования грануляций наблюдалось в более ранние сроки ( $2,2 \pm 0,8$  дни) по сравнению с ГКС ( $3,5 \pm 0,8$  дни;  $p < 0,05$ ). Сроки появления активных грануляций в ОГ ( $3,7 \pm 0,5$  дни) были в 1,6 раза короче, чем в ГКС ( $5,9 \pm 1,4$  дни;  $p < 0,05$ ), при этом образующиеся грануляции были более ярко-розового цвета, мелкозернистыми, отделяемое отсутствовало. Сроки предоперационной подготовки сократились в 1,7 раза до  $4,3 \pm 0,9$  дней по отношению к ГКС по сравнению с ГКС –  $7,2 \pm 1,5$  дней ( $p < 0,05$ ). Частичный лизис аутодермотрансплантатов наблюдался в ГКС в 5,5% случаев. Полное приживление аутодермотрансплантатов и отсутствие их аутолизиса отмечено у пациентов с ожогами III ст. в ОГ.

Цитологическое исследование также подтвердило более выраженную активность репарации в ОГ. Клеточный состав ран в 1-й день после некрэктомии ожогового струпа не отличался у пациентов обеих групп. За счет противовоспалительного влияния дигидрокверцетина и ГБО на клеточную пролиферацию у пациентов ОГ, в мазках-отпечатках с поверхности ожоговой раны на 21-е сутки обнаруживали снижение количества нейтрофилов (от  $91,7 \pm 1,6\%$  до  $43,7 \pm 1,8\%$ ), макрофагов (от  $3,1 \pm 0,7\%$  до  $1,4 \pm 0,3\%$ ), лимфоцитов (от  $5,9 \pm 1,1\%$  до  $2,8 \pm 0,6\%$ ) и возрастание числа фибробластов (от  $0,1 \pm 0,1\%$  до  $69 \pm 1,4\%$ ) и клеток эпителия (от  $0,2 \pm 0,1$  до  $7,9 \pm 1,6\%$ ). Тогда как у пациентов из ГКС сохранялось преобладание нейтрофилов ( $69,5 \pm 4,9\%$ ), макрофагов ( $3,9 \pm 0,5\%$ ), лимфоцитов ( $7,1 \pm 0,6\%$ ) с низким количеством фибробластов ( $18,2 \pm 2,7\%$ ) и клеток эпителия ( $3,5 \pm 0,3\%$ ).

Применение в комплексном лечении антиоксидантов и ГБО у пациентов ОГ способствовало повышению активности АОЗ и снижению интенсивности процессов ПОЛ. Показатели ПОЛ (ДК, МДА) и АОЗ (витамин «Е», церулоплазмин) у ОГ и ГКС в начале лечения не имели значимых различий. К 21-му дню лечения у пациентов ОГ наблюдалось значимое снижение содержания продуктов ПОЛ по сравнению с ГКС: содержание ДК уменьшилось на 39%, МДА – на 35,3%, тогда как в ГКС содержание ДК – на 14,9%, МДА – на 21,3%. В тоже время в ОГ компоненты АОЗ возросли значительно больше, чем в ГКС. У больных ОГ содержание витамина «Е» увеличилось на 33,8% и церулоплазмина – на 27,9%, тогда как в ГКС витамин «Е» – на 12,9% и церулоплазмин – на 13,4%.

Таким образом, антиоксиданты (порошок дигидрокверцетина, БАД «Лавитол-В») и ГБО у пациентов с ожогами III степени способствовали укоренному созреванию грануляционной ткани за счет противовоспалительной и репаративной активности дигидрокверцетина и ГБО, что указывает на клиническую эффективность предложенного способа. Тем самым, у пациентов ОГ удалось сократить сроки предоперационной подготовки для отсроченной аутопластики в 1,7 раза, и приживление аутодермотрансплантатов составило 100%.

Также у пациентов с глубокими ожогами имеют место процессы активации ПОЛ и снижение АОЗ, что указывает на патогенетически обоснованное применение антиоксидантов и гипербарической оксигенации у данной категории пациентов.

**Выводы.** Применение предложенного способа, включающего антиоксидантную терапию (порошок дигидрокверцетина, БАД «Лавитол-В») и ГБО способствует оптимизации процесса подготовки глубоких ран к аутопластике в более короткие сроки и полноценному приживлению аутодермотрансплантатов.

#### Список литературы.

1. Алексеев, А. А. Актуальные вопросы организации и состояние медицинской помощи пострадавшим от ожогов в РФ. Избранные труды по комбустиологии / А. А. Алексеев, В. В. Лавров. – Саратов: Научная книга, 2009. – С. 8-18.
2. Алексеев, А. А. Современные технологии местного консервативного лечения пострадавших от ожогов / А. А. Алексеев, А. Э. Бобровников // *Анналы хирургии.* – 2012. – № 2. – С. 32-38.
3. Андреева, Т. М. Травматизм в Российской Федерации на основе данных статистики [Электронный ресурс] / Т. М. Андреева // *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения».* – 2010. – № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/234/30> (дата обращения 13.10.2020).
4. Богданов, В. В. Комплексное лечение ожоговых ран с использованием влажной среды и вакуум-терапии / В. В. Богданов, А. В. Чердаков, М. Г. Лагвилава // *Международная научно-практическая конференция. Вакуумная терапия ран у детей и взрослых. Программа и тезисы.* – М., 2013. – С. 15-17.

*Косаев Д.В.<sup>(1)</sup>, Гасанов И.А.<sup>(2)</sup>*

### **НЕОАНГИОГЕНЕЗ В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОМ РУСЛЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ АРТЕРИАЛЬНО-ОККЛЮЗИОННОГО ГЕНЕЗА**

<sup>1</sup> - Научный Центр Хирургии им. акад. М.А. Топчубашова, г. Баку, Азербайджан;

<sup>2</sup> - Национальный Центр Онкологии, г. Баку, Азербайджан

**Актуальность.** Противоречивы данные об эффективности различных методов и схем непрямой реваскуляризации у больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК), обусловленной окклюзией их дистальных артерий [1, 2]. При этом недостаточно изучены особенности формирования новых (“de novo”) микрососудов микроциркуляторного русла (МЦР) ишемизированных мягких тканей нижних конечностей у больных с КИНК. Между

тем, объективная оценка состояния МЦР необходима как для оптимизации периоперационного лечения при непрямой реваскуляризации, так и улучшения прогноза у больных с КИНК.

**Цель исследования.** Целью исследования явилось морфологическое и неинвазивно-инструментальное изучение МЦР мягких тканей и регионарного кровотока в периоперационном периоде непрямой реваскуляризации у больных с КИНК, вызванной окклюзией их дистальных артерий.

**Материал и методы исследования.** В контингент исследования было включено 80 больных 28-74-х лет (55 мужчин и 25 женщин) с критической ишемией от 2-х мес. до 4-х лет. Непосредственная причина критической ишемии - нереконструктабельная окклюзия бедренно-подколенно-тибиального и тибиадно-стопного сегментов артерий. В ходе лечения и постоперационного наблюдения больных МЦР ишемизированных мягких тканей нижних конечностей было исследовано в tru-cut биоптатах стопы, голени и бедра гистологически и иммуногистохимически (гематоксилин-эозин, VEGF, CD31, CD34, коллаген IV типа и Ki67; "Roche Diagnostics") [3]. Также были определены сатурация кожи кислородом, реографический индекс, линейная скорость крови в подколенной артерии, градиент регионарного систолического давления, градиент постокклюзионного венозного давления, венозно-артериальный индекс стоя и лёжа. Результаты лечения были оценены по шкале R.V. Rutherford et al. [цит по 1] непосредственно после лечения и в течении 3,0-6,0 постоперационных месяцев. Корреляционные связи между интенсивностью неоангиогенеза, плотностью микрососудов в МЦР и различными схемами периоперационного лечения были проанализированы вычислением критерия согласия Пирсона ( $\chi^2$ ) и коэффициента корреляции (r) при уровне доверительной вероятности P=0,95 [4].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Спустя 3,0-6,0 месяцев после периоперационной терапии у 40 пациентов из 80-ти (50,0%) возросла плотность новых микрососудов в ранее некробиотически-измененных тканях. Максимальная стимуляция формирования "de novo" мелких сосудов характерна для больных, подвергшихся внутривенному и внутривенному лазерному облучению в сочетании с цитокинотерапией ронколейкином в периоперационном периоде (14 пациентов; 77,8%; таблица 1).

Возможно, лазерная стимуляция костного мозга и венозной выстилки в сочетании с иммуномодулирующей терапией ронколейкином в сочетании с комплексной терапией в периоперационном периоде усиливает формирование новых микрососудов в МЦР мягких тканей, что согласуется с последними данными по интерпретации ангиогенеза [5].

Таблица 1.

Неоангиогенез при непрямой реваскуляризации у больных с критической ишемией нижних конечностей дистального артериально-окклютического генеза (по завершении лечения; число больных,  $\chi^2$ ; p; r\*)

Интенсивность неоангиогенеза		Число больных	$\chi^2$ ; p; r
Группы больных			
	увеличена (↑)	5	
	не изменена	10	
	увеличена (↑)	9	
	не изменена	6	
	увеличена (↑)	8	
	не изменена	7	
	увеличена (↑)	11	
	не изменена	6	
	увеличена (↑)	14	
	не изменена	4	

Примечание: \* -  $\chi^2$ , p, r – вычислены между соответствующими показателями рассмотренных групп больных.

Общая плотность различных микрососудов имеет тенденцию к росту (таблица 2).

Таблица 2.

Плотность микрососудов при непрямой реваскуляризации у больных с критической ишемией нижних конечностей дистального артериально-окклютического генеза (по завершении лечения; число больных,  $\chi^2$ ; p; r\*)

Плотность микрососудов		Число больных	$\chi^2$ ; p; r
Группы больных			
	увеличена (↑)	4	
	не изменена	11	
	увеличена (↑)	8	
	не изменена	7	
	увеличена (↑)	7	
	не изменена	8	
	увеличена (↑)	10	
	не изменена	7	
	увеличена (↑)	11	
	не изменена	7	

Примечание: \* -  $\chi^2$ , p, r – вычислены между соответствующими показателями рассмотренных групп больных.

При непрямой реваскуляризации, в частности - реваскуляризирующей остеотрепанации с лазерным облучением костного мозга в послеоперационном периоде в течении 7-8 дней, улучшается регионарный кровоток. Так, после завершения лечения у 27-ми больных из 31-го (87,1%) зафиксирована положительная динамика показателей регионарного кровотока в КИНК. Особо следует подчеркнуть уровень реографического индекса и градиента регионарного систолического давления у этих больных.

**Выводы.** Внутривенное и костномозговое лазерное облучение + цитокинотерапия в составе комплексного лечения в периоперационном периоде при непрямой реваскуляризации стимулирует неоангиогенез в мягких тканях у больных с критической ишемией нижних конечностей, вызванной окклюзией их дистальных артерий.

#### **Список литературы.**

1. Суховатых, Б.С. Лечение критической ишемии нижних конечностей способами не прямой реваскуляризации (моннография) / Б.С. Суховатых, А.Ю. Орлова // Курск: изд. КГМУ. – 2013. - 208 с.
2. Косаев, Дж.В. Непрямые методы реваскуляризации и лазерное облучение в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. - № 2. - С.7-9.
3. Dey, P. Basic and Advanced Laboratory Techniques in Histopathology and Cytology / Springer, Singapore. – 2018. - 275 p.
4. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев, М.В. Резванцев // Санкт-Петербург, ВмедА. – 2011. - 318 с.
5. Consensus guidelines for the use and interpretation of angiogenesis assays /P. Nowak-Sliwinska [et al.] // *Angiogenesis*. – 2018. - v.21, issue 3. – PP.425-532.

*Кравченко А.Н., Ермачкова П.А., Аджисалиев Г.Р.*

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМ У ДЕТЕЙ**

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»  
Республика Крым, город Симферополь.

**Актуальность.** В современном мире проблемы радикального удаления тератомы крестцово-копчиковой области имеют прямую связь с вопросами восстановления организма. На данный момент актуальным является раннее выявление тератом для предотвращения повреждения окружающих органов и развития их в злокачественные образования.

**Цель исследования.** Провести анализ и систематизировать методы хирургического лечения тератодермоидных образований крестцово-копчиковой области. Определить осложнения и риски для здоровья человека при проведении радикального удаления тератомы.

**Материал и методы исследования.** Был произведен анализ научных данных в области хирургии. Полученные сведения были изучены и обобщены для понимания лечения тератом в современное время.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Тератома представляет собой сложную смешанную опухоль, которая может состоять из трех различных зародышевых листков и локализоваться в различных органах и анатомических областях. Опухоль может быть как незрелая, так и зрелая. Первая имеет не полностью дифференцированные структуры, которые не развились в эмбриональном периоде или же полностью воспроизводят этот период. Зрелые, наоборот – полностью дифференцированные и могут представлять в основном производные волос, ногтей, хрящей, а также нейроглию, мышцы, остатки желез и другие соматические структуры [1].

По форме выделяют округлые или неправильные (кистозные опухоли), а также они могут быть однокамерными и многокамерными, в которых может находиться жидкость или солидный компонент. Образования могут иметь доброкачественное и злокачественное течение, но вторые встречаются крайне редко.

По локализации тератомы могут находиться в различных местах, но наиболее частая локализация – в крестцово-копчиковой области, брюшной полости и в половых органах [1].

Существует несколько причин развития опухоли: 18,5% от всех случаев приходится на токсоплазменную инфекцию, 70% ассоциируют с хромосомными мутациями [3].

Крестцово-копчиковые тератомы (ККТ) по локализации часто имеют наружное расположение опухоли (45-52%) или I тип по классификации Альтмана (1973). Данная опухоль локализуется в области крестца и ягодичных мышц, надавливая при этом на анальное отверстие и влагалище. Дети, у которых расположение было внутренним (пресакральным, IV тип) имели осложнения в виде полного прекращения или затруднения в актах дефекации и мочеиспускания (из-за смещения и сдавления прямой кишки и мочевого пузыря). В связи с этим наблюдалась общая интоксикация и снижение массы тела. ККТ обладает значительным потенциалом роста и может достигать больших размеров. Обнаружение пресакральной опухоли возможно только при ректальном исследовании, при этом выявляется ее неоднородность из-за различной консистенции [1,2].

Из-за того, что опухолевые ткани поглощают большое количество крови это приводит к большому количеству артериовенозных анастомозов, которые могут вызывать сердечную недостаточность у детей. Если данное новообразование было выявлено во время беременности, то риск смертности плода очень велик [2].

После рождения, у новорожденных доброкачественные ККТ растут довольно медленно. Но далее на 6-12 месяце жизни есть небольшой риск (до 10%) перерождения в злокачественное образование с быстрым ростом и метастазированием лимфатических узлов [2].

При обнаружении опухоли необходимо провести раннее хирургическое удаление новообразования, иногда с дополнительной с резекцией копчика. Для этого используют хирургический метод, при котором проводят вертикальное рассечение кожи в виде пары полуовальных сечений у основания опухоли от крестцово-копчиковой области до анального отверстия, не доходя до него 1,5-2 см. Двумя сходящимися полуовальными разрезами между этими точками рассекается кожа с подкожной клетчаткой по опухолевой поверхности с таким расчетом, чтобы можно было сшить внешние края разреза по срединной линии. Сечение производится электроножом, чтобы минимизировать большую кровопотерю [4,5]. Опухоль захватывают зажимом Кохера или Микулича и затем отделяют кожные края от участков с опухолью. Если опухоль находится рядом с прямой кишкой, то необходимо иссекать ее как можно ближе к оболочкам кишки, оставляя неповрежденные прилегающие ткани. Необходимо удалять в месте локализации все подозрительные опухолевые узелки и кистозные образования, чтобы можно было провести заключительный этап операции – сшивание мышечных краев, для формирования мышечной диафрагмы таза, а также всю клетчатку тазовой и ягодичной области погружают вглубь и подтягивают вверх, чтобы заполнить полость после удаления опухоли [2,4,5].

После операции возможны осложнения в виде некрозов тканей, нагноения отдельных кистозных полостей, разрывы оболочек, а также рецидивы из-за неполного удаления опухолей и не выявленные при гистологическом исследовании очаги незрелой ткани [3].

**Выводы.** Тератомы представляют собой врожденные патологии, которые необходимо лечить хирургическими методами. Позднее удаление данных образований может привести к тому, что опухоль может переродиться в злокачественную и вызвать метастазирование, или привести к повреждениям рядом находящихся органов и тканей, вызывать сердечную недостаточность у детей и другие осложнения.

#### **Список литературы:**

1. Горелова Е.М. / Крестцово-копчиковая тератома // Детская хирургия. Белгород. – 2016. – №4. – С.194-199.
2. Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Рахматуллаев Адхам Абадбекович, Нурмаматов Д.С. Тератомы различной локализации у детей // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2016. – №1(11). – С.67-73.
3. Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Шариков С.М., Рехвиашвили М.Г., Шишкина Т.Н., Фролова К.А. / Результаты лечения тератом различной локализации // Детская хирургия. – 2016. – №3. – С.130-134.
4. 35-летний опыт лечения крестцово-копчиковых тератом у детей / М.Г. Чепурной, Г.И. Чепурной, А.В. Лейга, Б.Г. Лейзин, Р.Л. Каргензян // Детская хирургия. – 2015. – №2 (19). – С.4-7.
5. Саввин В.А., Тарасов А.Ю., Николаев В.Н., Варфоломеев А.Р., Петрова Н.Е., Слепцов А.А. / Отдаленные результаты лечения новорожденных с тератомой крестцово-копчиковой области // Российский вестник. – 2016. – Том VI №4. – С.63-66.

*Курбанов У.А.<sup>1,2,3</sup>, Саидов И.С.<sup>1,2</sup>, Хван И.Н.<sup>1,2</sup>, Холов Ш.И.<sup>1,3</sup>*

### **ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ С АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМ СОУСТЬЕМ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Таджикистан.

<sup>2</sup>ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

<sup>3</sup>ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара.

**Актуальность.** Артериовенозные фистулы (АВФ) представляют собой аномальную связь между артериальной и венозной системами, ведущую к патологическому току артериальной крови в венозное русло (минуя капиллярную сеть). Они могут возникать в любой части тела, быть единичными или множественными, врожденными или приобретенными. Развиваются при нарушении целостности сосудистой стенки в результате различных причин: огнестрельного повреждения, ранения холодным оружием, тупой травмы и др [1,2]. Анатомия человека предполагает расположение артерий и вен в непосредственной близости друг от друга. В случае травмы это способствует сочетанному повреждению стенки артерии и вены. В зависимости от размера свища, его локализации и длительности существования, подобный сброс крови может приводить к существенным расстройствам гемодинамики, которые могут носить как региональный характер и проявляться синдромом хронической дистальной венозной недостаточности, так и общий, приводя к развитию синдрома правожелудочковой сердечной недостаточности. Если травматические АВФ нижних конечностей не лечить на ранней стадии, они могут проявиться спустя годы после травмы в виде венозной гипертензии, характеризующейся отеком пораженной конечности, охровым дерматитом и изъязвлением; также может наблюдаться хромота и симптомы застойной сердечной недостаточности. Кроме того, повреждение магистральной артерии с излиянием крови в паравазальное пространство может привести также к образованию ложных аневризм. Ложные аневризмы в сочетании с АВФ опасны артериальной эмболией и развитием острой ишемии дистальных сегментов конечностей или венозной эмболией-микро-тромбо-эмболией лёгочной артерии.

Для лечения травматических АВФ в конечностях обычно используется ряд различных хирургических методов, включая лигатуру, разрывы с прямым восстановлением и резекцию свища с реконструкцией сосудов [2,3,4]. Несмотря на прогресс сосудистой хирургии, лечение травматических повреждений сосудов до настоящего времени остается сложной, окончательно нерешенной проблемой [5].

**Цель исследования.** Описать результат успешного хирургического лечения посттравматического артериовенозного свища подколенной артерии.

**Материал и методы исследования.** Ниже приводим клиническое наблюдение из практики. Пациент Я., 24



лет обратился в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии 24.08.2020 г. с жалобами на болевые ощущения, усиливающиеся во время ходьбы и при физической нагрузке, чувство тяжести, дискомфорт и отёк ног, что приводило к физиологическим неудобствам. Из анамнеза выяснилось, что год назад получил травму острым предметом (серпом) в результате чего получил колото-резаную рану в области подколенной ямки справа. Больной сразу после получения травмы обратился в больницу по месту жительства, где ему была оказана медицинская помощь – первичная хирургическая обработка раны правой подколенной области с наложением узловых швов без тщательной ревизии раны. Со слов больного, после заживления раны со временем у него возникли постоянные болевые ощущения, шум и дрожание в подколенной области, которая в последующем усилилась. Через год от момента получения он был вынужден обратиться к хирургу.

При общем осмотре состояние больного удовлетворительное. При местном осмотре в подколенной области справа виден сформировавшийся рубец размерами 3,5x2,0 см от полученной травмы. При пальпации подколенной области безболезненно определяется дрожание стенки сосудов. Следует подчеркнуть, что аускультативно выслушивается систолический шум в области поражения.

При ультразвуковой доплерографии и дуплексном сканировании сосудов правой нижней конечности в области подколенной ямки определяется артериовенозное соустье между подколенной артерией и веной со сбросом артериальной крови в венозную систему.

На снимках ангиографии правой нижней конечности с контрастирования получены изображения во всех необходимых плоскостях. Установлено, что артериовенозная фистула находится между подколенной артерией и нижней трети бедренной вены, с аневризматическим расширением последнего в нижнем сегменте. На остальном протяжении сосуды без особенностей.

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза и дополнительных методов исследования выставлен диагноз: посттравматическая артериовенозная фистула правой подколенной артерии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Положение больного на операционном столе на животе. В нижней трети правого бедра наложен кровоостанавливающий жгут (длительностью 45 минут). Под общим ЭТН, произведён Z-образный разрез в правой подколенной области. Рассечена кожа, подкожная жировая клетчатка, далее острым и тупым путём идентифицированы место повреждения и артериовенозная фистула. С осторожностью под оптическим увеличением (лупа x2,5) от спайки мобилизованы подколенная артерия, вена и область. Выявлено место артериовенозного сброса, в подколенную артерию и вену выше и ниже зоны АВ - фистулы выставлены сосудистые зажимы. Теперь место фистулы обнаружено, отсечено и проленовой атравматической нитью 4/0 зашивали дефект стенки сосудов. Гемостаз по ходу операции с последующей вставкой резинового дренажа и послойным ушиванием раны. Следует отметить, что к концу операции дрожание и систолический шум исчезли. Пульс в передней и задней большеберцовой артерии хорошо прощупываются и нога тёплая.

Рана зажила первичным натяжением. Послеоперационный период протекал гладко. Состояние больного удовлетворенное, дооперационные жалобы отсутствуют. При повторной УЗДГ сосудов правой нижней конечности через неделю после операции у больного кровотоки в зоне операции и артерии стопы стали нормальными.

**Выводы.** Основными причинами, способствующими формированию артериовенозного сброса, являются несвоевременная диагностика повреждений, дефекты оказания первой врачебной помощи. Радикальная хирургическая ликвидация артериовенозного сброса способствует полному выздоровлению пациента.

#### **Литература**

1. Чернуха Л.М. Посттравматические артериовенозные фистулы. Опыт лечения / Л. М. Чернуха [и др.] // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, – №. 3. – С. 63 – 69.
2. Лещинская О.В. Посттравматическая ложная аневризма бедренной артерии с артериовенозным соустьем у пациента 32 лет (клиническое наблюдение) / О.В. Лещинская [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2019. – Т. 8, №.4. – С. 458 – 462.
3. Прасол В.А. Клинический случай сочетанного аневризматического поражения подвздошных и бедренных артерий с ложной посттравматической аневризмой и артериовенозным соустьем, тромбозом глубоких вен / В.А. Прасол [и др.] // Серце і судини. – 2017. – №. 1. – С. 84 – 90.
4. Комаров Р.Н. Устранение посттравматического артериовенозного сброса между правой общей подвздошной артерией и нижней полой веной / Р.Н. Комаров [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. – Т. 9, – №. 4. – С. 81 – 85.
5. Козлов Б.Н. Разобщение артериовенозной фистулы у пациента с посттравматической ложной артериовенозной аневризмой / Б.Н. Козлов [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 8, – №.5. – С. 64 – 68.

*Курбанов С.П., Султанов Д.Д., Камолов А.Н., Солиев О.Ф.*

### **РОЛЬ МЕТОДИКИ ASVAL ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

**Актуальность.** Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК) и развивающейся при этом хронической венозной недостаточности (ХВН), проблема диагностики и лечения этого заболевания остается актуальной. Это обусловлено большой распространенностью и высоким процентом рецидивов, ростом ее частоты и наличием осложненных форм заболевания, приводящих к длительной

нетрудоспособности. Кроме того, варикозная болезнь характеризуется снижением качества жизни больных вследствие развития изменений косметического и функционального характера [1].

Основные принципы хирургического лечения варикозной болезни были сформированы в начале XX века такими знаменитыми учёными, как О. Маделунг (1884), В. Бебкокк, Ф. Тренделенбург (1890), В. Келлер (1905), А. Троянов (1910), Д. Хоманс (1916). Эти корифеи основной причиной развития ВБВНК считали рефлюкс в сафенофеморальном соустье и предложили его устранение путём перевязки и пересечения ветвей и самого ствола БПВ на этом уровне. Данное вмешательство в последующем получило название «кроссэктомия» [2]. За последние 20 лет с внедрением эндовенозных методов произошёл прорыв в плане хирургического лечения ВБ. Вместе с классической флебэктомией развивались основы изолированного воздействия на изменённые притоковые вены. Во второй половине прошлого века немецкий врач Р. Мюллер предложил метод минифлебэктомии из мини-разрезов в амбулаторных условиях. Способ может быть применён при всех видах варикозного расширения подкожных вен, он менее травматичен, чем обычная флебэктомия, и более косметичен [3]. В литературе обычно упоминается о распространённости варикоза от 5% до 30% среди взрослого населения. Имеются также другие сообщения, при этом вариация составляет от <1% до >70%. Имеются ещё данные, которые подтверждены дополнительными методами исследования и во время оперативных вмешательств, что у этих больных, главные стволы малой и большой подкожных вен могут быть неизменёнными. Данный метод позднее получил научное обоснование после публикации Р. Pittaluga et al [4]. Авторы доказали, что примерно в 60% случаев после этой операции рефлюкс в стволе БПВ ликвидируется. На основе накопленных данных была сформулирована новая восходящая теория развития ВБ. Согласно этой теории венозная гипертензия первично возникает в притоках и постепенно переходит на стволы подкожных вен. С учётом предложенной теории был разработан модернизированный метод лечения ВРВНК. Он заключается в выполнении минифлебэктомии варикозных притоков без удаления стволов подкожных вен под местной анестезией: в зарубежной научной литературе данный способ именуется ASVAL (Ablation Selective des Varicessous Anesthésie Locale) [4].

**Цель исследования.** Оценить лечебную эффективность метода селективной минифлебэктомии варикозных притоков с сохранением магистральных вен у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

**Материал и методы исследования.** В объект исследования входили 10 больных с варикозной болезнью НК С2 класса по СЕАР, которым в отделении хирургии сосудов РНЦССХ во второй половине 2018 года была проведена изолированная минифлебэктомия притоков по методике Варади (Varady) с сохранением ствола большой подкожной вены. Средний возраст пациентов составил  $41 \pm 1,8$  года. Всем пациентам предварительно было проведено УЗДС сосудов нижних конечностей. Несостоятельность остеального клапана большой подкожной вены и сафено-феморальный рефлюкс оценивали по наличию обратного тока крови продолжительностью более 5 с при пробе Вальсальвы. Сроки наблюдения в послеоперационном периоде составили до 6-ти месяцев.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем пациентам в послеоперационном периоде была произведена контрольная УЗДС вен нижних конечностей. Всего было выполнено 10 оперативных вмешательств по методике ASVAL. Все операции были выполнены в одной нижней конечности. Средний диаметр большой подкожной вены (БПВ), по данным ультразвукового ангиосканирования вен нижних конечностей, до операции составил  $5,7 \pm 1,6$  мм. При контрольной УЗДС ствола большой подкожной вены в сроках 3 и 6 месяцев после операции диаметр большой подкожной вены составил  $4,5 \pm 1,2$  и  $2,0 \pm 0,8$  мм соответственно, т.е. имеется уменьшение в диаметре.

**Выводы.** Устранение варикозных притоков по методике ASVAL приводит к снижению венозной гипертензии в стволе большой подкожной вены, что проявляется в уменьшении диаметра и рефлюкса в указанной вене.

#### Список литературы

- 1) Савельев В.С. Проспективное обсервационное исследование СПЕКТР: регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / В.С. Савельев., [и др.] // Флебология.- 2012.-Т.6.С.4-9.
- 2) Cañizares I. Crosectomía alta sin sección vascular frente a safenectomía clásica. Ensayo clínico aleatorizado: análisis de la recidiva varicose/ I.D Cañizares., [et al] // Anales del Sistema Sanitario de Navarra.- 2013.-Vol.36, No.3,-Pp.419-27.
- 3) Фокин А.А., Борсук Д.А. Изолированная ликвидация вертикального рефлюкса по магистральным подкожным венам: судьба оставленных притоков./ А.А. Фокин., Д.А Борсук.// Флебология. 2019-Т.13.(1)-С.28-35.
- 4) Pittaluga P., Chastanet S. Treatment of varicose veins by ASVAL: results at 10 years./ Pittaluga P., Chastanet S. // Ann Vasc Surg. -2017. 38:10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2016.07.021>

*Курбанов С.Х., Абдулов М.С., Курбонов Х., Мираков Б.Т.*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАБИЛЬНО УГЛОВОЙ ПЛАСТИНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЁННЫХ СИНДРОМОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА С КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ СРЕДИННОГО НЕРВА

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

**Актуальность.** Повреждения дистального эпиметафиза лучевой кости встречаются в 11-30% всех переломов и в 90% - при переломах костей предплечья, причём наибольшее количество пострадавших относится к людям трудоспособного возраста и активного образа жизни [1,2]. На внутрисуставные переломы этой локализации приходится от 25,2 до 41,2% [3].

Опыт практической работы различных авторов свидетельствует о том, что с переломами костей предплечья связан высокий процент лечебных неудач, достигающий 30-60% [4,5]. Причина неудач при лечении данного вида повреждений заключается в анатомо-функциональных и биомеханических особенностях предплечья, затрудняющих репозицию, стабилизацию и правильное сращение отломков. Как правило, неудовлетворительные результаты лечения связаны с оскольчатым характером перелома.

В настоящее время при переломах дистального эпиметафиза лучевой кости по-прежнему достаточно распространённым остаётся консервативное лечение пациентов. Однако попытки закрытой репозиции при внутрисуставных переломах дистального отдела лучевой кости со смещением редко приводит к точному восстановлению анатомии суставной поверхности лучевой кости. Оскольчатые переломы данной локализации, как правило, сопровождаются значительным смещением отломков, что затрудняет репозицию при внутрисуставных переломах. По этой причине, даже после удачно выполненной первичной репозиции, в последующем сохраняется высокий риск возникновения вторичного смещения отломков в гипсовой повязке, что приводит к развитию стойких нарушений функции лучезапястного сустава и суставов кисти, девиации последней, а также развитию посттравматических нейропатий и атрофии Зудека.

В связи с этим в последнее время для лечения внутрисуставных переломов дистального эпиметафиза лучевой кости всё широко используются оперативные методы лечения, среди которых можно выделить два основных: метод наружной фиксации (закрытая репозиция и остеосинтез с помощью аппаратов внешней фиксации различной пространственной ориентации); метод внутренней фиксации (открытая репозиция и остеосинтез на костными пластинами различной модификации).

**Цель исследования.** Улучшение анатомо-функциональных результатов оперативного лечения неправильно срастающихся переломов дистального эпиметафиза лучевой кости, осложнённых нейропатией срединного нерва, методом на костного остеосинтеза с одномоментным выполнением ревизии срединного нерва.

**Материал и методы исследования.** За период с 2016 по 2019 гг. в ортопедическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» оперированы 37 больных в возрасте от 20 до 55 лет с неправильно сросшимися переломами дистального отдела лучевой кости с применением на костного остеосинтеза пластинами с угловой стабильностью.

Необходимо отметить, что 26 пострадавших после получения травмы обращались в травматологические пункты по месту жительства, где им оказывалась квалифицированная медицинская помощь — закрытая репозиция лучевой кости с фиксацией гипсовой лангетой. По данным контрольной рентгенографии, была выяснена неадекватность первичной репозиции, что стало причиной вторичного смещения костных отломков и было необходимо оперативное вмешательство. Давность от момента получения травмы у этих больных составила 1,5-2 мес.

Для остеосинтеза переломов дистального конца лучевой кости применялись как ладонные, так и тыльные пластины с угловой стабильностью. При наличии у пациентов признаков посттравматической нейропатии срединного нерва, подтверждённой клинически и по данным электронейромиографического обследования, одномоментно с остеосинтезом выполнялась ревизия срединного нерва и рассечение ладонной карпальной связки.

Все операции выполнялись под общей анестезией под жгутом на функциональном ортопедическом операционном столе с обязательным применением электронно-оптического преобразователя. 27 больным применяли ладонные с угловой стабильностью пластинки, что позволяло совместить остеосинтез с невролизом срединного нерва, используя только один ладонный доступ типа Henry.

После оперативного вмешательства осуществлялась гипсовая иммобилизация оперированной конечности от головок пястных костей до верхней трети предплечья до 2 недель. После чего иммобилизация продолжалась с применением съёмного жесткого ортеза. С первых суток после операции пациенту рекомендовалась активно-пассивная гимнастика для пальцев кисти с курсами физиотерапевтического лечения и медикаментозной терапии.

**Результаты исследования и обсуждение.** Результаты оперативного лечения пациентов с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости прослежены на срок до 3 лет и оценивались с помощью клинико-рентгенологических данных и шкалы опросников. Получены следующие результаты лечения: отлично — 12, хорошо — 17, удовлетворительно — 7, неудовлетворительно — 1. Таким образом, хорошие и отличные результаты лечения достигнуты в 97,2%. Среди неудовлетворительных результатов у одного больного (2,8%) отмечалось нагноение послеоперационной раны и контрактура лучезапястного сустава. Пациент получил соответствующее лечение.

**Вывод.** Таким образом, на костный остеосинтез пластинами с угловой стабильностью является залогом отличных и хороших результатов до 97% при оперативном лечении переломов дистального отдела лучевой кости. Преимуществом пластинки с угловой стабильностью является возможность максимально точного восстановления анатомии лучевой кости, ревизия срединного нерва при ладонном доступе, стабильность фиксации костных отломков вне зависимости от состояния кости, отсутствие необходимости в иммобилизации на всём периоде сращения кости и возможность раннего функционального лечения.

Однако, не следует забывать, что подавляющее большинство пострадавших с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости лечится консервативно, но при этом доля неудовлетворительных результатов по-прежнему велика, что обуславливает необходимость в разработке и внедрении оптимальных методов лечения.

#### **Список литературы.**

1. Classification of distal radius fractures: an analysis of interobserver reliability and intraobserver reproducibility/ D.J.Andersen et al. // J.Hand Surg. 1996. Vol. 21A. P.574-582.
2. McMurtry R.Y., Jupiter J.B. Fractures of the distal radius// Skeletal Trauma/ Browner B.D., Jupiter J.B., Levine A.M., Trafton P.G. (eds.). Philadelphia: Saunders, 1992. P. 1063-1094.
3. Stern H.S. Key Techniques in Orthopaedic Surgery. Thieme, 2001. P 81-84.
4. Ошибки и осложнения при лечении переломов аппаратами Илизарова/ Ш.А. Баймагабетов и др. // Всерос. науч.-практ. конф. «Современные технологии в травматологии и ортопедии»: сб. тез. М., 2005. С. 48.
5. Лазарев А.Ф., Солод В.И. Биологичный погружной остеосинтез на современном этапе // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2003. №3. С.20-26.

**Актуальность.** Операция пластики наружного носа по поводу врождённых и приобретённых деформаций носа с каждым годом в мире растёт, и превратилась в одно из самых частых эстетических вмешательств. Это объясняется важной функциональной (обонятельная, увлажняющая, температурного контроля, фильтрационная, речевая) и эстетической (соответствие представлениям пациента, критериям симметрии, стандартам гармонии и идеалам общества) значимостью носа [1,2, 3,4,5].

Разнообразие анатомического строения и разновидность деформаций носа определили целый ряд классификаций носа по форме и размерам, функциональным и эстетическим проблемам [4]. В ходе многолетнего обучения и накопления опыта хирургической коррекции различных деформаций носа мы выделили группу пациентов с так называемым “большим носом”, когда одновременно показатели размера и объёма носа были больше средних величин во всех антропометрических измерениях. У этой категории больных отмечалась диспропорция и асимметрия как в расположении частей носа, так и в контурах лица и его отдельных структур. Кроме того, выделение пациентов с большим носом в отдельную группу было продиктовано особенностями выполнения последовательности этапов и объёмом, названной нами редукционной ринопластики.

**Цель исследования.** Изучить особенности редукционной ринопластики у больных с большим носом.

**Материал и методы исследования.** С 2015 по 2020гг в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии были оперированы 804 пациента с врождёнными (367) и посттравматическими (437) деформациями носа. Группу больных с большими размерами носа составили 31 (3,9%) пациента. Средний возраст больных составил 24 года. Мужчин было 20 (64,5%), женщин – 11(35,5%).

При диагностике учитывали анализ данных внешнего осмотра, показателей антропометрических измерений носа и лица, данные компьютерной томографии носа.

При внешнем осмотре большой нос отличался следующими особенностями:

- 1) отмечается увеличение спинки носа и носовой пирамиды;
- 2) нос значительно выступает над уровнем лица из-за высокой спинки носа с горбинкой 1-го или 2-го типа;
- 2) длинный нос - как спинки, так и кончика носа;
- 3) отмечается увеличение всего каудального отдела носа – колонны, кончика носа, крыльев носа;
- 4) широкий нос.

При антропометрии учитывали расположение соответствующих точек, величину углов, расстояний и их соотношения в базовых проекциях. У пациентов с большим носом эти показатели были больше, чем в норме, так: длина носа (расстояние от переносицы до кончика носа, в норме 41-55 мм) – 60-76 мм; ширина носа (расстояние между крыльями носа, в норме 30-35 мм) – 36-45 мм; высота спинки (измеряется самая высокая точка в середине носа в профиль, в норме - 20-30 мм) – 30-40 мм; расстояние от крыла до кончика носа (в норме – 25-30 мм) – 35-40 мм (рис.1). У этой группы пациентов также отмечалось уменьшение носо-губного угла менее 90° и увеличение носо-лобного угла более 135° (табл.1).

Таблица 1.

**Сравнительные антропометрические показатели “идеального” и “большого” носа**

Антропометрические показатели	Общепринятые стандарты “идеального носа”	Объективные показатели “большого носа” у наших пациентов (n = 31)
Длина носа (П-КН)	41-55 мм	60-76 мм
Ширина носа (Кр-Кр)	30-35мм	36-45 мм
Высота спинки	20-30 мм	30-40 мм
Высота кончика носа (Кр-КН)	25-30 мм	35-40 мм
Угол носо-губный	90°	≤ 90°
Угол носо-лобный	135°	≥ 135°

При выполнении редукционной ринопластики у пациентов с “большим носом” считали необходимым придерживаться определённой последовательности выполнения этапов и объёма оперативного вмешательства:

- открытый доступ
- резекция каудальных краёв верхних латеральных хрящей
- резекция в виде лепестков цефалических краёв латеральных ножек больших крыльных хрящей
- поперечная резекция в виде треугольника задних (краниальных) отделов латеральных ножек больших крыльных хрящей
- резекция хрящевой и костной части спинки носа
- резекция каудального края носовой перегородки на 8-16 мм
- общая полная медиальная и латеральная остеотомия
- сближение верхушек латеральных стенок носа
- придание желаемой формы кончика носа путём наложения соответствующих швов на крыльных хрящах.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ведение послеоперационного периода было аналогично стан-

дартам, принятым в ринопластике. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, раны зажили первично, без развития осложнений. Все пациенты были довольны ближайшими результатами операции. Отдалённые результаты в сроках от 6 мес до 5 лет изучены у 26 (83,9%) пациентов. У всех наблюдавшихся больных отдалённые результаты были хорошими и удовлетворительными. Необходимости в корригирующих операциях не было.

**Выводы.** Таким образом, редукционная ринопластика при “большом носе” заключается в последовательной резекции и изменении формы, объёма и расположения многочисленных элементов костного и хрящевого скелета, чтобы достичь значительного улучшения эстетических характеристик наружного носа и нормализации носового дыхания.

#### Список литературы.

1. Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия. А.Е.Белоусов. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 1998. –
2. Пластическая и реконструктивная хирургия лица /Под ред. А.Д. Пейпла; Пер. с англ. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2017. – 951 с.: 2 с. ил.: ил
3. Rhinoplasty: state of the art / [edited by] Ronald P. Gruber, George C. Peck. – 2010 by Mosby-Year Book, Inc.
4. Функциональная ринопластика. А.Е. Белоусов. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2010. – 512с., ил.
5. Очерки пластической хирургии. Т.3: Хирурги и пациенты / А.Е.Белоусов. – М.: Практическая медицина, 2015.- 136с.: ил.

*Курбанов У.А., Саидов И.С., Хван И.Н., Муродов Дж.К.*

### ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОПЕРАЦИЙ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СТЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ШЕИ И ГРУДИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
ГУ РНЦССХ МЗ и СЗН РТ.Таджикистан.

**Актуальность.** В последние годы с улучшением качества оказания медицинской помощи обожённым и развитием комбустиологии и реаниматологии произошло значимое снижение частоты летальных исходов от ожоговой травмы [1]. Следовательно, отмечается тенденция к увеличению числа лиц с различными осложнениями ожогов, среди которых наиболее значимым является развитие грубых патологических рубцов, особенно локализующихся в открытых участках тела [2]. К таковым относятся ожоги шеи и груди, которые согласно различным эпидемиологическим данным на их долю приходится от 12,2% до 35,6% среди всех термических повреждений [3].

Послеожоговые рубцовые деформации шеи и передней поверхности грудной клетки – это состояние, когда в результате последствий ожогов образуются стягивающие и массивные рубцы, которые вызывают нарушение функции соответствующей области поражения, придают вынужденное положение и неудобства, приводя к различным функциональным и эстетическим дефектам [4]. Рубцовая деформация шеи и груди с нарушением анатомо – функциональных зон считается одним из основных осложнений в послеожоговом периоде, которая кроме клинического, также имеет и социальное значение и может способствовать нарушению как физического, так и психического статуса обожжённого [5].

**Цель исследования.** Изучить эффективность способов местно-пластических операций при устранении послеожоговых стягивающих рубцов шеи и груди.

**Материал и методы исследования.** Изучены результаты методы хирургического лечения 49 больных с послеожоговыми стягивающими рубцами шеи груди прооперированных в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за последние 10 лет. Возраст больных варировался от 5 до 50 лет. Преимущественное большинство пациентов составили лица женского пола - 42 больных – (85,7%). Мужчин всего было 7 (14,3%). Давность получения ожога составила от 1 года до 22 лет. Причиной получения ожога шеи в 19 случаях (38,8%) был кипяток, в 5 случаях (10,2%) - раскалённое масло, в 14 случаях (28,6%) – пламя, в 5 случаях (10,2%) - горячая жидкая пища, в 3 случаях (6,1%) - нагревательные приборы и в 3 случаях (6,1%) - сандачный ожог.

Всем больным стягивающие рубцы шеи и груди устраняли модифицированными способами местно-пластических операций. В 23 (46,9%) случаях стягивающие рубцы устранены способом «butterfly», в 12 (24,5%) случаях использован способ «Square-flap» по А.А. Лимбергу, в 4 (8,1%) случаях нами применялся способ «eight-flap», в 2 (4,08%) случаях - способ «Hirshowitz», в 2 (4,08%) случаях применён простой способ Z-plasty, в 1 (2,04%) случае - «gootplasty», в 1 (2,04%) случае - комбинационный способ «jumping – man»+Z-plasty, в 1 (2,04%) случае - комбинационный способ «butterfly»+Hirshowitz, в 1 (2,04%) случае - комбинационный способ «butterfly»+Square-flapplasty, в 1 (2,04%) случае применялся комбинационный способ «threebutterfly», и в 1 (2,04%) случае - способ Karakaoglan

**Результаты исследования и их обсуждение.** Послеоперационный период в 47 (95,9%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые кожно-фасциальные лоскуты прижились. В 2 случаях отмечалось осложнение в виде краевого некроза кончика перемещённых треугольных лоскутов, что не оказывало существенное влияние на окончательные результаты лечения. Начиная со 2-3 недели после операции проводили активную и пассивную разработку движений на шее.

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 16 лет изучены нами у всех оперированных больных. Во всех случаях достигнуто устранение дефицита тканей по ходу продольной оси шеи, значительное улучшение эстетического состояния тканей передней поверхности шеи и груди и восстановление объёма движений.

**Выводы.** Таким образом, использование местно-пластических способов операций для устранения послеожоговых рубцов шеи и груди являются способами выбора и позволяют получить хорошие функциональные и эстетические результаты. Наиболее оптимальными способами коррекции рубцов шеи и груди у наших пациентов

были способы «butterfly», «Square-flap» по А.А. Лимбергу и способ «eight-flap».

#### Список литературы.

1. Актуальные аспекты организации оказания помощи пострадавшим от ожогов / В. А. Порханов[и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2017. Т. 18, № 1. – С.45-49.
2. Афоничев К.А. Анализ осложненных исходов ожогов у детей / К.А. Афоничев, О.В. Филиппова // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2015. – Т. 3, № 3. – С. 21-25.
3. Application of the expanded lateral thoracic pedicle flap in face and neck reconstruction / F. Xie [et al.] // Burns. – 2013. – V. 20. – P. S0305-4179.
4. Оптимизация хирургического лечения послеожоговых стягивающих рубцов передней поверхности шеи и грудной клетки / У.А. Курбанов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19, № 4. – С. 506-512.
5. Ожоги после террористических актов и чрезвычайных ситуаций мирного времени / В.А. Соколов [и др.] // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. - № 2. – С. 24-32.

*Курбанов У.А., Муродов Дж.К., Файзуллоева М.Ф., Саидов И.С.*

### ПРИМЕНЕНИЕ НАЗОЛАБИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРИ ДЕФЕКТАХ И ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан.

**Актуальность.** Нос является центральной и наиболее заметной составной частью лица, создаёт престиж и репутацию. При деформациях и дефектах носа происходит не только обезображивание лица, но и нарушение функции носа, снижение самооценки и понижение качества жизни больного [1,2]. Ещё в Египте и Индии многие преступления наказывались отсечением носа (ринэктомией), а также различные заболевания, травмы приводили к дефектам и деформациям носа [3]. Несмотря на различные предложенные варианты устранения деформаций и дефектов носа, всё же данная проблема остаётся весьма актуальной [4,5].

**Цель исследования.** Изучить эффективность использования назолабиальных лоскутов при деформациях и дефектах носа.

**Материал и методы исследования.** В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2000 по 2020 гг. в нашей клинической практике проводились реконструктивные операции на 15 больных для закрытия дефектов носа кожно-жировыми назолабиальными лоскутами. Возраст больных составил от 7 лет до 31 года. Мужчин было 4 (26,67%), женщин 11 (73,33%). Причиной дефекта и деформации были следующие: у 7 (46,67%) пациентов после ранее перенесенных различных операций, у 4 (26,67%) больных из-за травмы, у 2 (13,33%) пациентов были послеожоговые рубцы, у 1-го (6,67%) больного после лейшманиоза и у 1-го (6,66%) больного после укушенной раны.

Расположение дефектов носа, которые были укрыты назолабиальным лоскутом.

№	Местоположение дефекта	Кол-во
1.	Дефекты кончика носа	4
2.	Дефект носа	4
3.	Левосторонние дефекты носа	3
4.	Правосторонние дефекты носа	3
5.	Правосторонний дефект крыла и кончика носа	1

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем пациентам с дефектами и деформациями носа в плановом порядке были выполнены реконструктивные операции, в ходе которых использовались назолабиальные лоскуты. В зависимости от места расположения, размера дефектов и вида деформации носа избиралась сторона выкроенного лоскута и направление его ножки. При больших дефектах и деформациях носа использовалась двухсторонняя контралатеральная пластика назолабиальными лоскутами. При односторонних дефектах и деформациях использовался один назолабиальный лоскут. Донорская сторона, из которой выкраивался носогубной лоскут, и направление его ножки подбирали тщательно, в зависимости от преимущественной локализации дефектов и деформаций, состояния соседних мягких тканей и площади образовавшегося дефекта покровных тканей.

Ближайший послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, нарушения кровообращения лоскута не было. Отдалённые результаты операций были прослежены в сроках от 6 месяцев до 10 лет. Следует отметить, что несмотря на устранение дефектов и деформаций, пациентам женского пола после реконструкции потребовались некоторые корригирующие операции. У мужчин необходимость в повторной операции не возникла. В целом поставленная задача была достигнута и результаты вполне удовлетворяли пациентов. У некоторых пациентов, иногда в отдалённые периоды возникали временные возвышения над перемещённым лоскутом, но через несколько месяцев явления проходили после местного использования противоотёчных и антиэкссудативных гелей. Внешний вид донорской зоны, после созревания рубца удовлетворительный, рубцы гладкие, малозаметные, располагаются по ходу естественных складок.

**Выводы.** Таким образом, правильное и рациональное применение назолабиальных лоскутов при дефектах и деформациях носа, обеспечивает высокий процент первичного заживления ран, лоскут обеспечивает адекватное кровоснабжение, позволяющее устранить большие дефекты с минимальными деформациями донорского места, что позволяет добиться хороших эстетических и функциональных результатов.

### Список литературы.

1. Самойленко Г.Е. Кожная аутопластика сложных дефектов наружного носа / Г.Е. Самойленко, А.Ю. Заславский // Медико-социальные проблемы семьи. – 2014. - Том 19, №1. – С. 92 - 97.
2. Виссарионов В. А. Варианты хирургического устранения различных дефектов концевого отдела носа / В. А. Виссарионов, И. А. Карякина // Электрон-ный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении». — 2010. — №1(7). — С. 23—32.
3. Rahpeyma A. The place of nasolabial flap in orofacial reconstruction: A review / A. Rahpeyma, S. Khajehahmadi // Ann Med Surg (Lond). – 2016. - V. 23. - №12. – P. 79-87.
4. Nasolabial and forehead flap reconstruction of contiguous alar-upper lip defects / J.A. Zelken [et.al] // J Plast Reconstr Aesthet Surg. – 2017. - V. 70. - №3. – P. 330 - 335.
5. Repair of Full-Thickness Nasal Alar Defects Using Nasolabial Perforator Flaps / M. Durgun [et.al] // Ann Plast Surg. – 2015. - V. 75. - №4. – P. 414-417.

*Курбанов У.А., Файзуллаева М.Ф., Одинаева М.С.*

### ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино.Таджикистан.

**Актуальность.** Руки обеспечивают нам самообслуживание в повседневной жизни - кормят, одевают, обувают, придавая нам уверенность и независимость. Верхняя конечность для детей является познавательным органом, который участвует в приобретении различных навыков. Двигательная активность верхней конечности обусловлена специфичностью и сложностью анатомии. При травме верхних конечностей у детей частота повреждений сосудисто-нервных пучков (СНП) составляет 18,4%. Повреждения СНП верхних конечностей всегда сопровождаются повреждениями сухожилий из-за поверхностного расположения этих анатомических структур. При переломах костей плеча и предплечья одинаково часто повреждаются срединный (28-60%) и локтевой (26-61%) нервы, а несколько реже - лучевой (11-15%) нерв [1,3].

По данным различных авторов, бытовой травматизм занимает первое место среди повреждений у детей, особенно дошкольного возраста, и составляет от 71 до 77,5%. У детей школьного возраста к бытовым травмам присоединяются уличные и спортивные травмы. К числу тяжёлых и часто (30,8-57%) встречающихся травм опорно-двигательного аппарата относятся повреждения верхних конечностей.

При закрытых повреждениях нервов чаще происходит сотрясение, ушиб, растяжение и сдавление нервов, что не всегда диагностируется, а несвоевременная диагностика и восстановление повреждённых нервных стволов приводит к потере функциональной активности руки [2,4].

**Цель исследования.** Изучить эффективность раннего восстановления непрерывности нервных стволов у детей, в зависимости от уровня их повреждения.

**Материал и методы исследования.** За период с 2000 по 2020 г.г. в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в экстренном случае обратились 47 детей с повреждениями нервных стволов верхних конечностей. Возраст детей составил от 1 года до 14 лет. Детей с повреждениями нервных стволов верхних конечностей разделили на несколько возрастных групп. Дети дошкольного возраста, которые составили от 1 года до 6 лет, младшего школьного возраста от 7 до 10 лет и дети старшего школьного возраста от 11 до 14 лет. Повреждение чаще наблюдалось у мальчиков (29 случаев) ввиду их активного поведения, по сравнению с девочками (18 случаев). Из них 33 с полным повреждением и 14 с неполным изолированным повреждением (локтевого и срединного) нервов верхних конечностей: n. medianus в 23 случаях, n. ulnaris - в 17 и общепальцевой – в 7. Изолированное повреждение нервов чаще имело место при травмах дистальных отделов верхних конечностей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В целом всем детям в экстренном порядке были выполнены оперативные вмешательства, в ходе которых непрерывность изолированно повреждённого нервного ствола была восстановлена путём наложения эпинеуральных швов атравматической нитью Ethilon 8/0. В экстренном порядке восстановление нервов позволяло без особого натяжения наложить эпинеуральные швы между концами нервных стволов благодаря эластичности мягких тканей и мышц, чего не наблюдалось при плановых восстановлениях из-за рубцово-спаечного процесса.

Первые 2 мес. после оказания специализированной микрохирургической помощи детям с повреждениями нервных стволов верхних конечностей нами учитывались как ближайший послеоперационный период. За этот срок раны зажили, и можно было делать первые выводы относительно качества проведённой операции и процесса реабилитации повреждённой конечности.

Также проводился клинический и объективный контроль за травмированной конечностью в целом. Объективная оценка проводилась путём электронейромиографии и предоставляла вполне достоверную информацию о результатах проводимого лечения. Электронейромиография выполняется при помощи миографа типа Neuroscreen (Phillips). Существенным преимуществом данного аппарата является наличие блока памяти. Фиксирование на экране осциллоскопа биоэлектрических процессов позволяет произвести необходимые расчёты, фотографировать.

Наиболее информативным и точным методом исследования является метод стимуляционной электромиографии. Он позволяет определить степень повреждения нервного ствола, реиннервацию нервно-мышечного аппарата, количественно дифференцировать замещающие движения, чрезвычайно развитые на кисти при повреждениях нервов. Для оценки состояния нервно-мышечного аппарата при денервации и в реиннервационном периоде необхо-



димо пользоваться исключительно накожными электродами. Их использование предпочтительнее в связи с регистрацией суммарных биоэлектрических потенциалов со всех двигательных единиц, находящихся под электродами. Для этой цели нужны стандартные биполярные электроды с регулируемым межэлектродным расстоянием. Один конец отводящего электрода располагается над сухожильной частью мышцы, другой над брюшком мышцы.

Объективный контроль за качеством проведённого хирургического и реабилитационного лечения проводился в период функциональных проявлений восстановления функции нервов после наложения швов, т.е. в функциональной фазе регенерации нервов. Следует подчеркнуть, что ЭНМГ исследование проводили детям (23) и локтевого (16) нервов на уровне предплечья.

При этом оценивали скорость прорастания аксонов (согласно номограмме А.А. Давлатова) за определённый промежуток времени и наличие чувствительности (простые и сложные) в автономной зоне иннервации реконструированного нерва. Следует отметить, что ввиду несовершенства детского организма к восприятию и выполнению сложных способов диагностики восстановления чувствительности, которые используются для взрослых, критериями оценки результатов восстановления нервов у малышей были: болевая, температурная и тактильная чувствительность, а также чувство локализации. Лишь пациентам школьного возраста мы, помимо вышеперечисленных способов, исследовали чувство двухмерного пространства, а также проводили электронейромиографическое обследование. На основании всех этих критериев оценки результатов реконструкции нервов мы разработали пятибалльную шкалу, по которой наибольший балл свидетельствует о полном восстановлении функции реконструированного нерва:

- 1 балл - отсутствуют все виды чувствительности, кроме болевой;
- 2 балла - имеется только болевая и тактильная чувствительность;
- 3 балла - имеются все виды простой чувствительности;
- 4 балла - все простые виды чувствительности и чувство локализации восстановились;
- 5 баллов - имеются все виды простой чувствительности, чувство локализации и двухмерного пространства.

По итогам этих оценок у 2 пациентов из 36 результаты соответствовали 4 баллам. У преимущественного (36) же числа детей с изолированными повреждениями нервов верхних конечностей экстренное наложение эпинеуральных швов обеспечило полное прорастание чувствительных и двигательных аксонов.

Удовлетворительная оценка была выставлена 11 детям младшей возрастной группы, которые не могли дифференцировать виды чувствительности. Также оценивали результаты регенерации нервных стволов на основании восстановления двигательной функции мышц конечности.

На результаты восстановления двигательной функции конечности влиял уровень повреждения. Чем выше был уровень травмы, тем хуже восстанавливалась двигательная функция мышц, ибо до прорастания аксонов по нервным стволам некоторые дистально расположенные мышцы успевали атрофироваться.

**Выводы.** Таким образом, после экстренного микрохирургического восстановления нервных стволов и выполнения ранней реабилитационной программы, можно независимо от тяжести и уровня повреждения нервных стволов верхних конечностей достичь желаемых результатов, что свидетельствует как о больших восстановительных способностях детского организма, так и о преимуществах качественного квалифицированного микрохирургического вмешательства, которое позволяет предотвратить тяжёлые осложнения и уменьшить число инвалидов детства, что имеет важное социально-экономическое значение в развитии здорового общества.

#### **Список литературы.**

1. Гречаный Е.И. Ультразвуковая диагностика повреждений периферических нервов при боевой травме /Е.И.Гречаный, Р.Я.Абдуллаев, Р.В. Бубнов // Международный медицинский журнал.- 2016.- №2.С. 96-100.
2. Глумчера Ф.С. Политравма: хирургия, травматология анестезиология, интенсивная терапия: учеб. Пособ.; под ред. Ф.С. Глумчера, П. Д. Фомина, Е.Г. Педаченко [и др.].-К.: Медицина, 2012.-736 с.
3. Одинаев М.Ф. Хирургическая тактика при дистальных поражениях нервных стволов верхних конечностей /М.Ф.Одинаев, Г.М.Ходжамурадов, А.Х. Шаймонов и др. //Вестник Авиценны. 2019.- №1 -С.83-89;
4. Говенько Ф.С. Невротизация трех крупных нервов при тракционном повреждении плечевого сплетения / Ф.С. Говенько, Д.Н. Монашенко, Д.С. Лукин , В.Н. Команцев, //Вестник Российской военно-медицинской академии 2012.С.12-19;

*Курбанов У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Холов Ш.И.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕГО ПОЛЮСА УШНЫХ РАКОВИН**

Кафедра хирургических дисциплин №1, ХГМУ. Таджикистан.  
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

**Актуальность.** Дефекты ушной раковины (УР) серьёзно сказываются на внешности человека и искажают естественную гармонию его лица. Эти пациенты имеют глубокие психические переживания и постоянные эстетические неудобства в каждодневной жизни.

Дефекты нижней части УР обычно формируются местными тканями. Для воссоздания недостающих тканей должны быть учтены величина утраченных тканей и расположение дефекта относительно окружающих подвижных лицевых структур, необходимо выкроить лоскуты похожие по цвету и толщине, вследствие чего предложены десятки способов местно-пластических операций [1]. Однако существующие на сегодняшний день способы оперативных вмешательств эффективны не во всех случаях дефекта нижнего полюса ушной раковины.

**Цель работы.** Анализ результатов использования васкуляризованной фасции височной области и существующих способов реконструкции нижнего полюса ушной раковины.

**Материал и методы.** С дефектами нижнего полюса ушной раковины в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ за период 2000 по 2018 гг. обратились 14 больных в возрасте от 15 до 30 лет. Лиц женского пола было 6, мужского – 8. В 8 случаях дефекты нижнего полюса УР были приобретёнными и в 6 – врождёнными. Приобретённые дефекты возникли вследствие укуса (7), перенесённого фурункулёза (1) и получения травмы острым предметом (6). Пациенты обратились для реконструкции в сроках от 2 до 7 лет после потери части ушной раковины, а с врождёнными дефектами – в возрасте от 14 до 27 лет. Среди дефектов нижнего полюса УР чаще всего встречались дефекты мочки уха. В 4 случаях, наряду с мочкой, отсутствовал также край нижней части завитка. Правостороннее поражение было в 9 случаях и левостороннее – в 5. В каждом случае выбор способа коррекции нижнего полюса УР был индивидуальным, в зависимости от размера и формы дефекта. Способ формирования мочки уха по В.И. Мессину (1970) заключается в выкраивании лоскута на боковой поверхности шеи у становления мочки уха – это способ Gavello (XIX век), при котором применяется двойной «В» – образный лоскут из кожи заушной области у нижнего полюса УР на передней ножке. Лоскут складывается в виде «сэндвича», оба листка ушиваются друг с другом, и верхний край образовавшегося лоскута с двусторонним эпидермальным покровом подшивается к культю мочки уха. Недостатком данного способа является наличие рубцов по передней поверхности сформированной мочки и на видимой части заушной области. Для формирования мочки уха способ Gavello мы применили 2 больным. Приводим пример клинического применения данного способа.

Больная Р., 25 лет, поступила с диагнозом: посттравматический дефект мочки левой УР. Состояние после первого этапа реконструкции УР. При осмотре полностью отсутствует мочка левой УР. Антропометрические измерения УР: длина УР справа – 58 мм, слева – 40 мм., ширина ушной раковины – справа 40 мм, слева – 42 мм., ширина мочки – ушной раковины справа – 18 мм, слева – отсутствует. Цефалоаурикулярное расстояние: верхнее справа – 17 мм, слева – 17 мм, среднее справа – 20 мм, слева – 22 мм, нижнее справа – 17 мм, слева – отсутствует. Больной под эндотрахеальным наркозом произведено формирование мочки левой УР по методу Gavello.

Больной А., 30 лет, поступил с диагнозом посттравматический дефект нижней части завитка и мочки правой УР. При осмотре отмечался дефект нижней трети завитка и полное отсутствие мочки правой УР. Рубцы сформированы, без признаков гипертрофии и воспаления. Антропометрические измерения УР: длина УР справа – 38 мм, слева – 62 мм., ширина УР – справа 30 мм, слева – 36 мм, мочка справа – отсутствует, ширина мочки УР слева – 23 мм.

Под общим наркозом под оптическим увеличением острым и тупым путём выделена а. Temporalis superficialis ramus frontalis, которая имела магистральный тип разветвления. Во фронтальной области соответственно дефекту нижней части завитка и мочке правого уха (3,5 см x 2,5 см) в виде правосторонней трапеции лоскут выделен до фасции. Далее мобилизована сосудистая ножка ramus frontalis a. temporalis superficialis длиной 12 см. Лоскут сопоставлен с дефектом нижней трети завитка и мочки правого уха. В продольном направлении освежены и резецированы края культи УР, подготовлено ложе для лоскута. Размер дефекта УР составил 3,5 см x 0,5 см. В правой околоушной области до позадиушной области мочки острым и тупым путём подготовлен туннель для сосудистой ножки лобного лоскута. Через этот туннель лоскут перемещён на область дефекта края и мочки УР и ушит узловыми кожными швами атравматической нитью Nylon 5/0. Следует отметить, что по задней поверхности, вновь сформированной мочки правой УР, образовался кожный дефект размерами 1,0 см x 0,5 см. Для укрытия которого использован полнослойный кожный трансплантат из правой надключичной области. Донорская рана надключичной области ушита внутрикожным швом. Края донорской раны области лба мобилизованы, приближены друг к другу и ушиты узловыми швами. В завершении операции перемещённый несвободный лоскут на сосудистой ножке имеет компенсированное кровообращение. Эстетический вид УР удовлетворительный.

Другой пример клинического применения разработанного нового способа формирования мочки УР. Больная С., 15 лет, поступила с диагнозом: дефект мочки левой УР. С её слов 5 лет назад в результате обширного воспалительного процесса левая мочка УР подверглась некрозу. После заживления ран образовался дефект мочки уха. Местно полностью отсутствует левая мочка УР. Антропометрические измерения УР: длина УР справа – 60 мм, слева – 40 мм, ширина УР – справа 35 мм, слева – 35 мм, ширина мочки УР справа – 20 мм, слева мочка отсутствует. Больной под эндотрахеальным наркозом под оптическим увеличением произведено формирование мочки левой УР новым способом. Выделены а. temporalis superficialis, ramus frontalis с магистральным типом кровоснабжения. В области лба выкроен, соответствующий дефекту нижнего полюса УР (4,0 см x 2,0 см), прямоугольный кожно-жировой лоскут до фасции на сосудистой ножке ramus frontalis a. temporalis superficialis длиной 10 см. Лоскут уложен и сопоставлен с дефектом нижней трети завитка левой УР и мочки. Выполнен разрез кожи на участке дефекта нижнего полюса левой УР, освежены края кожи путём резекции рубцов. Кожа культи мочки УР мобилизована для создания задней стенки мочки уха. В околоушной области под кожей сформирован туннель, через который проведён выкроенный лоскут и уложена сосудистая ножка лоскута. Лоскут в косопоперечном направлении уложен на культю УР и ушит узловыми швами атравматической нитью Nylon 4/0, восполнив, таким образом, дефект мочки уха.

**Результаты и их обсуждение.** Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые лоскуты прижились без ишемии. Отдалённые результаты изучены у всех оперированных больных. Перемещённые лоскуты по цвету и контуру не отличались от окружающей ткани и были незаметными. Следует отметить, что после применения способа Gavello нами отмечены некоторые его недостатки. Во-первых, одновременное устранение дефекта мочки и нижней части завитка невозможно из-за недостаточности используемых тканей. Во-вторых, сформированная мочка значительно отличается от здоровой мочки. И, наконец, на видной части околоушной области, на шее образуются послеоперационные рубцы. Применение П-образного способа ограничено только случаями с врождённым отсутствием мочки, когда ткани ушной раковины рубцово не изменены.

Как известно, нижняя часть УР занимает 23% всей ушной раковины и её составляют нижняя часть завитка и мочка. Для воссоздания мочки УР разработаны различные способы перемещения лоскутов из позадиушной области

и шеи [1]. Однако в случаях, когда отмечается дефект не только мочки, но и нижней части завитка, требуется лоскут большого размера с определённой толщиной, чтобы можно было подгонять его размеры к размерам дефекта. Как правило, лоскуты на бассейне височной артерии выкраиваются для создания контуров и восполнения недостающего объёма тканей верхнего полюса УР и околоорбитальной области [1,2]. В новом способе предлагаем применить широко используемый лобный лоскут в коррекции нижней части УР. Выкроенный кожно-жировой лоскут, взятый из области лба можно уложить вдвое и заполнить дефект УР, при этом не требуется микрохирургического этапа операции, ткань лоскута соответствует по цвету и толщине мочки уха, а линия донорской раны проходит на границе волосистой части, вследствие чего рубцы не заметны и легко прикрываются.

Таким образом, предложенный новый способ реконструкции нижней части УР несвободным островковым лобным кожно-жировым лоскутом на бассейне поверхностной височной артерии (*ramus frontalis a. temporalis superficialis*) является оптимальным среди существующих для этой цели оперативных вмешательств.

#### **Список литературы**

1. Дефекты ушной раковины травматического характера и их хирургическое лечение / У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, З.Ф. Нуралиев, И.З. Саидов // Вестник Авиценны. – 2008. – № 4. – С. 18-28.
2. Krupp S. Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis / S.Krupp. Ecomed, Landsberg. – 2007.

*Курбанов С.Х., Абдулов М.С., Курбанов Х., Мираков Б.Т.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАБИЛЬНО УГЛОВОЙ ПЛАСТИНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЁННЫХ СИНДРОМОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА С КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ СРЕДИННОГО НЕРВА**

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

**Актуальность.** Повреждения дистального эпиметафиза лучевой кости встречаются в 11-30% всех переломов и в 90% - при переломах костей предплечья, причём наибольшее количество пострадавших относится к людям трудоспособного возраста и активного образа жизни. На внутрисуставные переломы этой локализации приходится от 25,2 до 41,2 % [1,2].

Опыт практической работы различных авторов свидетельствует о том, что с переломами костей предплечья связан высокий процент лечебных неудач, достигающий 30-60%. Причина неудач при лечении данного вида повреждений заключается в анатомо-функциональных и биомеханических особенностях предплечья, затрудняющих репозицию, стабилизацию и правильное сращение отломков. Как правило, неудовлетворительные результаты лечения связаны с оскольчатым характером перелома [3,4].

В настоящее время при переломах дистального эпиметафиза лучевой кости по-прежнему достаточно распространённым остаётся консервативное лечение пациентов. Однако попытки закрытой репозиции при внутрисуставных переломах дистального отдела лучевой кости со смещением редко приводит к точному восстановлению анатомии суставной поверхности лучевой кости. Оскольчатые переломы данной локализации, как правило, сопровождаются значительным смещением отломков, что затрудняет репозицию при внутрисуставных переломах. По этой причине, даже после удачно выполненной первичной репозиции, в последующем сохраняется высокий риск возникновения вторичного смещения отломков в гипсовой повязке, что приводит к развитию стойких нарушений функции лучезапястного сустава и суставов кисти, девиации последней, а также развитию посттравматических нейропатий и атрофии Зудека [5].

В связи с этим в последнее время для лечения внутрисуставных переломов дистального эпиметафиза лучевой кости всё широко используются оперативные методы лечения, среди которых можно выделить два основных: метод наружной фиксации (закрытая репозиция и остеосинтез с помощью аппаратов внешней фиксации различной пространственной ориентации); метод внутренней фиксации (открытая репозиция и остеосинтез накостными пластинами различной модификации).

**Цель исследования.** Улучшение анатомо-функциональных результатов оперативного лечения неправильно срастающихся переломов дистального эпиметафиза лучевой кости, осложнённых нейропатией срединного нерва, методом накостного остеосинтеза с одномоментным выполнением ревизии срединного нерва.

**Материал и методы исследования.** За период с 2016 по 2019 гг. в ортопедическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» оперировано 37 больных в возрасте от 20 до 55 лет с неправильно сросшимися переломами дистального отдела лучевой кости с применением накостного остеосинтеза пластинами с угловой стабильностью.

Необходимо отметить, что 26 пострадавших после получения травмы обращались в травматологические пункты по месту жительства, где им оказывалась квалифицированная медицинская помощь — закрытая репозиция лучевой кости с фиксацией гипсовой лангетой. По данным контрольной рентгенографии была выявлена неадекватность первичной репозиции, что стало причиной вторичного смещения костных отломков и было необходимо оперативное вмешательство. Давность от момента получения травмы у этих больных составила 1,5 -2 мес.

Для остеосинтеза переломов дистального конца лучевой кости применялись как ладонные, так и тыльные пластины с угловой стабильностью. При наличии у пациентов признаков посттравматической нейропатии срединного нерва, подтверждённой клинически и по данным электронейромиографического обследования, одномоментно с остеосинтезом выполнялась ревизия срединного нерва и рассечение ладонной карпальной связки.

Все операции выполнялись под общей анестезией под жгутом на функциональном ортопедическом операционном столе с обязательным применением электронно-оптического преобразователя. 27 больным применяли ладонные с угловой стабильностью пластинки, что позволяло совместить остеосинтез с невролизом срединного нерва, используя только один ладонный доступ типа Henry.

После оперативного вмешательства осуществлялась гипсовая иммобилизация оперированной конечности от головок пястных костей до верхней трети предплечья до 2 недель. После чего иммобилизация продолжалась с применением съемного жесткого ортеза. С первых суток после операции пациенту рекомендовалась активно-пассивная гимнастика для пальцев кисти с курсами физиотерапевтического лечения и медикаментозной терапии.

**Результаты исследования и обсуждение.** Результаты оперативного лечения пациентов с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости прослежены на срок до 3 лет и оценивались с помощью клиника – рентгенологических данных и шкалы опросников. Получены следующие результаты лечения: отлично — 12, хорошо — 17, удовлетворительно — 7, неудовлетворительно — 1. Таким образом, хорошие и отличные результаты лечения достигнуты 97,2%. Среди неудовлетворительных результатов у одного больного (2,8%) отмечалось нагноение послеоперационной раны и контрактура лучезапястного сустава. Пациент получил соответствующее лечение.

**Выводы.** Таким образом, наkostный остеосинтез пластинами с угловой стабильностью является залогом отличных и хороших результатов до 97% при оперативном лечении переломов дистального отдела лучевой кости. Преимуществом пластинки с угловой стабильностью является возможность максимально точного восстановления анатомии лучевой кости, ревизия срединного нерва при ладонном доступе, стабильность фиксации костных отломков вне зависимости от состояния кости, отсутствие необходимости в иммобилизации на всём периоде сращения кости и возможность раннего функционального лечения.

Однако не следует забывать, что подавляющее большинство пострадавших с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости лечится консервативно, но при этом доля неудовлетворительных результатов по прежнему велика, что обуславливает необходимость в разработке и внедрении оптимальных методов лечения.

#### **Список литературы.**

1. Classification of distal radius fractures: an analysis of interobserver reliability and intraobserver reproducibility/ D.J.Andersen et al. // J.Hand Surg. 1996. Vol. 21A. P.574-582.
2. McMurtry R.Y., Jupiter J.B. Fractures of the distal radius// Skeletal Trauma/ Browner B.D., Jupiter J.B., Levine A.M., Trafton P.G. (eds.). Philadelphia: Saunders, 1992. P. 1063-1094.
3. Stern H.S. Key Techniques in Orthopaedic Surgery. Thieme, 2001. P 81-84.
4. Ошибки и осложнения при лечении переломов аппаратами Илизарова/ Ш.А. Баймагабетов и др. // Всерос. науч.-практ. конф. «Современные технологии в травматологии и ортопедии»: сб. тез. М., 2005. С. 48.
5. Лазарев А.Ф., Солод В.И. Биологический погружной остеосинтез на современном этапе // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2003. №3. С.20-26.

**Курбанов У.А.<sup>1,2</sup>, Джанобилова С.М.<sup>1</sup>, Холов Ш.И.<sup>1,2</sup>**

#### **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ОКОНЧАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА РЕПЛАНТАЦИИ ПОЛНОСТЬЮ АМПУТИРОВАННОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧЕРЕЗ 16 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**

<sup>1</sup> ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», Дангара

<sup>2</sup> Отделение реконструктивной и пластической микрохирургии, «РНЦССХ»

**Актуальность.** Ампутация полового члена - это редкая, тяжёлая генитальная травма. В мировой статистике встречается от 2% до 5% среди всех повреждений половых органов у лиц мужского пола. Потеря полового члена, независимо от причины её возникновения и возраста пациента, является трагедией для всей семьи, приводящая к тяжёлой физической и моральной травме, снижая качество их жизни [1,2,3,4].

**Цель исследования.** Описать отдалённые функциональные результаты реплантированного полового члена (прослеженные в течение 16 лет после операции).

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования послужил случай клинического наблюдения больного с полностью ампутированным половым членом в результате неудачно выполненной циркумцизии знахарем. Больной в возрасте 6 лет (2004) был доставлен в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии через 20 минут после получения травмы – ампутации полового члена на уровне его средней трети в среднетяжёлом состоянии.

Больному была проведена операция – «микрохирургическая реплантация ампутированного полового члена» с успешным результатом. В ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде для оценки функционального состояния реплантированного органа применены исследование урофлоуметрии, ультразвуковое исследование с доплерографией сосудов, спермограмма.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде отмечалось полное приживание реплантированного полового члена. Для облегчения мочеиспускания (после удаления катетера) и уменьшения тяжести отёчных тканей на фоне ещё неудалённого катетера на 7-е сутки была выполнена циркумцизия реплантированного полового члена. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки после операции. Промежуточный результат реплантации полового члена был оценён через 10 лет после операции, в подростковом возрасте в период полового созревания пациента. Искривления ствола полового члена не наблюдалось. Послеоперационный циркулярный рубец располагался на проксимальном уровне ствола полового члена, был оформленным, почти незаметным, тонким и гладким. Эректильная функция полового члена не нарушена. Длина полового члена в состоянии покоя составляла 8 см, в состоянии эрекции - 13 см. По урофлоуметрическим показателям определялся нормокинетический тип кривой мочеиспускания. Рубцового сужения пениальной части мочеиспускательного канала не наблюдалось. Показатели ультразвукового исследования с доплерографией сосудов полового члена были в норме, индекс резистентности составил более 0,85. Спермограмма соответствовала физиологическим нормам лиц мужского пола данной возрастной группы. У исследуемого отмечался хороший эстетический и уродинамический функциональный результат микрохирургической реплантации полового члена.

Психоземotionalное состояние и оценка качества жизни, согласно опроснику, показали, что пациент вполне доволен результатом операции. Пациенту в момент контрольного обследования 17 лет.

Пациент женился в возрасте 21 года, в совершении естественного полового акта не имеет физических и психологических затруднений и считает себя сексуально полноценным, не имеет комплекса в связи с эстетической формой и размером полового члена, ночная и утренняя эрекция полноценная. Отдалённый результат свидетельствует о том, что у пациента сохранена кожная тактильная чувствительность в реплантационном половом члене, что способствовало появлению сексуальных ощущений и улучшению качества жизни. Молодой мужчина с реплантационным в детстве половым членом живёт полноценной жизнью, имеет одного ребёнка.

В контрольном осмотре, проведённом спустя 16 лет длина полового члена 10 см, в состоянии эрекции удлиняется до 15 см. Мочиспускание без нарушений, струя мочи обычная. При проведении урофлоуметрии показатели мочеиспускания приближены к норме, кривая урофлоуметрии напоминает колокол.

Единственным оптимальным способом лечения таких травм является оперативное вмешательство, а в случаях травматической ампутации полового члена - реплантация органа, ограниченная случаями неполной ампутации пениса или при сохранности ампутированной части [4].

Успешная реплантация травматически отчленённого полового члена возможна применением микрохирургической техники и оптического увеличения, при условии своевременной доставки больных и сохранности ампутированного сегмента. Наш небольшой опыт показывает, что во всех возможных случаях нужно попытаться реплантировать оторванную часть органа. Реплантированный половой член развивается пропорционально росту самого организма и к достижению половозрелого возраста эректильная его функция сохраняется полностью.

**Заключение.** Реплантацию полового члена рекомендуется выполнять при любых возможных случаях. Полученные нами результаты в ходе длительного наблюдения свидетельствуют о важности своевременного оказания специализированного микрохирургического вмешательства при травматических ампутациях полового члена и правильного ведения больного в послеоперационном периоде для полноценного восстановления мочевыделительной и эректильной функции полового члена, его эстетического вида, успешных результатов физического состояния органа, морального состояния и качества жизни пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран О.Б. Хирургическое лечение ампутаций полового члена / О.Б. Лоран [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2001. – Т. 2, – № 1. – С. 49 – 52.
2. Воробьев В.А. Редкий клинический случай. Формирование искусственной уретры после ампутации полового члена / В.А. Воробьев, В.А. Белобородов // Acta Biomedica Scientifica. – 2017. – Т. 2, – № 6 (118). – С. 104 – 109.
3. Файзулин А.К. Лечение детей с ампутациями полового члена / А.К. Файзулин, И.В. Поддубный, Е.В. Федорова, И.С. Беспалова // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. Т. 2, – № 3. – С. 34 – 40.
4. Курбанов У.А. Промежуточные результаты реплантации полового члена / У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, Ш.И. Холов // Вестник Авиценны. – 2015. Т. 65, – № 4. – С. 7 – 12.

*Курбанов Х.Х., Достиев У.А., Табаров З., В., Сафаров Ф.А.*

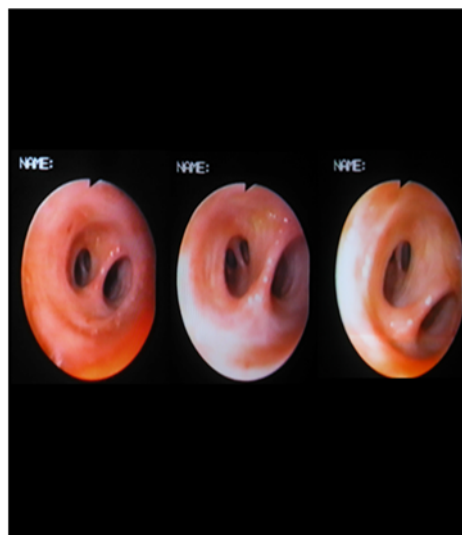
#### СТАНДАРТНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛЕДОСКОПИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

ГУ Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ, ГКБ СМП кафедра хирургических болезней №1, кафедра инновационных технологий и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

#### Клиническое наблюдение.

Современные лучевые методы являются ведущими методами диагностики поражения желчных путей. Однако в ряде клинических наблюдений весь диагностический комплекс, включающий транскутанное ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), магнитнорезонансную холангиопанкреатографию (МРХГ) и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), не позволяет установить верный диагноз. В таких клинических ситуациях, когда трудно дифференцировать характер поражения желчных путей, у больных с подозрением на опухоль проксимальных желчных протоков, синдром Мириizzi и рак желчного пузыря целесообразно использовать интраоперационную холангиоскопию.

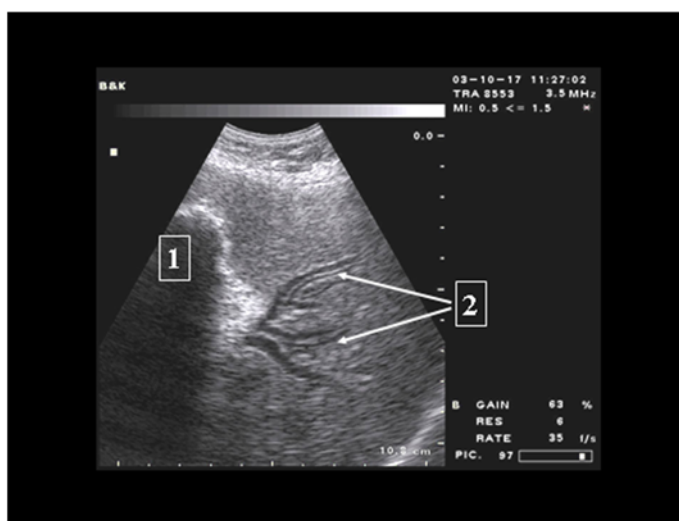
Холедоскоп - метод прямой эндоскопической визуализации желчных путей [1,2].



Холангиоскопия производится на операционном столе при вскрытии холедоха специальным узкоканальным холедохоскопом диаметром 4-5мм. (Рис.1,2). Холедохоскоп вводится через отверстие в общий желчный проток и позволяет осмотреть желчные пути на всем протяжении. Наиболее полноценное холангиоскопическое исследование возможно с использованием стандартных аппаратов с управляемым дистальным концом, позволяющим изменять направление обзора, осматривать долевые и даже сегментарные желчные протоки (Рис.2), и, кроме того, выполнять биопсию опухоли, либо извлекать конкременты под прямым визуальным контролем.

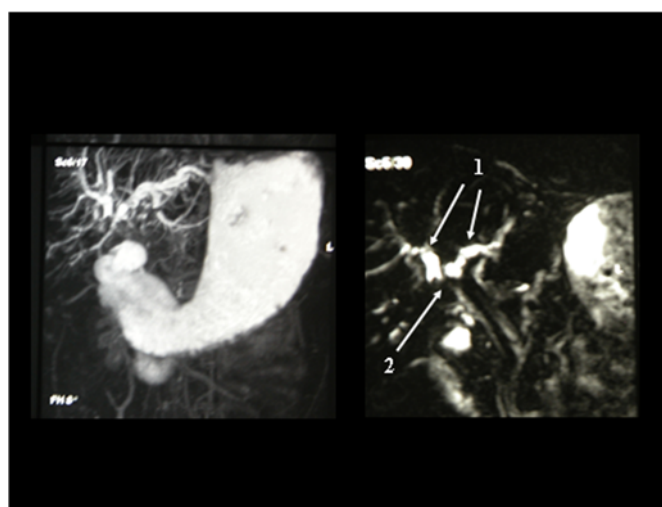
Холангиоскопия показана пациентам с трудно диагностируемыми заболеваниями желчных путей как метод уточняющей диагностики (визуальная оценка желчных путей, биопсия), обладающий возможностями лечебных манипуляций (удаление камней, стентирование). Показаниями к холангиоскопии служит подозрение на опухоль проксимальных желчных путей (опухоль Клатскина), синдром Мириizzi, рак желчного пузыря.

Клиническое наблюдение. Больная А., 67лет, поступила в Институт с клинической картиной неосложненной желчнокаменной болезни для выполнения традиционной холецистэктомии. Картина заболевания не вызывала подозрений за поражение желчных путей. При обследовании в институте при ультразвуковом исследовании в проекции желчного пузыря был выявлен конгломерат конкрементов, заполняющий значительно деформированный увеличенный желчный пузырь. Конгломерат конкрементов, дающий единую акустическую тень, распространялся на область слияния долевых желчных протоков.



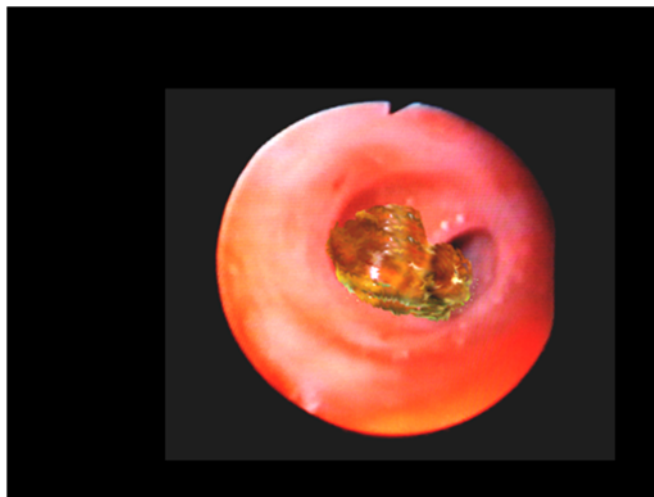
Кроме этого, было обнаружено умеренное расширение внутрипеченочных сегментарных и субсегментарных желчных протоков левой доли печени (Рис.3). При УЗИ создавалось впечатление наличия «мягкотканной» структуры с неясными контурами вблизи конfluence желчных путей. Возникло подозрение на опухоль Клатскина. Было выполнено СКТ исследование с болюсным контрастным усилением и МРХПГ. По данным СКТ дифференцировать между опухолью Клатскина, синдромом Мириizzi и раком желчного пузыря, распространяющегося на область слияния желчных путей, не представлялось возможным. МРХПГ подтверждала данные УЗИ и СКТ (Рис.4).

В связи с неясностью диагноза была выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография в условиях ГКБ СМП г.Душанбе. После контрастирования желчных путей был выявлен дефект наполнения в области конfluence, но однозначно судить о его характере не представлялось возможным (Рис.4).



На операционном столе после холецистэктомия через пузырный проток проведен холангиоскоп. Холангиоскопия выявила конгломерат конкрементов плотно выполняющий просвет желчных путей в области конfluence и отсутствие признаков опухолевого поражения протоков (Рис.5).





Был установлен диагноз синдрома Мирizzi. Выполнена холецистэктомия и бигепатикоэнтеростомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Послеоперационное течение без особенностей.

Приведенное наблюдение применения интраоперационной холангиоскопии демонстрирует возможности высокоинформативной диагностики сложных в клиническом и диагностическом отношении случаев поражения желчных путей.

#### Список литературы:

1. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П., Кубачев К.Г., Лисицин А.А. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и ее осложнения // Учебное пособие для врачей. -СПбМАПО, 2001.-188с.
2. Сацукевич В.Н., Пикуза В.И. Новые возможности в лечении механической желтухи и холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. -1996.-Т.1.-№1.-62.
3. Стрекаловский В.П., Котовский А.Е., Графская Н.Д., Горев М.П. Эндоскопическая ретроградная холангиоскопия у больных после операций на большом дуоденальном сосочке. Материалы Всесоюзной конф. по хирургии печени и желчных путей. Ташкент, 1991, стр.154-155.
4. Стрекаловский В.П., Котовский А.Е., Графская Н.Д., Горев М.П. Эндоскопическая ретроградная холангиоскопия. Вестник хирургии им.И.И.Грекова 1993, N. 3.
5. Madani A, Badawy A, Henry C, Nicolet J, Vons C, Smadia C, Franco D. Laparoscopic cholecystectomy in cholecystitis // Chirurgie. -1999. –Vol.124.-№2.-P.171-176.
6. Sabharwal A.J., Minford E.J., Marson L.P. et.al Laparoscopic cholangiography: a prospective study // Br.J.Surg.-1998.-Vol.85. –P.624-626.

*Курулбаев М.М., Халиярова Г. Д., Мадаминов Р.М.*

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кафедра хирургических болезней Ташкентской Медицинской Академии. Узбекистан

**Актуальность:** Интенсивная терапия больных с различными формами острого панкреатита на ранних стадиях остается актуальной и сложно решаемой проблемой современной клинической медицины. Сегодня в большинстве клиник Узбекистана при постановке больному клинического диагноза острого панкреатита используют международную классификацию, принятую в Атланте (США) (2004), которая основана на выделении внутри брюшных и системных осложнений с учетом фазового развития воспалительного и деструктивного процессов, а также тяжести течения [1,3]. В настоящее время чаще всего в условиях стационара при стерильном панкреонекрозе выбирается тактика с использованием многокомпонентной терапии в условиях отделений интенсивной терапии и реанимации. [3,4]. За последнее время тактика ведения больных острым панкреатитом эволюционировала от агрессивной хирургической до консервативной выжидательной. Одним из наиболее эффективных методов, применяемых при остром панкреатите, является лимфотропная терапия . [1,4].

**Цель исследования:** Оценка эффективности лимфотропную терапию в лечении острого панкреатита.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ клинического течения и мероприятий по комплексной терапии 190 больных со острым панкреатитом за период 2015—2019 гг в отделении экстренной хирургии ГКБ № 1(г. Ташкент , Республика Узбекистан) . Возраст больных колебался от 20 до 71 лет, средний возраст составил 34,4±1,4 лет. Женщин было – 113 (59.5 %), мужчин – 77 (40.5 %). Причинами развития острого панкреатита были: билиарная - у 107 (56.31%), алиментарная - у 40 (21.05%), алкогольная - у 32 (16.8%), травматическая - у 7 (3.7%), после ЭПСТ-4 (2.1%) пациента. Больных разделили по модифицированной классификации Атланта (2004) - легкая степень острого панкреатита была у 100 (52.6%) больных, средняя степень – у 77 (40.5%), тяжелая - у 13 (6.84%). Диагноз острого панкреатита устанавливали по комплексу клинических, биохимических, инструментальных исследований (УЗИ брюшной полости, ЭГДФС, при необходимости диагностическая лапароскопия). Всем больным проводилось УЗИ брюшной полости для оценки объема поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и состояния билиарного тракта, определялось наличие свободной жидкости в брюшной полости. Для облегчение анализов результатов лечение пациентов разделили на две группы. Группы сопоставимы по возрасту и срокам от начала консервативной терапии. Контрольная группа – 145 (76.32%) больных получивший



традиционный метод лечения: голод, холод в области эпигастрии, покой, ингибирование секреции поджелудочной железы, активную реологическую терапию, адекватное инфузионное лечение, ингибирование протеаз, антиоксидантную и антибиотическую терапию.

В контрольной группе оперировано 16 больных с ОП, зависимости от распространенности процесса выбирали завершающий этап оперативного вмешательства. При распространении патологического процесса на окружающие ткани, наличие перипанкреатита выполняли тампонирование полости сальниковой сумки с наложением оментобурстостомы (4 больным). При очаговом поражении поджелудочной железы проводили санацию сальниковой сумки с ее дренированием для проведения лаважа сальниковой сумки в послеоперационном периоде. В плановом порядке 3 больным произведено санационная релапаротомия. Послеоперационные осложнения 17.2%. Летальность 16.9%.

Основная группа - 45 (23.7%) пациентов с острым панкреатитом которые было Лечение начинали сразу после поступления в стационар; 9 больные были оперированы, произведена некрэктомия с дренированием полости малого сальника и брыжейки поперечной ободочной кишки. Больным после операции включили лимфотропную терапию через установленный дренаж: вводили 0,5 % раствор Новокаина, затем последовательно Гепарин, Лазикс, Контрикал, Сандостатин, антибиотик широкого спектра действия. Инфузионная терапия проводили непосредственно с момента госпитализации. На первом этапе лечения ОП основными инфузионными средствами были кристаллоидные растворы. Применяли 0,9% изотонический раствор Натрия хлорида, раствор Рингера Локка, Электроплус, Ацесоль.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исходная тяжесть состояния больных определялась различным объемом поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Эффективность лечебных мероприятий у 190 и больных оценивали по течению и исходу заболевания в течение первых 14 и суток от момента госпитализации, а также развитию местных осложнений (скопление жидкости при ПН). Эффективность лимфотропную терапию оценивали по динамике изменений панкреатической амилазы, а также, по количеству койко-дней. У больных в основной группы облегчения наступила на 3 сутке после начало лечение. Летальность не было.

Основную группу содержание  $\alpha$ -амилаза крови достоверно отличалось и было ниже. ( $234.6, 0 \pm 7, 2$  ммоль /л против  $345, 7 \pm 9, 2$  ммоль/л). Средняя длительность госпитализации для пациентов основной группы составила  $11, 5 \pm 7, 5$  к/д, контрольной –  $17 \pm 8, 2$  к/д.

**Выводы.** При проведении анализа эффективности лечения больных острым панкреатитом в течение первых недель от момента госпитализации выявлено, что различные элементы комплексной терапии влияют на исход заболевания, прогноз течения и развития местных осложнений. Таким образом, на снижение летальности при ОП оказывают влияние лимфотропная терапия. Полученные результаты демонстрируют эффективность использования ЛТ. Применение ЛТ в острого панкреатита ускоряет выздоровление больных с острым панкреатитом.

#### Список литературы

1. Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В., Лаптев В. В. и соавт. Дуодено скопические вмешательства в лечении токсической фазы панкрео некроза. Анналы хирургической гепатологии 2005; 10 (3): 95—100.
2. Бутров А. В., Яковлева Ю. В., Борисов А. Ю., Рыбина Д. Н. Современные коллоидные плазмозамещающие растворы в интенсивной терапии гиповолемии. Consilium medicum. Приложение. Хирургия. 2005; 2: 32—35.
3. Ступин В. А., Михайлулов С. В., Лаптев В. В. и соавт. Роль эндоскопической назоинтестинальной интубации в лечении стерильного панкреонекроза. Сборник научных работ, посвященный 25летию городской клинической больницы №15 г. Москвы имени О. М. Филатова. М.; 2006. 248—254.
4. Нестеренко Ю. А., Лаптев В. В., Михайлулов С. В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. М.; 2004. 304.

*Леонтьев А.В., Гришина Е.А., Шишин К.В.*

### АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПРИ РЕКТАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛУЧЕВОГО ПРОКТИТА

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова ДЗМ. Россия.

**Актуальность.** В настоящее время лучевая терапия широко и эффективно применяется в лечении пациентов со злокачественными опухолями малого таза различной локализации. Зачастую при достижении полного регресса опухоли на фоне проведенного лечения, у 5 % пациентов возникают поздние лучевые повреждения прямой кишки. Самым частым таким осложнением лучевой терапии является хронический лучевой проктит. Клинические проявления которого возникают через несколько месяцев после проведенного лечения. Ректальное кровотечение является основным симптомом более чем у 80 % больных с поздними лучевыми повреждениями прямой кишки. В результате сложных патогенетических механизмов под действием лучевой терапии в подслизистом слое прямой кишки происходит развитие облитерирующего эндартериита и образование новых сосудистых сплетений в виде телеангиоэктазий, которые и являются источниками кровотечения. Данные кровотечения имеют рецидивирующее течение, зачастую не поддаются консервативной терапии и приводят к развитию анемии различной степени тяжести. Применение эндоскопических технологий с целью коагуляции слизистой прямой кишки могут быть использованы в лечении пациентов с ректальными кровотечениями на фоне лучевого проктита.

**Цель исследования.** Изучить эффективность применения аргоноплазменной коагуляции слизистой прямой кишки при ректальных кровотечениях на фоне хронического лучевого проктита.

**Материал и методы исследования.** 4 пациентам с клиническим диагнозом хронический лучевой проктит 2-3 степени по RTOG/EORC, осложненным рецидивирующими прямокишечными кровотечениями и анемией средней

степени тяжести была выполнена эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция слизистой прямой кишки. Среди данных пациентов было 3 мужчин, которым ранее была проведена лучевая терапия по поводу рака простаты, и 1 женщина, ранее прошедшая комбинированное лечение по поводу рака тела матки. На момент прохождения лечения рецидива и прогрессии онкологического заболевания у данных пациентов не было. Аргоноплазменная коагуляция проводилась в условиях стационара по внутривенной седации.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст пациентов составил  $72,0 \pm 6,32$  года. У всех пациентов первые клинические проявления лучевого проктита появились больше чем через полгода после окончания лучевой терапии и в среднем составили  $23,0 \pm 10,39$  месяца. Длительность проведения аргоноплазменной коагуляции слизистой прямой кишки была  $26,0 \pm 8,3$  минут. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Все пациенты отметили прекращение выделения крови из прямой кишки. Через месяц после проведения аргоноплазменной коагуляции слизистой прямой кишки пациентам была выполнена проктоскопия, по данным которой значительно снизилась степень выраженности телеангиоэктазий.

По данным литературы аргоноплазменная коагуляция является эффективной методикой в лечении больных хроническим лучевым проктитом. Однако частота осложнений данной методики может достигать 30 % и зависит от степени тяжести поражения прямой кишки и опыта эндоскопического хирурга. В отдаленном послеоперационном периоде могут возникать осложнения в виде язв, свищей и стриктур прямой кишки, что напрямую связано с выбором режима коагуляции слизистой прямой кишки.

**Выводы.** Аргоноплазменная коагуляция является эффективным методом лечения ректальных кровотечений, возникших на фоне хронического лучевого проктита. Однако для оценки безопасности применения данной методики в отдаленном периоде требуется дальнейшее изучение.

#### Список литературы:

1. Laterza, L. Management of radiation-induced rectal bleeding / L. Laterza, P. Cecinato, A. Guido et al. // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2013. – № 15 (11). – p.355.
2. Lenz, L. Chronic radiation proctopathy: A practical review of endoscopic treatment / L. Lenz, R. Rohr, F. Nakao, E. Libera, A. Ferrari // World J Gastrointest Surg. - 2016. - №8(2). - p.151-160.
3. Ma, T.H. Formalin irrigation for hemorrhagic chronic radiation proctitis. / T.H. Ma, Z.X. Yuan, Q.H. Zhong et al // World J Gastroenterol. - 2015. - №21(12). - p. 3593-3598.
4. Sarin, A. Management of radiation proctitis. / A. Sarin, B. Safar // Gastroenterol Clin North Am. - 2013. - №42. - p.913-925.
5. Weiner, J.P. Endoscopic and non-endoscopic approaches for the management of radiation-induced rectal bleeding / J.P. Weiner, A.T. Wong, D. Schwartz, M. Martinez, A. Aytaman, D. Schreiber // World J Gastroenterol. - 2016. - №22(31). - p.6972-86.

*Мавджудов М.М., Сайдалиев Ш.Ш., Сафарходжаев С.С, Мудинов С.М.*

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДУОДЕНОСТЕНОЗА С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ

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

**Актуальность.** На фоне успехов в лечении неосложненной язвенной болезни, растет число операций по поводу сочетанных осложнений язв [2,5]. По данным М.Д. Дибирова и соавт. [2], пенетрирующая пилородуоденальная язва сочеталась с другими осложнениями у 56,2% больных. Частота сочетания пенетрации с рубцово-язвенным дуоденостенозом (РЯДС) колеблется в широких пределах - от 23,1 - 60,9% [1,3].

В повседневной работе оперирующих врачей возможность применения органосохраняющих операций при стенозирующих пенетрирующих язвах ДПК рассматривается редко. Большинство хирургов являются сторонниками применения резекции желудка при любом сочетании осложнений [4], лишь отдельные авторы отдают предпочтение радикальным органосохраняющим операциям с ваготомией [1,5].

**Материал и методы исследования.** Материалом для настоящего исследования служили результаты обследования и хирургического лечения 182 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом, сочетающимся с пенетрацией язвы, которым выполнены различные способы органосохраняющих операций в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) или без СПВ.

В зависимости от способа восстановления проходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК) больные распределены на три группы: первая – 90 больных, у которых выполнена СПВ в сочетании с дуоденопластикой (СПВ+ДП); вторая – 60 больных, которым выполнена СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями (СПВ+ДО) типа поперечного гастродуоденоанастомоза (52), ГДА по Жабуле (2), пилоропластики по Финнею (6); третья – 32 больных, у которых применены дуоденопластика или дренирующие желудок операции без СПВ. В зависимости от стадии РЯДС больные распределены следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от стадии стеноза

Стадия стеноза	I группа (СПВ+ДП) (n=90)	II группа (СПВ+ДО) (n=60)	III группа (ДП – ДО) (n=32)	Всего
Компенсированная	26 (28,9%)	5 (8,3%)	-	31(37,2%)
Субкомпенсированная	44 (48,9%)	29 (48,4%)	-	73 (97,2%)
Декомпенсированная	20 (22,2%)	26 (43,3%)	32	78 (66, 1%)
Итого	90 (49,5%)	60 (33,0%)	32 (17, 5%)	182 (100%)

**Результаты исследования и их обсуждение.** Пенетрация язвы является имманентным свойством и основным патогенетическим механизмом развития рубцово-язвенных дуоденостенозов. Она диагностировалась интраоперационно и была представлена в виде трех морфологических форм: язвенно-инфильтративная (16,8%), язвенно-рубцовая (18,2%) и рубцовая (65%) формы. Морфологическая характеристика пенетрации у больных РЯДС по данным интраоперационной ревизии представлена в табл. 2.

Таблица 2

Группы больных	Язвенно-инфильтративная	Язвенно-рубцовая	Рубцовая
I группа (СПВ+ДП) (n=90)	3 (3,3%)	17 (18,9%)	70 (77,8%)
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	12 (20%)	12 (20%)	36 (60%)
III группа (ДП – ДО) (n=32)	5 (15, 6%)	6 (18,8%)	21 (65,6%)
Итого (n=182)	20 (11,0%)	35(19,2%)	127(69,8%)

По нашим данным, наиболее часто пенетрация язв происходила в печеночно-дуоденальную связку (57,4%), поджелудочную железу(10,2%) и одновременно в печеночно-дуоденальную связку поджелудочную железу (32,4%).

Наличие ХНДП является препятствием для применения СПВ с ДО операциями и РЖ по первому способу Бильрота. Наличие ХНДП у больных РЯДС считают противопоказанием к применению органосохраняющих операций с ваготомией.

Показанием к применению РЖ явился декомпенсированный стеноз у 175 больных, наличие сопутствующего ХНДП – у 17, дивертикула ДПК – у 3, медиагастральной язвы – у 5, грубые анатомические нарушения в пилорoduоденальной зоне вследствие перенесенной ранее операции ушивания перфоративной язвы – у 10 больных.

Альтернативой РЖ при пенетрирующих стенозирующих язвах является СПВ с ДП или ДО. По отношению к пилорическому сфинктеру мы выделяем: пилоростеноз (5,5%), луковичный дуоденостеноз с вовлечением в рубцово-язвенный процесс привратника (17,1%), луковичный дуоденостеноз без вовлечения привратника (35,7%) и залуковичный стеноз (41,7%) (табл. 3).

Таблица 3

Группы больных	Локализация стеноза			
	Пилоростеноз	Луковичный дуоденостеноз с вовл. приврат.	Луковичный дуоденостеноз без вовл. приврат.	Залуковичный дуоденостеноз
I группа (СПВ+ДП)(n=90)	-	5(5,5%)	27(30%)	58(64,5%)
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	7(11,6%)	24 (40%)	25(41,7%)	4(6,7%)
III группа (ДП – ДО) (n=32)	3(9,4%)	2(6,2%)	13(40,6%)	14(43,8%)
Итого (n=182)	10(5,5%)	31(17,1%)	65(35,7%)	76(41,7%)

Из 182 больных, которым выполнены органосохраняющие операции, у 138(75,8%) выявили циркулярный (кисетный) стеноз, а у 44(24,2%) – протяженный (трубчатый) стеноз. ДП проводили по типу пилоропластики по Финнею (но без разрушения привратника) – у 68(37,4%), атипичного варианта Финнея – у 6(3,3%), 2-го типа Финнея – у 5(2,7%), ДП с дозированной пилоротомией – у 5(2,7%), по Таннеру-Кенеди – у 7(3,8%), бульбодуоденостомии – у 20(11,0%) больных. В качестве дренирующей желудок операции применены: поперечный гастродуоденоанастомоз – у 59(32,4%), гастродуоденоанастомоз по Жабуле – у 4(2,2%), - пилоропластика по Финнею – у 8(4,4%) больных.

Применение органосохраняющих операций с ваготомией и без неё сопровождались минимальным числом послеоперационных осложнений. Частота послеоперационных осложнений СПВ+ДП составила - 7,7%, релапаротомии –1,1%, летальные исходы не наблюдались. Послеоперационные осложнения СПВ+ДО составили- 20,0%, релапаротомия – 1,7%, летальность – 1,7%. У 32 (17,6%) больных с высоким операционно-анестезиологическим риском при крайне выраженной стадии стеноза, наличии гастрогенной тетании стремились минимизировать объем операции путем выполнения органосохраняющих операции без ваготомии, т.е. восстановление проходимости ДПК путем изолированной ДП или ДО. Результаты этих операций у всех больных были благоприятными, транзиторный гастростаз II-III степени наблюдался у 5(15,6%) больных.

**Выводы.** Пенетрация является имманентным свойством стенозирующих дуоденальных язв, которая проявляется в виде трех морфологических форм. Операцией выбора при дуоденостенозе, сочетающимся с рубцовой и рубцово-язвенной формах пенетрации является СПВ с ДП. Выбор того или иного метода операции определяют стадия стеноза, степень декомпенсации МЭФ желудка, локализация стеноза, морфологическая форма пенетрации и наличие сопутствующих заболеваний желудка и ДПК. При выборе способа ДП или ДО необходимо придерживаться

топографо-анатомического и морфологического принципов. У больных с высоким операционно-анестезиологическим риском допустимо восстановление проходимости ДПК путем ДП или ДО без СПВ.

#### Список литературы

1. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии, 2009 Том 168, № 6. – С. 12 – 15.
2. Дибиров М.Д. Выбор метода лечения пенетрирующих пилоробульбарных язв, осложненных кровотечением / М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, В.К. Гаджимурадов // Вестник ДГМА. - 2017. - №1(22). – С. 48-51.
3. Кодиров Ф.Д. Современные хирургические технологии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ф.Д. Кодиров. - Душанбе, 2018. – 46 с.
4. Косенко П.М. [и др.] Диагностика и лечение сочетанного рубцово-язвенного стеноза у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки при органосохраняющих операциях / П.М. Косенко [и др.] // Вестник ДВГМУ. - 2019. - №1. – С. 22-26.
5. Курбонов, К.М. Органосохраняющие методы операций при перфорации гастродуоденальных язв, сочетающихся с пенетрацией и стенозом // К.М. Курбонов, Ф.Ш. Сафаров, М.Г. Хамидов // Вестник Авиценны. - 2010. - №2. - С. 26-28.

**Мавджудов М.М., Сайдалиев Ш.Ш., Эрмунинов И.Т., Худойшукрзода М.Х.**  
**ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ДУОДЕНОСТЕНОЗА**  
**С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ**

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

**Актуальность.** Наиболее распространенным осложнением язвенной болезни является дуоденальный стеноз, встречающийся у 17 - 57% пациентов с сочетанными осложнениями [1]. Частота сочетания пенетрации с рубцово-язвенным дуоденостенозом (РЯДС) колеблется в широких пределах - от 23,1 до 60,9% [3,4,5].

В повседневной работе хирургов хирургическая тактика при сочетании РЯДС с пенетрацией язвы сильно варьирует. Ряд хирургов являются сторонниками применения резекции желудка при любом сочетании осложнений [2,5], другие отдают предпочтение радикальным органосохраняющим операциям с ваготомией [1,4], третьи применяют паллиативные жизнеспасающие операции с целью устранения осложнений, четвертые являются сторонниками дифференцированного выбора метода операции [1,2]. Результаты резекции желудка нельзя признать удовлетворительными вследствие высокой летальности и значительного числа осложнений. Однако нельзя категорически высказываться против резекции желудка, в том числе на «выключение» язвы, как метода хирургического лечения пенетрирующих дуоденальных, так как хирургическая ситуация порой диктует свои условия.

**Материал и методы исследования.** Материалом служили результаты обследования и хирургического лечения 210 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом, сочетающимся с пенетрацией язвы. Возраст больных колебался от 19 до 67 лет. В зависимости от способа резекции желудка больные распределены на две группы: первая – 156 больных, у которых выполнена резекция желудка с радикальным иссечением язвенно-рубцового субстрата; вторая – 54 больных, которым выполнена резекция желудка по Бильрот II «на выключение» язвы. В зависимости от стадии дуоденостеноза больные распределены следующим образом (табл. 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных в зависимости от стадии стеноза**

Стадия стеноза	I группа (СПВ+ДП) (n=90)	II группа (СПВ+ДО) (n=60)	III группа (ДП – ДО) (n=32)	Всего
Компенсированная	26(28,9%)	5(8,3%)	-	31(37,2%)
Субкомпенсированная	44(48,9%)	29(48,3%)	-	73(40,1%)
Декомпенсированная	20(22,2%)	26(43,3%)	32	78(42,9%)
Итого	90 (49,5%)	60 (33,0%)	32 (17,5%)	182(100%)

**Результаты исследования и их обсуждение.** Пенетрация язвы является имманентным свойством и основным патогенетическим механизмом развития рубцово-язвенных дуоденостенозов. Основываясь на многолетнюю практику, мы предлагаем следующую морфологическую классификацию пенетрации дуоденальных язв у больных с РЯДС: язвенно-инфильтративная (17,6%), язвенно-рубцовая (24,2%) и рубцовая (58,2%) формы (табл.2).

**Таблица 2**

**Морфологические формы пенетрации у больных РЯДС**

Морфологические формы пенетрации	I гр.	II гр.	Всего
Язвенно-инфильтративная	8(5,1%)	31(57,4%)	39(18,6%)
Язвенно-рубцовая	55(35,3%)	7(13,0%)	62(29,5%)
Рубцовая	93(59,6%)	16(29,6%)	109(51,9%)
Итого	156	54	210

При РЯДС наиболее часто отмечалась пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку (47,4%), одновременно в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу (44,8%) и поджелудочную железу (7,8%).

Показанием к применению РЖ явился декомпенсированный стеноз у 175 больных, наличие сопутствующего

ХНДП – у 17, дивертикула ДПК – у 3, медиагастральной язвы – у 5, грубые анатомические нарушения в пилородуоденальной зоне вследствие перенесенной ранее операции ушивания перфоративной язвы – у 10 больных.

Морфологические формы пенетрации, локализация и протяженность стеноза влияют на способ обработки дуоденальной культи при резекции желудка и выбор варианта дуоденопластики или дренирующей желудок операции. Показанием к применению РЖ явился декомпенсированный стеноз у 175 больных, наличие сопутствующего ХНДП – у 17, дивертикула ДПК – у 3, медиагастральной язвы – у 5, грубые анатомические нарушения в пилородуоденальной зоне вследствие перенесенной ранее операции ушивания перфоративной язвы – у 10 больных. РЖ с радикальным иссечением язвы применена в 156 (74,3%) наблюдениях, в том числе в 16 в сочетании с селективной ваготомией. В подавляющем большинстве случаев она применена при рубцовой (57,1%) и рубцово-язвенной (35,2%) и лишь у небольшого числа больных с язвенно-инфильтративной (7,7%) форме пенетрации. В 135(86,5%) наблюдениях она завершена формированием гастроэнтероанастомоза по Гофмейстеру-Финстереру, в 17(10,9%) – по Ру, в 3(1,9%) – по Бильрот I, в 1 (0,6%) случаев – по Бальфуру. Если РЖ с радикальным иссечением язвы выполняется при язвенно-инфильтративной или язвенно-рубцовой формах пенетрации, следует ожидать технических трудностей выделения и ушивания культи ДПК, которые наблюдались у 49(31,4%) наших больных. При этом только у 101(64,7%) больного культи ДПК ушита с помощью аппарата УО-40, у 40(25,6%) – вручную, у 15(9,6%) – открытым способом. Однако если при этом имелась реальная опасность повреждения элементов гепатодуоденальной культи в силу обширного воспалительного инфильтрата, мы отказывались от такого вмешательства в пользу резекции желудка «на выключение» или СПВ с дренирующими операциями или дуоденопластикой. После РЖ с радикальным иссечением язвы несостоятельность швов дуоденальной культи наблюдалась у 2(1,3%) больных.

У 31 (57,4%) больного с язвенно-инфильтративной формой пенетрации с периульцерозным воспалительным инфильтратом или «низким» рубцово-язвенным (13,0%) и рубцовым (29,6%) стенозом была применена резекция желудка «на выключение» язвы. Гастроэнтероанастомоз по Ру применен в 14 из них, по Гофмейстеру-Финстереру – в 40 наблюдениях. При этом оптимальным вариантом герметизации культи дуоденума является усовершенствованный нами способ А.Пленка (Вильманса-Кекало). В раннем послеоперационном периоде несостоятельность швов дуоденальной культи вследствие нарушения ее кровоснабжения наблюдалась у 1 (1,8%) больного. В отдаленные сроки после РЖ на «выключение» рецидив пептической язвы соустья наблюдался у 1(1,8%) больного. В сравнительном аспекте изучены непосредственные результаты хирургического лечения РЯДС, сочетанного с пенетрацией язвы в зависимости от способа РЖ (табл.3)

Таблица 3

Послеоперационные осложнения резекции желудка

Послеоперационные осложнения	РЖ с радикальным иссечением язвы (n= 156)	РЖ на «выключение» язвы (n= 54)
Нарушения МЭФ культи желудка	20(12,8%)	4 (7,4%)
Несостоятельность швов культи ДПК	3(1,9%)	1(1,8%)
Инфильтрат в обл. культи ДПК	-	1(1,8%)
Тонкокишечная инвагинация	4(2,5%)	-
Кровотечение из культи желудка	3(1,9%)	1(1,8%)
Панкреонекроз	-	1(1,8%)
Ишемический инсульт	1(0,6%)	-
ОССН	1 (0,6%)	-
Пневмония	2 (1,3%)	-
Итого	34(21,7%)	8(14,8%)
Летальность	3 (1,9%)	1(1,8%)
Релапаротомия	9 (5,8%)	1(1,8%)

Частота послеоперационных осложнений РЖ с радикальным иссечением язвы составила 21,7%, релапаротомии – 5,8%, послеоперационной летальности – 1,9%. Частота послеоперационных осложнений РЖ на «выключение» язвы составила 14,8%, релапаротомии – 1,8%, послеоперационной летальности – 1,8%. Частота несостоятельности культи ДПК составила 1,9% и 1,8% соответственно. Адекватный выбор способа РЖ является одним из путей снижения частоты этого грозного осложнения.

**Выводы.** Показанием к применению РЖ у больных с РЯДС, сочетающемся с пенетрацией язвы, является декомпенсированный стеноз II-IV степени, а также наличие сопутствующих ХНДП, дивертикула ДПК, сочетающаяся медиагастральная язва и грубые анатомические нарушения в пилородуоденальной зоне вследствие перенесенной ранее операции ушивания перфоративной язвы. Выбор способ обработки культи ДПК при РЖ по Бильрот II должен осуществляться исходя из морфологической формы пенетрации и уровня локализации стеноза. РЖ с радикальным иссечением язвы показана при рубцовой форме пенетрации, при язвенно-инфильтративной и язвенно-рубцовой формах пенетрации у больных с «низким» стенозом, когда прогнозируется «сложная» культи ДПК, предпочтительна РЖ на «выключение» язвы.

## Список литературы

1. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии, 2009 Том 168, № 6. – С. 12 – 15.
2. Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В. Хирургическое лечение пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки / Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2011. - №1(77), часть 2. – С. 257 – 258.
3. Кодиров Ф.Д. Современные хирургические технологии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ф.Д. Кодиров. - Душанбе, 2018. – 46с.
4. Диагностика и хирургическое лечение пенетрирующих дуоденальных язв / К.М. Курбонов [и др.] // Новости хирургии. - 2012. – Т. 20, № 3. – С. 16 – 20.
5. Никитин В.Н. Трудная культа при осложненных гигантских пенетрирующих язвах / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Новости хирургии. - 2017. – Т.25, № 6. – С. 574 – 582.

*Мавлонова С.Н., Сайфутдинова М.Б.*

## ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ, МЦЗ №13 г. Душанбе

**Актуальность.** Рак эндометрия (РЭ) занимает 1-ое место в структуре онкогинекологической заболеваемости в странах Европы, и, как и рак молочной железы, может быть причислен к «болезням цивилизации». В России ежегодно регистрируется более 16 тыс. новых случаев РЭ, на его долю приходится 6,8% всех случаев злокачественных новообразований среди женского населения, цифра, уступающая лишь раку молочной железы [1]. В Республике Таджикистан злокачественные новообразования органов репродуктивной системы занимают первое ранговое место – 49,9%, из них на долю РЭ приходится 4,3% с тенденцией к росту за последние годы на 0,8% [2]. Уровень заболеваемости РЭ в возрастном интервале от 40 до 59 лет делает резкий скачок, увеличиваясь примерно в 4 раза, постепенно достигая пика к периоду 60-64 года, после чего заметно снижается. R.J. Zaino и соавт., изучая результаты наблюдения за 819 больными РЭ, выявили сильную зависимость относительного риска смерти от пожилого возраста. Так, к 65 годам риск повышается в 3 раза, а к 75 годам – в 4,7 раза [3]. Старение организма сопровождается различной соматической патологией и, как результат, высоким индексом коморбидности – сосуществованием 2 и/или более синдромов и заболеваний [4]. В результате 30% больных имеют опасную сопутствующую патологию, что служит поводом для длительного обследования больных у смежных специалистов и отказа от операции [5].

РЭ относят к гормонально-зависимым опухолям, так как у этой категории больных, вследствие повышения активности гипоталамуса, наблюдаются нарушения в репродуктивной и энергетической системах. По этой причине у них часто встречаются ожирение, сахарный диабет и гипертоническая болезнь [6]. Весь указанный симптомокомплекс носит название метаболического синдрома (МС), который встречается у больных с РЭ в 82,6% случаев. Наличие МС повышает не только риск возникновения РЭ в 2-3 раза, но и может способствовать реализации первично-множественных опухолей: сочетания РЭ с раком молочной железы, толстой кишки, яичников [7]. Карцинома эндометрия может развиваться в нормальном, атрофичном и гиперплазированном эндометрии, что связано с разными патогенетическими вариантами и зависит от возрастного аспекта [6].

**Цель исследования.** Таким образом, исследования, посвящённые изучению прогностических факторов, влияющих на клиническое течение РЭ ввиду нарастания этой патологии в структуре онкологической заболеваемости среди женщин крайне актуальны и своевременны.

**Материал и методы исследования.** В основу исследования положен анализ клинических данных о 144 больных раком эндометрия, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ в период с 2016 по 2018 гг. Возраст пациенток варьировал от 30 до 80 лет. С целью детализации возрастного аспекта все пациентки были нами разделены на 3 периода: I – репродуктивный период - женщины до 45 лет, которые составили – 8 (5,6%) наблюдений; II - период климактерического возраста (от 46 до 55 лет) – 38 (26,4%) случаев и III – менопаузальный (старшее 55 лет) – 98 (68%) больных. Во всех исследуемых случаях диагноз был верифицирован морфологически и по гистотипу опухоли распределились следующим образом: эндометриоидная аденокарцинома различной степени дифференцировки - 135 (93,8%) случаев, светлоклеточная – 6 (4,1%) и железисто-плоскоклеточный рак – 3 (2,1%) наблюдения.

План обследования больных РЭ включал общепринятые в онкологии стандартные методы общеклинического (сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование), инструментального (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, при необходимости, МРТ органов малого таза) и лабораторного (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови с определением уровня глюкозы и холестерина) исследований. Расчёт индекса массы тела осуществлялся по формуле  $Breу$ : вес (кг): рост (м)<sup>2</sup>.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При обращении пациенток за медицинской помощью привлекает внимание тот факт, что женщины репродуктивного возраста, как правило, предъявляют жалобы на периодические нарушения менструального цикла по типу менометроррагий, ноющие боли внизу живота/пояснице, анемию. Нередко, в это группе пациенткам при обследовании в непрофильных учреждениях устанавливали диагноз диффузной симптомной миомы матки, аденомиоза, либо гиперплазии эндометрия, с последующей гормонотерапией, нередко оперативным вмешательством, без морфологической верификации диагноза, что негативно отражалось на исходе заболевания. Иная ситуация имела место у пациенток более старшей возрастной группы, особенно у женщин на фоне стойкой менопаузы, у которых даже один эпизод кровомазанья или маточного кровотечения, что является

патогномоничным для этого периода, вызывал настороженность и побуждал проводить более детальное обследование (табл. 1).

**Таблица 1. Частота выявления РЭ в зависимости от возрастного периода**

Возрастной период	Частота выявления РЭ	
	при обращении с характерными жалобами (n=64)	активно (n=80)
	абс./%	
До 45 лет (репродуктивный) n=8	6 / 75%	2 / 35%
46 – 55 лет (менопаузальный) n=38	25 / 65,8%	13 / 34,2%
Старше 55 лет (климактерический) n=98	33 / 33,6%	65 / 66,3%

Согласно полученным данным, из 144 пациенток активно диагноз чаще был установлен в менопаузальный и климактерические периоды - в совокупности 78 (66%) случаев. Соответственно, диагностирование РЭ у женщин репродуктивного возраста имеет принципиальное значение, сопровождается дисменореей, часто протекает на фоне железистой гиперплазии эндометрия и без фракционного диагностического выскабливания матки с последующим морфологическим исследованием биоптата может привести к диагностическим и тактическим ошибкам. Анализ градации степени дифференцировки РЭ показал, что у большинства больных всех возрастных групп превалировала умеренная дифференцировка опухоли (G<sub>2</sub>) - 110 наблюдений, при этом низкая степень дифференцировки (G<sub>3</sub>) у женщин репродуктивного возраста не встречалась (табл.2).

**Таблица 2. Степень дифференцировки РЭ в зависимости от возрастного периода**

Степень дифференцировки РЭ	Возраст больных РЭ (n=144)					
	До 45 лет (n=8)		46-55 лет (n=38)		Старше 55 лет (n=98)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
G <sub>1</sub>	6	75	3	7,9	5	5,1
G <sub>2</sub>	2	35	30	79,0	78	79,6
G <sub>3</sub>	-	-	5	13,1	15	15,3

Однако, как видно из таблицы 2, по мере увеличения возраста, уменьшается количество высокодифференцированных форм рака тела матки и растет число менее дифференцированных (G<sub>3</sub>). Это обусловлено тем, что с возрастом эндометрий претерпевает изменения и неоплазма уже развивается не на гиперплазированном фоне, что характерно для репродуктивного периода, а на атрофичном или смешанном, что и определяет степень дифференцировки и патогенетические варианты. По нашим данным, РЭ IA стадии был превалирующим во всех возрастных группах, однако, по мере увеличения возраста намечается тенденция к возрастанию удельного веса более распространенных стадий заболевания (табл. 3).

**Таблица 3. Распределение больных РЭ по стадиям в зависимости от возраста**

Стадия	Возраст больных РЭ (n=144)					
	До 45 лет (n=8)		46-55 лет (n=38)		Старше 55 лет (n=98)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
IA	7	87,5	23	60,5	32	32,6%
IB	1	12,5	7	18,4	27	27,7
IC	-	-	4	10,5	15	15,3
IIA	-	-	2	5,2	10	10,2
IIB	-	-	1	2,7	4	4,1
IIIA	-	-	1	2,7	2	2
IIIB	-	-	-	-	2	2
IIIC	-	-	-	-	4	4,1
IVA	-	-	-	-	2	2
IVB	-	-	-	-	-	-

Изучение глубины инвазии опухоли показало, что вовлечение в процесс менее 2/3 миометрия наблюдалось у 97 (67,3%) пациенток, более 2/3 – у 47 (32,7%), что согласуется с данными отечественных и зарубежных исследователей о выявлении РЭ в преобладающем большинстве случаев на стадии локализованного процесса, когда опухоль расположена только внутри матки, что само по себе имеет положительный онкологический прогноз. Известно, что РЭ часто сопровождается МС, представленным сахарным диабетом (СД), гипертонической болезнью (ГБ) и ожирением, что нашло подтверждение и в нашем исследовании. Из 144 больных РЭ МС в различных сочетаниях был установлен в 124 (86,1%) случаях, из них в 122 в климактерическом и менопаузальном периодах (табл. 4).



**Таблица 4. Варианты сочетаний МС у больных РЭ в зависимости от возраста**

Метаболический синдром (n=124)	Возраст больных РЭ (n=144)					
	До 45 лет (n=2)		46-55 лет (n=28)		>55 лет (n=94)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СД (II типа) + ГБ	-	-	8	28,5	28	29,8
ГБ + ожирение	-	-	10	35,8	14	14,9
Ожирение + СД (II типа)	2	100	6	21,4	17	18,1
Ожирение + СД (II типа) + ГБ	-	-	4	14,3	35	37,2

Для определения степени избытка массы тела мы высчитывали ИМТ, который варьировал от 19 до 45 и в среднем составил  $34,9 \pm 1,2 \text{ кг/м}^2$ . Учитывая тот факт, что обязательным критерием МС является центральное (абдоминальное) ожирение, производился замер окружности живота. Согласно рекомендациям IDF (International Diabetes Federation) [11] окружность талии женщин не должна превышать цифру более 94 см. В нашем исследовании этот показатель варьировал от 74 до 115 см, в среднем составляя  $96,4 \pm 2,1$  см.

Средний уровень глюкозы в крови больных РЭ составил 8,1 ммоль/л, из них 62,3% женщин находились под наблюдением эндокринолога в течение нескольких лет, а у 37,7% пациенток сахарный диабет II типа был диагностирован впервые.

Диагноз гипертонической болезни устанавливалась кардиологом на основании соответствующих критериев и инструментальных методов исследования. Гиперхолестеринемия в среднем  $5,6 \pm 1,8$  ммоль/л выявлена у 86 пациенток с РЭ.

РЭ на фоне метаболического синдрома – сложная медико-социальная проблема, так как сопряжен с высоким риском осложнений и неполным выполнением стандарта лечения ввиду соматической отягощенности/ коморбидности и временем, затраченным на его коррекцию. Наличие в анамнезе МС, как результат обменно-эндокринных нарушений влечёт за собой угнетение иммунологической реактивности организма, отмечается менее благоприятная реакция на гормонотерапию, за счёт изменений в рецепторном статусе, что значительно повышает риск неблагоприятного исхода заболевания у больных РЭ.

**Выводы.** Таким образом, для определения вероятного прогноза РЭ необходимо проведение комплексной оценки всех прогностических факторов. Результаты анализа полученных данных позволили выявить прямую зависимость клинической симптоматики, стадийности и степени дифференцировки опухоли от возрастного периода, а также влияние метаболического синдрома на развитие РЭ. Дальнейшее детальное изучение прогностических факторов позволит разработать новые и усовершенствовать существующие клинические рекомендации по ведению этого сложного контингента больных.

#### Список литературы.

1. Давыдов М.И., Ганцев К.Ш. Онкология: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - С. 842-843.
2. Умарова С.Г., Зикийходжаев Д.З., Каримова Ф.Н., Мирзоева Д.С. Эпидемиология злокачественных новообразований органов репродуктивной системы в Республике Таджикистан // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2012. - № 1. - С. 24-27.
3. Zaino R.J., Kurman R.J., Diana K.L. Pathologic models of predict outcome for women with endometrial adenocarcinoma: the importance of the distinction between surgical stage: a Gynecologic Oncology Group study // Cancer. - 1996. - Vol. 77. - P. 1115-1121.
4. Нечушкина В.М., Морхов К.Ю., Кузнецов В.В. Комбинированное лечение рака тела матки ранних стадий // Сиб. онкол. журн. - 2013. - № 3. - С. 70 -74.
5. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.М. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). - М.: МНИОИ П.А. Герцена. - 2017. - 250 с.
6. Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б. Клиническая онкология: избранные лекции. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2014. - С. 374-385.
7. Лактионов К.П., Николаенко Л.О., Беришвили А.И. Метаболический синдром и рак органов репродуктивной системы (обзор литературы) // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2014. - №2. - С. 56-58.

*Мадаева М., Исмоилова М.Н., Намозова Г., Аминова У.М.*

### НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГУ ГЦЗ №5, ГУ ГЦЗ №2, ГУ ГЦЗ №15

Управления здравоохранения г. Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** В климактерическом периоде жизни женщины на фоне общих возрастных изменений в организме преобладают инволютивные процессы в репродуктивной системе с постепенным прекращением с начала детородной, а затем и менструальной функции.

**Цель исследования.** Определение состояния органов малого таза у женщин перименопаузального возраста с климактерическим синдромом и с физиологическим течением климактерия.

**Материал и методы исследования.** Произведено ультразвуковое исследование (УЗИ) 162 женщинам в возрасте перименопаузы, в том числе: 102 женщинам с климактерическими расстройствами (основная группа) и 60 женщинам с физиологическим течением перименопаузы (группа сравнения). Оценивались следующие основные показатели – длина, переднезадний размер и ширина матки, структура эндометрия и миометрия, размеры яичников.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Данные ультразвукового исследования половых органов показали, что размеры матки в основной группе женщин 40-45 лет (длина  $64.1 \pm 9.3$  мм; переднезадний размер  $44.8 \pm 9.0$  мм; ширина  $57.7 \pm 8.1$  мм) были больше соответствующих размеров в группе сравнения ( $60.5 \pm 3.6$  мм;  $42.8 \pm 7.2$  мм;  $57.7 \pm 8.1$  мм соответственно).

В основной группе 46-50 лет длина и переднезадний размер матки - соответственно  $64.9 \pm 14.5$  мм и  $45.8 \pm 15.3$  мм, были больше, чем в группе сравнения -  $60.9 \pm 7.2$  мм и  $42.0 \pm 12.7$  мм; напротив, ширина матки в основной группе оказалась меньше, чем в группе сравнения ( $53.1 \pm 13.8$  мм и  $54.7 \pm 9.5$  мм соответственно). Размеры матки в основной группе 51-55 лет (длина  $60.3 \pm 9.2$  мм, переднезадний  $37.8 \pm 9.1$  мм, ширина  $51.1 \pm 6.8$  мм) были ниже, чем в группе сравнения ( $62.6 \pm 12.0$  мм,  $44.3 \pm 15.0$  мм,  $56.1 \pm 13.7$  мм соответственно). Такие различия в размерах матки в исследуемых группах, по-видимому, обусловлены различной частотой ее заболеваний в разных группах. Так, миома матки в возрасте женщин 40-45 лет и 46-50 лет чаще встречается в основных группах и реже в группах сравнения, возможно, это и является причиной больших размеров матки в основных группах указанных возрастов, по сравнению с группами сравнения.

В возрасте 51-55 лет, наоборот, миома матки и хронический эндометрит чаще отмечались в группе сравнения и размеры матки у обследуемых женщин этого возраста оказались больше в группе сравнения, чем в основной группе. Кроме того, в возрастной группе 51-55 лет в основной группе число женщин в менопаузе составило 89.7%, в то время как в группе сравнения 60%; как известно, размеры половых органов прогрессивно уменьшаются в постменопаузе, особенно заметно в первый год после менопаузы [2]. Таким образом, результаты УЗИ гениталий показали, что основные размеры матки у женщин с климактерическими расстройствами находятся в пределах нормы и, возможно, на их размеры оказывают влияние сопутствующие заболевания матки.

При анализе размеров яичников у обследуемых женщин выявлено, что у женщин с климактерическими нарушениями размеры правого и левого яичников оказались меньше, чем в группе сравнения во всех возрастных подгруппах перименопаузы, но особенно данное различие было выражено в возрасте 46-55 лет.

**Выводы.** Таким образом, результаты ультразвукового исследования органов малого таза выявили различия в размерах яичников у обследуемых: средние размеры яичников у женщин с климактерическими расстройствами оказались меньше, чем у женщин с физиологическим течением перименопаузы.

#### **Список литературы.**

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. М.: «МИА», 2003, с. 71-75, 99-104, 444-448, 458-493.
2. Красикова С.П. - Акушерство и гинекология, 1987, № 5, с. 28-30.

*Мадыев Р.З., Жумаев М.Ю., Буриева Ш.Ш.*

### **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА**

Кафедра Хирургических болезней Термезского филиала ТМА.  
Диагностический и лечебный центр «Утан Полвон». Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на достигнутые успехи и прогресс в кардио-хирургии, при сложных и осложненных формах ВПС, частота послеоперационных осложнений, а также летальность остаются высокими. Следовательно, вопросы хирургической коррекции ВПС являются одним из актуальных тем в кардиохирургии [1-5], особенно в регионах с высокой рождаемостью.

**Цель исследования.** Целью нашего сообщения является анализ результатов первых операций по хирургическому лечению ВПС у детей и подростков на «работающем сердце» в Сурхандарьинской области.

**Материал и методы исследования.** С апреля 2011 года по январь 2020 года выполнены 20 операций на работающем сердце у 18 больных. Возраст больных колебался от 10 месяцев до 18 лет, из них детей мужского пола была 5, женского 13. Все больные подготовлены к операциям по общепринятым стандартным протоколам обследований. Основным методом исследования являлся Д-ЭхоКГ. Степень легочной гипертензии (ЛГ) определяли по методике Kitabatake A., Inoue M., Asao M. et al., 1983; с использованием классификации Бураковского В.И. и соавт., 1975. У 9 больных произведена перевязка открытого артериального протока (ОАП) с клипированием титановыми клипсами. У 4-х больных с дефектами межжелудочковой перегородки (ДМЖП), осложненных высокой легочной гипертензией (ВЛГ) ША и ША - ШБ степеней выполнено дозированное суживание ствола легочной артерии (ЛА) по методике кардиохирурга Р.З. Мадыева (ДССЛА). У 2-х больных ОАП сочетался с ДМЖП и ВЛГ. У одного из них 14 лет произведена только перевязка ОАП с клипированием последнего титановой клипсой. У второго больного ребенка из этой группы, в возрасте 1 года и 4 месяца выполнены одновременно перевязка и клипирование ОАП, а также умеренное суживание ствола легочной артерии (ЛА). 3 больным с синей формой тетрады Фалло (ТФ) после тромбирования ранее наложенных межартериальных анастомозов (МАО) между левой подключичной и ЛА, повторно наложены МАО, причем у двух из них - справа в плевральной полости и у одной - центральный МАО между аортой и стволом ЛА.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 16 больных из 18 (89 %) операции прошли успешно. 9 больных выздоровели полностью, 7 больных подготовлены для 2-го этапа коррекции ВПС. 2-х больных спасти не удалось.

Особенностями наших операций по поводу ОАП явились: во первых, миниторакотомии (длина кожного разреза во время левой боковой торакотомии не более 5 см); во-вторых, клипирование ОАП титановыми клипсами [5] между перевязанными узлами (при широком протоке) или же клипирование самих узлов (при узком протоке) для профилактики расслабления узлов или их соскальзывания из аортального конца протока.

При коррекции ДМЖП с ВЛГ у детей рекомендуем двухэтапную тактику [2,3] – суживание ЛА и последующую радикальную коррекцию ДМЖП. При ДССЛА по методике Р.З. Мадыева применяется математический подход, который точно определяет длину суживающей тесьмы независимо от возраста больного ребенка. Методика позволяет эффективно суживать ЛА до нормальных её размеров без применения интраоперационной тензиометрии (ИТ). После операции у больных появляется отдельный систолический шум в проекции ЛА, уменьшается одышка и чашота воспалительных процессов в респираторной системе, переносимость физических нагрузок возрастает. SaO<sub>2</sub> находится в пределах 96% и выше. Однако, в течение нескольких суток после операции наблюдаются умеренная синусовая тахикардия и тахипноэ. Они требуют применения сердечных гликозидов, оксигенотерапии (в режиме 2-4 L/min), а также кардиальной метаболической терапии до адаптации кардиореспираторной системы к новым условиям гемодинамики. По данным Д-ЭхоКГ в области сужения ЛА появляется выраженный систолический градиент давления (не менее 30 мм.рт.ст.), указывающий о достаточном снижении ВЛГ. После операции направление сброса крови на ДМЖП остаётся перекрёстным или же наблюдается доминирование лево – правого шунта с небольшим градиентом давления. Отмечаются уменьшения гиперволеми и усиленного легочного рисунка в малом круге кровообращения, просветления легочных полей, особенно в прикорневых зонах легких. Более того, однозначно снижается «медикаментозная нагрузка» и зависимость от специфической терапии ВЛГ в период ожидания радикальной коррекции ВПС [5].

МАО выполнены повторно по срочным и экстренным показаниям. У 1 больной 13 лет, через 8 лет после операции наложения МАО слева между левой подключичной и левой ЛА развился тромбоз анастомоза и гипоксический статус (SaO<sub>2</sub> < 62%). Состояние больной было критическим. После правосторонней передне-боковой торакотомии по ходу IV м/р и резекции правой доли тимуса вскрыт перикард. Наложено МАО между восходящей аортой и правой ветвью ЛА в плевральной полости с помощью искусственного сосудистого протеза «Экофлон» с ID 8,0 мм. Гепаринизация была стандартной (100 МЕ/кг). Далее антикоагулянтная терапия продолжена гепарином и варфарином в общепринятых дозировках. Однако, после операции наблюдался тотальный тромбоз аорто-легочного анастомоза с переходом тромбоза на правую ЛА и её ветви. Кровоток в правой ЛА и её ветвях отсутствовал. Во время повторной экстренной операции выполнено удаление тромбированного шунта и его замена на интраоперационной трансфузией Эр-массы. Произведена 3-х кратная гепаринизация в максимальных дозах (в/в 300-150-150 МЕ/кг). В послеоперационном периоде больная получала гепарин и далее клодипогрель в максимальных дозировках. После реоперации SaO<sub>2</sub> поднялась с 62% до 90%. Исход операции был благополучным.

У другой больной 18 лет из этой же группы, после ранее наложенного МАО (10 лет тому назад) наступила резкая гипофункция последнего с развитием одышечно-цианотических приступов. Наложено центральный аорто-легочный шунт срединным sternотомным доступом («Экофлон» с ID 8,0 мм). Далее, перикардальная полость расширена искусственной перикардальной заплатой «Горе-текс» с центральным отверстием для дренирования перикардальной жидкости в правую плевральную полость. Послеоперационное течение было гладким.

У двоих больных отмечались осложнения. У одного больного трехлетнего возраста с синей формой ТФ, был наложен шунт (Горе-текс с ID 5,0 мм) между восходящей аортой и правой ЛА в плевральной полости доступом из правосторонней торакотомии (в/в гепаринизация, 100 МЕ/кг). На вторые сутки после операции наблюдался острый тромбоз анастомоза. Экстренно была произведена тромбэктомия из шунта. После реоперации наблюдалось ОНМК гипоксического генеза и неблагоприятный исход (на 4-е сутки после операции).

Другой ребенок с ДМЖП (высокий, перимембранозный, 10,0 мм в диаметре) и ВЛГ страдал также гипотрофией крайней третьей степени. В возрасте 1 года 4 месяца вес ребенка составлял всего 6,3 кг. До операции не был диагностирован «немой ОАП» диаметром не менее 1,0 см (огромный для больного ребенка). До поступления к нам больная не получала кардиальную терапию. Состояние ребенка при поступлении было тяжелым. Д-ЭхоКГ указывала на ДМЖП с ВЛГ (сброс на уровне дефекта был двухсторонним, отмечалось ускорение кровотока на стволе ЛА). С целью ДССЛА осуществлялась передняя миниторакотомия слева по ходу третьего межреберья. При ревизии был обнаружен «немой ОАП», который располагался атипично – в проекции расположения аорто-легочного окна. ОАП был перевязан и дополнительно клипширован. Далее было произведено ДССЛА до 12 мм в диаметре по нашей методике. С самого начала операции наблюдались низкое АД, синусовая тахикардия и олигурия. После операции признаки острой сердечной недостаточности усилились и не поддались медикаментозной коррекции. Кардиореспираторная система не смогла приспособиться к новому режиму кровообращения. Констатирован неблагоприятный исход заболевания и операции.

**Выводы.** При сочетании ДМЖП и большого ОАП с ВЛГ рекомендуется перевязка ОАП без сужения ствола ЛА. ДССЛА по методике кардиохирурга Р.З. Мадыева является высокоэффективным методом снижения ВЛГ у больных с ДМЖП. При этом отпадает необходимость в ИТ, снижается «медикаментозная нагрузка» и зависимость в «специфической терапии ВЛГ» после операций. Решунтирующие операции при синих формах ТФ с тромбозами ранее наложенных МАО требуют более агрессивного воздействия на свертывающую систему крови для профилактики тромбоза шунта. Продления рекомендуемых сроков хирургической коррекции ТФ после МАО, первично-радикальных операций у больных с ДМЖП и ВЛГ недопустимы и могут привести к угрожающим жизнь осложнениям.

#### **Список литературы.**

1. Березуцкий В.Л., Мукашев О.С., Дюржанов А.А. и др. Клиническая оценка ближайших результатов хирургического лечения дефектов межжелудочковой перегородки у детей // Наука и здравоохранение (Научно-практический журнал, Семей). – 2013. – № 4. – С. 47 – 49.
2. Ворисов А.А., Свободов А.А. Операция Мюллера: вчера, сегодня, завтра ? // Грудная и сердечно - сосудистая хирургия.-2014.- № 4.- С.4 -10.
3. Горбачевский С. В., Мухимов Ф. Х., Шмалыц А. А. и др. Эффективность двухэтапной хирургической коррекции

дефекта межжелудочковой перегородки осложненного синдромом Эйзенменгера // Детские болезни сердца и сосудов . – 2014. – № 2. – С. 33 - 39.

4. Плечев В. В., Онегов Д. В., Шарафутдинов А.Р. и др. Наш опыт хирургического лечения тетрады Фалло у детей // Медицинский вестник Башкортостана . – 2013. – Том 8. – № 6. – С. 60 - 62.

5. Хагай Е.И., Абилямажинова Г. Д. Врожденные пороки сердца у детей, осложненные легочной гипертензией. Диагностика и лечение. Литературный обзор // Наука и здравоохранение (Научно-практический журнал, Семей). – 2017. – № 5. – С. 129 - 144.

*Мазабишоев С.А., Раджабов Ф.А., Арслонов Ф.Ю.*

## **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ**

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Таджикистан

**Актуальность.** Сочетанные черепно-мозговые травмы (СЧМТ) относятся к наиболее распространенным видам травматической патологии, составляя около 40% от всех видов травматических повреждений, и являются одной из главных причин, приводящих к смертности и инвалидизации населения, а в частности трагедии в семье [1,2,4].

Высокая летальность и длительная нетрудоспособность определяют важность данной нозологической патологии. К не менее значимым в социальном и экономическом отношении относятся последствия СЧМТ, поскольку они могут приобретать хронический характер, ухудшая качество жизни пациента, и нередко приводят к стойкой инактивации [2,5].

Своевременная адекватная диагностика и применение современных методов мониторинга жизненно важных функций, проведение интенсивной терапии позволяют в значительной степени снизить летальный исход [3,4].

В литературе вопросы интенсивной терапии, анестезиологического пособия и хирургической тактики при тяжелых сочетанных черепно-мозговых травмах у детей многочисленны и при этом противоречивы, что затрудняет разработать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий [3,4,5].

В тоже время, большинство пострадавших с черепно-мозговой травмой поступают в стационары уже с развившимися, на различных этапах эвакуации, осложнениями. Запускающиеся при вторичной травме мозга патологические процессы способствуют развитию отека мозга и внутричерепной гипертензии.

В связи с этим, вопросы оптимизации помощи на догоспитальном этапе, а также комплексная квалифицированная адекватная помощь в стационаре остаются актуальными в проблеме детской хирургии, анестезиологии-реаниматологии.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения детей с СЧМТ путем совершенствования реанимационного обеспечения как на догоспитальном этапе, так и в стационаре с учетом патофизиологических сдвигов.

**Материал и методы исследования.** Обследование проводилось на кафедре детской хирургии, анестезиологии-реанимации ГОУ ТГМУ, на базе ГУ НМЦ РТ в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Для решения поставленных в работе задач нами в период с 2015 по 2019 годы обследовано 128 детей в возрасте от 2 месяцев до 14 лет. После авто-наезда 78 (61%), при этом сельских 30 (38,5%), а городских 48 (61,5%). После бытовой травмы 50 (39%) детей, сельских 21 (42%), а городских 29 (58%) (таб.№1).

Распределение больных по характеру травмы и месту происшествя (таб.№1)

Место происшествя	авто-наезд	бытовая травма
городских	48(61,5%)	29(58%)
сельских	30(38,5%)	21(42%)

Для объективной оценки тяжести состояния больных были использованы общеклинические данные (анамнез, осмотр, оценка параметров физического развития ребенка), клинико-лабораторные, рентгенологические (рентгенография, КТ и ЭХО), а также были исследованы газы крови (PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> и содержание кислорода в капиллярной крови, Dаtеx). Проводился контроль ОЦК, ЧСС, САД.

Все обследованные дети были разделены на четыре группы: первая группа: дети с тяжелой СЧМТ и с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Общее количество составило 72 (56,2%). При этом преобладали дети с повреждениями брюшной полости 42 (32,8%).

Вторая группа: дети, оперированные по поводу патологии челюстно-лицевой области 12 (9,4%) детей. Преобладал внутривенный вид анестезии, общая анестезия с ИВЛ использована у 9 (75%) детей, из которых двоим также произведена декомпрессионная трепанация черепа.

Третья группа: СЧМТ с переломами конечностей у 28 (21,9%) детей, при этом с переломами бедра 8 (28,6%) больных, которым была наложена фиксирующая лангета и в последующем скелетное вытяжение.

Четвертая группа: СЧМТ с повреждениями органов грудной полости. Из всех групп это самая малочисленная, 16 (12,5%) детей. Под эндотрохеальным наркозом оперированы 5 (31,2%) детей с проникающим ранением грудной клетки и легкого, а 11 (68,8%) детям после пневмоторакса наложен торакоцентез по Бюлау.

Для оценки глубины нарушения сознания мы пользовались модификационной шкалой ком Глазко (ШКГ).

**Результаты и их обсуждение.** Терапия на догоспитальном этапе проводилась всего 106 (83%) детям, а 22 (17%) ребенка никакого лечения не получали. Основной причиной ранних вторичных повреждений являются гиповентиляция и гипоксия. Несмотря на то, что необходимость раннего контроля дыхания у детей с тяжелой ЧМТ не является предметом, требующим дискуссий, только 19 (14,8%) детей были интубированы врачами скорой помощи,

эти больные были доставлены из районов республиканского подчинения.

Гипотензия оказывает негативное влияние на церебральный кровоток и поэтому должна быть купирована как можно раньше. Догоспитальная инфузионная терапия проводилась 19 (18%) детям. Обезболивание проводили только 87 (82%) детям. Группе с обезболиванием были свойственны: меньшая длительность пребывания, как в отделении реанимации, так и в отделении по профилю, детям в качестве мочегонных средств всегда использовался фуросемид в дозе 1 мг/кг массы тела.

Следующим шагом был анализ терапии в отделении реанимации. После обеспечения проходимости верхних дыхательных путей, оксигенация проводилась путем ингаляции оксигенатором. У пострадавшего с нарушениями сознания по ШКГ 9-12 баллов и менее (сопор-кома) производилась интубация трахеи. Детям с аспирационным синдромом проводилась санационная бронхоскопия.

У детей со стабильной гемодинамикой и внутричерепной гипертензией обезболивание осуществляли посредством постоянной инфузии тиопентала натрия (2-3 мг/кг/мин) в сочетании с опиоидами и недеполяризирующими миорелаксантами на фоне оксигенации смеси кислорода с воздухом. При лабильной гемодинамикой обезболивание проводилось оксibuтиратом натрия в инфузии из расчета 30-40мг/кг/час в комбинации с бензодиазепинами (седуксен 0,2-0,3мг/кг), наркотическими анальгетиками (фентанил 0,005%-0,1-0,2мл/кг).

Инфузионную терапию в отделении реанимации получали все пациенты с ЧМТ без исключения. Коррекцию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания проводили путем использования свежзамороженной плазмы или криопреципитата, гепарина. Не менее важным компонентом в интенсивной терапии ЧМТ наряду с обеспечением адекватного газообмена, является контроль и поддержание на необходимом уровне системной гемодинамики. При гиповолемии предпочтение отдавали коллоидным препаратам. Также назначались препараты, активизирующие окислительно-восстановительные процессы или улучшающие отдачу кислорода в ткани, для этих целей мы применяли актовегин в дозе 0,5-1 г. в сутки. Для снижения ВЧД использовали гиперосмоляльные средства - маннитол 1г/кг. Для купирования судорог применяли производные бензодиазепинов-седуксен 0,2-0,3мг/кг, при эпилептическом статусе лечебный наркоз тиопенталом-натрия 2-2,5мг/кг/час, оксibuтират натрия 20-30мг/кг/час.

При недостаточной эффективности инфузионной терапии для повышения ЦПД (центральное перфузионное давление) применялись симпатомиметики, дозы допамина составляли 5-6 мкг/кг-мин, адреналина - 0,06-0,1 мкг/кг-мин, норадреналина - 0,1-0,3 мкг/кг-мин.

**Выводы.** Таким образом, больным с СЧМТ необходимо на догоспитальном этапе поддержание системной гемодинамики, адекватной вентиляции, оксигенации, с анальгезией и седатацией. Своевременная инфузионная терапия в режиме умеренной дегидратации, искусственная вентиляция легких, предупреждение возбудимости и ригидности, адекватное обезболивание и калорийное энтеральное питание значительно улучшают положительный исход при СЧМТ.

#### **Список литературы:**

1. Бердыев Р.Н. Современные методы диагностики и лечения черепно-мозговой травмы у детей / Р.Н.Бердыев, А.Ч.Чобулов, Ф.Д.Кравчук, М.Хасанов // Здравоохранение Таджикистана. 2009.№1 290-292стр.
2. Набиев З.Н. «Острые легочные повреждения у детей при критических состояниях» З.Н.Набиев // Монография,2008г.,187стр.
3. Чобулов А.Ч. / Восстановление сознания и психической деятельности после травмы мозга; междисциплинарный подход. А.Ч.Чобулов, Р.Н.Бердыев, Х.Д.Рахмонов // Материалы конференции. Москва. 2008. 32стр.
4. Э.Г.Педаченко. Черепно-мозговая травма (методическое пособие) Э.Г. Педаченко, И.П. Гук, А.П. Шлапак, М.М. Пилипенко // Варта.-К.2007.-312стр.
5. Царенко С.В. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы / С.В.Царенко // М: Нейрореаниматология. ОАО Издательство Медицина, 2005-352стр.

*Маликов М.Х, Хамидов Ф.М, Худойдодов О.*

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

**Актуальность.** По данным литературы последних лет частота выполняемых операций по поводу паховых грыж в год варьирует от 10 до 15% и наиболее часто встречается у недоношенных и детей в возрасте до одного года [1,2]. Актуальность проблемы связана с большой частотой встречаемости среди детей, увеличение рецидива патологии и нередкого ятрогенного повреждения элементов семенного канатика [3]. Данные литературы последних лет показывают, что частота повреждения элементов семенного канатика при грыжесечении, выполненной в детском возрасте и невооруженным глазом варьирует от 15 до 25 % [2]. Вместе с тем некоторые авторы утверждают, что нарушение кровоснабжения яичка, возникающее после операции вследствие воспалительных, а затем склеротических процессов из-за операционной травмы, губительно влияет на сперматогенез [2,3].

В литературе имеются сообщения, что операция выполненная детям без прецизионной техники и оптического увеличения может привести к травматизации элементов семенного канатика и развитию фиброза с последующим отрицательным влиянием на репродуктивную функцию. Также приводится, что в 15-29% наблюдений паховое грыжесечение способно нарушению сперматогенной и гормональной функции яичка разной степени тяжести [4]. Наряду с этим некоторые авторы в своих работах упоминают о травме семявыносящего протока во время герниопластики и указывают, что ятрогенные повреждения репродуктивной системы у мужчин составляют 1/5 часть осложнений паховой герниопластики [5]. Выше изложенное побуждает хирургов, занимающихся проблемами герниопластики, к изменению подхода при лечении не только детей с паховыми грыжами, но и взрослых грыженосителей.

**Цель исследования.** Оптимизация способов хирургического лечения детей с паховыми грыжами путем использования прецизионной техники и оптического увеличения.

**Материал и методы исследования.** В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ за период с 1990 по 2020 годы выполнены различные варианты герниопластики 107 детям в возрасте от 2 до 17 лет. При лечении пациентов нами была использована классификация Nyhus, согласно которой выделяются грыжи I-IV типов. При обследовании пациентов было установлено, что патология локализовалась справа у 63 (59%), слева - 40 (37%) больных, двухсторонняя у 4 и рецидивные грыжи также у 4 обследованных детей.

Расположение патологии по отношению к паховым областям приведено на рисунке №1.

**Рисунок №1**



При распределении детей по возрасту нами в материал не были включены дети в юношеском возрасте. Было установлено, что абсолютное большинство детей были госпитализированы в дошкольном возрасте, что составило 68,2%. Столь значимый показатель у детей этой возрастной группы, по нашему мнению, прежде всего, связан с особенностями мышечно-апоневротического слоя паховой области. Вместе с тем другие факторы развития грыжи как частый плач, запоры, недоношенность и др. также имеют немаловажное значение. Распределение пациентов по возрасту приведено в таблице 1.

**Таблица 1**

**Возрастная группа пациентов с паховыми грыжами**

Возраст пациентов	Количество пациентов	%
От 1 до 3 лет ранний детский возраст	35	32,7
От 4 до 6 дошкольный возраст	38	35,5
От 7 до 12 (младший школьный возраст)	26	24,3
От 13 до 17 (подростковый возраст)	8	7,5
<b>ИТОГО</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

Частота развития грыжи по возрасту уменьшается, как исходит из таблицы, что в младшем и подростковом возрасте всего поступили 34 (32,2%).

Среди дополнительных методов исследования были использованы УЗИ, УЗДГ и диафаноскопия. Анализ спермы был рекомендован детям свыше 14 лет. Все дети предварительно прошли консультацию врача педиатра, при наличии хронических воспалений верхних дыхательных путей и анемии операции откладывались на определенные сроки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все дети были оперированы под общим обезболиванием и операции выполнялись исключительно под прецизионной техникой и оптическим увеличением.

Было установлено, что 4 детям, у которых имел место рецидив, операции по поводу первичной грыжи были выполнены в условиях районных больниц. Среди этих 4 детей у двоих отмечалось повреждение семявыносящего протока. В одном случае удалось восстановить непрерывность протока, в другом наблюдении дефект превышал более 5 см. В двух остальных случаях элементы были высвобождены, но все же сдавление их спайками имело место.

Детям были выполнены следующие способы грыжесечения: способом Мартынова (43), способом Кукуджанова (29), способом Бассини (18), способом Ру-Краснабаев (17). Способы Мартынова и Ру-Краснабаева в основном были использованы в младшей возрастной группе пациентов.

Особенность операции заключалась в первоначальной мобилизации и идентификации элементов семенного канатика и их ограждении с целью профилактики ятрогенного повреждения. В последующем шла мобилизация вагинального отростка брюшины после предварительной инфильтрации слоя между элементами и самого мешка. Симультантные операции были выполнены 14 пациентам (операция Бергмана, Винкельмана и аппендэктомия). Аппендэктомия была осуществлена 9 детям по поводу грыжи Амианда. У всех этих 9 пациентов клинические признаки и изменения в отростке характерны для хронического аппендицита имели место. В связи с этим симультанную операцию считали оправданной.

Морфологическое исследование удаленного червеобразного отростка было проведено 9 пациентам, а измененного апоневроза и утолщенного вагинального отростка - 12 детям.

В послеоперационном периоде назначали лишь обезболивающие средства и антибиотики в виде суспензии. В период нахождения детей в стационаре наличие раневых инфекций не были отмечены ни в одном наблюдении, но

инфильтраты, которые имели место у 7 пациентов при своевременной диагностике и лечении подвергались обратному регрессу. С рецидивом патологии в отдаленном периоде оперированные пациенты не обратились, однако наличие гидроцеле имело место у 3 пациентов, которым были выполнены операции Винкельмана. Рефлекторно-ирригационный синдром имел место у 3 пациентов, больным назначили физиотерапевтические процедуры.

**Выводы.** Выбор адекватного способа операции при лечении паховых грыж у детей сводит на нет рецидив патологии. Использование прецизионной техники и оптического увеличения наряду с хорошей идентификацией структур и мобилизации мешка предупреждает риск ятрогенного повреждения элементов семенного канатика.

#### **Список литературы.**

1. Акрамов Н.Р. Репродуктивный статус мужчин после классической герниопластики, выполненной в детском возрасте при паховой грыже / Н.Р. Акрамов [и др.] // Казанский медицинский журнал.- 2014. -Т.95, №1. - С.7 - 11.
2. Смотрин С. М. Хирургия паховых грыж в Гродненском регионе. Пути совершенствования подходов к выбору метода герниопластики / С. М.Смотрин [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – Т.16, №4. – С. 497-501.
3. Собенников И. С. Диагностика и лечение мужского бесплодия у больных с распространенной патологией гинеталий и паховой области/ И. С. Собенников [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2017 – Т.25, №3. – 460 – 464.
4. Щербинин А. В. Влияние оперативной коррекции паховой грыжи и гидроцеле на тестикулярный кровоток у детей/ А.В. Щербинин [и др.] //Медико-социальные проблемы семьи. – 2016. – Т.21, № 2. - С. 43 – 47.
5. Rönkä K. Role of orchietomy in severe testicular pain after inguinal hernia surgery: audit of the Finnish Patient Insurance Centre/ K. Rönkä [et al.] // Hernia. - 2015;19 (1):53–9.

*Маликов М.Х., Мирзобеков Х.Ф., Хасанов М.А., Махмадқулова Н.А.*

### **КОРРИГИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВНЫХ СТОЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино. РНЦССХ.

Кафедра оперативной хирургии топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино.Таджикистан.

**Актуальность.** Рост производства и увеличение число дорожно-транспортных происшествий является основным фактором, приводящим к травматизации структур верхней конечности. Зачастую отмечается сочетанный характер повреждений, где наряду с переломами костей отмечается повреждение сосудисто-нервных пучков и сухожильно-мышечного аппарата [1]. Анализ работ ряда авторов показывает, что инвалидность при изолированных повреждениях сосудисто-нервных пучков составляет 5%, при сочетанных костно-сосудистых около 11% пострадавшие считаются нетрудоспособными [2-3].

Параллельно традиционными оперативным вмешательствам в настоящее время при последствии повреждении нервных стволов выполняются ряд современных методов операции. Восстановление сенсорной функции кисти достигается выполнением разнообразных оперативных вмешательств на самом поврежденном нервном стволе. Удовлетворительные результаты восстановления чувствительности кисти и пальцев нередко достигается путем невротизации поврежденного нервного ствола за счет донорских нервных стволов[4]. Восстановление потерянной двигательной активности кисти достигается путем применения различных вариантов сухожильно-мышечной транспозиции [5].

Однако в части случаев результаты этих операций не удовлетворяют оперированных больных и многие из них вынуждено сменяют свою профессиональную деятельность []. Ухудшения качество их жизни связано с большой частотой неудовлетворительных результатов .

**Цель настоящего исследования** является улучшение результатов хирургической коррекции остаточной функции кисти путем невротизации и сухожильно-мышечной транспозиции.

**Материал и методы исследования.** По поводу застарелого повреждения лучевого нерва 77 пациентам выполнены варианты сухожильно-мышечной транспозиции (СМТ). Больные находились на лечение в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

У пострадавших имело место необратимая атрофия мышц кисти иннервируемым срединным и локтевым нервам, разгибателей кисти и предплечья иннервируемым лучевым нервов. Среди 77 пациентов у 6 имелось клиническое проявление нижнего типа травматического брахиоплексита, у которых было невозможно сгибания конечности в локтевом суставе. Кроме того среди этих 6 пациентов проявление добавлялось потерей функции и лучевого нерва, т.е. невозможность разгибания кисти и пальцев.

Клиническое проявление изолированного застарелого повреждения имело место у 33 локтевого нерва – у 26 пациентов. Повреждение срединного нерва имело место в 12 наблюдениях.

Из анамнеза было выяснено, что 77 пациентов 69 (89,6%) после получения травмы обратились в неспециализированных лечебных учреждениях. Пострадавшим была произведена первичная хирургическая обработка ран, но повреждения нервных стволов не было диагностировано.

Остальным 8 (10,4%), по поводу первичной травмы шов нервного ствола был осуществлен в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии, однако остаточная функция кисти в последующем потребовала применению корригирующих вмешательств.

С учетом этиологических факторов повреждения, времени прошедшее с момента получения травмы и характера повреждения прибегали к широкому использованию дополнительных методов диагностики. Среди них были использованы рентгенография костей верхней конечности электротермометрия, реовазография, УЗДГ и ЭНМГ.



**Результаты исследования и их обсуждение.** В 6 наблюдениях нижнего типа травматического брахиоплексита с целью восстановления сгибания локтевого сустава было произведено перемещение торакодорсальной мышцы на сосудистой ножке в позицию двуглавой мышцы плеча. Как напоминалось выше, среди этих 7 пациентов в одном наблюдении имелась картина повреждения лучевого нерва. Пациенту после восстановления функции сгибания конечности в локтевом суставе была выполнена СМТ с целью восстановления функции разгибания кисти и пальцев.

Всем 32 пациентам с застарелым повреждением лучевого нерва по стандартной методике была произведена СМТ для восстановления разгибания кисти и пальцев. С целью разгибания и отведения большого пальца перемещение достигалось за счет сухожилие длинной ладонной мышцы. С целью разгибания кисти и пальцев использовали либо лучевой, либо локтевой сгибатель кисти и квадратный пронатор.

Застарелое повреждение локтевого нерва (26) у всех пострадавших сопровождалось развитием “когистой деформации” IV-V пальцев кисти. Этим пациентов с целью устранения деформации использовали операции Zancolli и модифицированный способ этой операции.

Оппонентопластика 12 пострадавшим с застарелым повреждением срединного нерва была осуществлена за счет сухожилия поверхностного сгибателя IV и собственного разгибателя II пальца. Шов нервного ствола преследовал восстановлению сенсорной функции кисти.

Наличие раневых осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Переобучения проводили специалисты отделения реконструктивной и пластической микрохирургии. Процедуру начинали спустя 21 дня после снятия повязок, и продолжалась она в течение более 6 месяцев.

В отдаленном периоде из-за неэффективности после СМТ по поводу повреждения лучевого нерва была выполнена корригирующая операция на ранее переключенных сухожилиях. Результат считался удовлетворительной.

При операции Zancolli в 2 наблюдениях эффект не был получен. Повторная реконструкция сухожилий привела к успеху.

**Выводы.** Непоправимые повреждения нервных стволов верхней конечности являются показанием к выполнению различных вариантов корригирующих вмешательств. Сухожильно-мышечная транспозиция, выполненная по показаниям в большинство случаев позволяет достичь желаемые функциональные результаты. Шов нервного ствола, осуществленная наряду с СМТ, позволяет восстановить сенсорную функцию кисти.

#### **Список литературы**

1. Бехтерев А. В. Тактика при повреждении периферических нервов верхней конечности / А. В. Бехтерев, С. А. Ткаченко, В. Д. Машталов // Главный врач Юга России. – 2017. – №. 4 (57). – С. 28 – 32;
2. Вишневский В. А. Некоторые вопросы лечения травм периферических нервов конечностей / В. А. Вишневский // Science Rise. – 2015. – Т. 11, №. 3 (16). – С. 60-65;
3. Saremi H. Tendon transfer in hand trauma: a case report \ H. Saremi, A. Karbalaieikhani \ Trauma Mon. – 2013.- Vol17, N 4. – P.401-403.
4. Ultee J. Functional results after treatment of Volkmann's ischemic contracture: along – term follow-up study. Chapter 3. / J. Ultee, S.E.R. Novius // Ridderprint BV, Ridderkerk, the Netherlands. – 2010. – P. 41–56

*Махамдиев А.А., Холматов Д.И., Ятимов Х.Р.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ**

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

**Актуальность.** Проблема борьбы с раневой инфекцией, как проявлением нозокомиальной (госпитальной) инфекции является актуальной в любой хирургической специальности, особенно в оториноларингологии. Операционная рана после вмешательства по поводу местно-распространенных инфекции ЛОР-органов всегда является первично инфицированной, поскольку при этом вскрывается просвет полых органов и операционная поверхность инфицируется микроорганизмами. Кроме того, наличие холестеатомы в полостях среднего уха, является фактором риска развития раневой инфекции. Значительную роль в развитии раневой инфекции играет проведение неадекватной антибактериальной терапии в предоперационном периоде, которая усугубляет иммуносупрессию и нередко осложняется лейкопенией (нейтропенией)[1,2].

Оперативные вмешательства при хроническом гнойном среднем отите (ХГСО) не всегда дают хорошие результаты, заживление трепанационной полости может происходить медленно с гиперплазией слизистых оболочек, образованием грануляций, экссудаций, а у 13 - 35% приводит к рецидиву заболевания. Процесс, который формируется в ухе после saniрующих операций, является показанием к повторному оперативному вмешательству. Малоэффективный saniрующий эффект выражается рецидивом холестеатомы, кариозно-грануляционным процессом в оперированном ухе, мукозитом. Повторные образования холестеатомы считается достаточно серьезной проблемой, которая проявляется, по данным литературы, в 2–80% случаев после осуществления saniрующей операции по закрытому типу с тимпанопластикой [2,3].

Необходимо также учитывать, что при хроническом гнойном среднем отите иногда приходится производить длительные, обширные, травматичные операции, имеющие целый ряд особенностей. Это связано с анатомией, физиологией ЛОР-органов. Всё вышеизложенное побуждает искать способы оптимизации заживления раны у данной категории больных.

**Цель исследования.** Оптимизация заживления раны при радикальных операциях у больных с хроническим гнойным средним отитом.

**Материал и методы исследования.** В условиях сурдологического отделения ЛОР клиники НМЦРТ «Шифобахш» за период 2018-2020гг. нами было обследовано и прооперировано 80 больных в возрасте от 17 до 50 лет (из

них 36 женщин и 44 мужчин), страдающих хроническим гнойным средним отитом (эпитимпанит - 56, мезоэпитимпанит - 24).

Всем больным в предоперационном периоде при помощи отомикроскопа оценивали состояние полости среднего уха, проведено исследование проходимости слуховых труб, комплекс аудиологических методов исследования, компьютерная томография (КТ) височных костей, а также лабораторные исследования. Кроме того, у всех больных при поступлении исследовали отделяемое из уха, а также отделяемое, забираемое во время санирующей операции из полостей среднего уха.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ предрасполагающих факторов развития ХГСО показал, что больные с эпитимпанитом и эпимезотимпанитом болели острым гнойным средним отитом от 3 до 5 раз в год. Выяснилось, что роль экссудативного среднего отита (25,6%) и адгезивного среднего отита (45%), как причины ХГСО также велика. С целью изучения диагностических возможностей раннего выявления холестеатомы среднего уха нами были изучены КТ больных, у которых во время операции была обнаружена холестеатома (62 наблюдения). Также была выделена группа пациентов с рецидивом заболевания — 18 (22,5%), которым ранее проводилось хирургическое лечение по поводу ХГСО.

При поступлении больные жаловались на: снижение слуха, гноетечение из уха, шум в ушах различного характера, головокружение, боль в ухе и заушной области, головные боли, чувства неприятного запаха, периферический парез мимической мускулатуры лица, нарушение разборчивости речи.

При отомикроскопии у больных обнаружены: тотальный дефект барабанной перепонки у 24(30%) пациентов, субтотальный дефект барабанной перепонки (краевой) у 56(70%) пациентов, постоянная влажность, отёчность и раздражение слизистых полостей среднего уха у 62(77,5%), густые гнойные выделения из полости среднего уха у 80 (100%), холестеатома в барабанной полости у 48(60%), врастание эпидермиса в барабанную полость у 56 (70%), грануляции, полипы в барабанной полости у 24 (30%), холестеатома, нарастание эпидермиса и грануляции в трепанационной полости у оперированных больных у 18 (22,5%).

Всем больным проведено хирургическое лечение: консервативно-радикальная операция была выполнена у 45 пациентов, расширенная радикальная операция у 35 пациентов. В ходе операции оценивали характер деструктивных изменений в височной кости, состояние слуховых косточек. После удаления патологического процесса (холестеатома, полипы, грануляционная ткань) из полостей среднего уха и тщательного гемостаза порошок антибиотиков по чувствительности к данной флоре наносился тонким слоем путем припудривания по всей раневой поверхности через стерильную марлевую салфетку. Перед ушиванием послеоперационная полость рыхло выполнялась длинной турундой. Затем выполнялось послойное ушивание раны. Тампон оставляли на 1-2 суток с постепенным удалением.

В послеоперационном периоде больные получали соответствующую антибактериальную, антигистаминную и дезинтоксикационную терапию. Ежедневно проводили перевязку с применением антибиотиков в виде порошка на послеоперационную полость (по чувствительности к данной флоре).

В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат получен у 85 (67,5%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат наблюдали у 120 (95,2%) пациентов.

При изучении функциональных результатов хирургического лечения у пациентов было обнаружено статистически значимое понижение порогов воздушного звукопроводения и костно-воздушного интервала в отдалённом послеоперационном периоде.

Во всех случаях кожные раны заживали первичным натяжением, швы сняты на 8-10-е сутки. В двух случаях у больных сформировался временный послеоперационный свищ, который закрылся самостоятельно в течении месяца после операции. В целом у больных с ХГСО процент заживления ран первичным натяжением составил 86%.

**Выводы.** Интраоперационное применение антибактериальных препаратов по чувствительности к микроорганизмам является дополнительным фактором профилактики раневой инфекции у больных с хроническим гнойным средним отитом, что способствует первичному заживлению раны.

#### **Список литературы:**

1. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей. М 1990.
2. Болезнь оперированного уха: клиническая характеристика и патоморфологическое обоснование / Ю. К. Янов и [др.] // Рос. оторинолар. — 2005. - №4. - С. 149 - 155.
3. Санирующая хирургия при хроническом гнойном среднем отите с холестеатомой / А.И. Крюков [и др.] Вестник оториноларингологии. – 2011. – №1. – С. 62-65.

*Махамадиев А.А., Юсупов А.Ш., Адылова Ф.Х.*

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДЕСТРУКЦИЕЙ СРЕДНЕГО УХА**

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

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии признается хронический гнойный средний отит (ХГСО), который является причиной деструктивных изменений анатомических структур среднего уха, кроме этого он может оказать негативное влияние на внутреннее ухо. Движение цитокинов, воспалительных клеток и бактериальных продуктов через мембраны круглого окна перемещаются в улитку, что является риском развития сенсоневральной тугоухости [5]. Хирургическая тактика при ХГСО, осложненном холестеатомой, определяется в зависимости от деструкции структур среднего уха и от распространения холестеатомы [1,2].

Оперативные вмешательства при ХГСО не всегда дают хорошие результаты, заживление трепанационной полости может происходить медленно с гиперплазией слизистых оболочек, образованием грануляций, экссудаций, а у

13 - 35% приводит к рецидиву заболевания. Процесс, который формируется в ухе после saniрующих операций, в литературе часто называется «болезнью оперированного уха», который является показанием к повторному оперативному вмешательству. Малоэффективный saniрующий эффект выражается рецидивом холестеатомы, кариозно-грануляционным процессом в оперированном ухе, мукозитом. Повторные образования холестеатомы считаются достаточно серьезной проблемой, которые проявляются, по данным литературы, в 2–80% случаев после осуществления saniрующей операции по закрытому типу с тимпанопластикой [3, 4].

**Цель исследования.** Оптимизировать хирургическое лечение больных с хроническим гнойным средним отитом.

**Материал и методы исследования.** В условиях сурдологического отделения ЛОР клиники НМЦРТ за период 2017-2020гг. нами было обследовано и прооперировано 126 больных в возрасте от 19 до 45 лет (из них 56 женщин и 70 мужчин), страдающих хроническим гнойным средним отитом с различной степенью тугоухости. Всем больным в предоперационном периоде при помощи отомикроскопа оценивали состояние полости среднего уха, проводили исследование проходимости слуховых труб, аудиологическое исследование, компьютерную томографию (КТ) височных костей, а также лабораторные исследования. Применение того или иного объема хирургического вмешательства зависело от данных клинического обследования, длительности процесса и аудиологического исследования. Данные КТ наравне с клиническими находками являлись одним из решающих факторов выбора метода хирургического вмешательства. Кроме того, у всех больных при поступлении исследовали отделяемое из уха, а также отделяемое, забираемое во время saniрующей операции из полостей среднего уха. В ходе операции оценивали характер деструктивных изменений в височной кости, состояние слуховых косточек.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По клиническим формам заболевания были диагностированы: мезотимпанит – 31 больной, эпитимпанит – 42 больных и мезоэпитимпанит - 53 больных. Длительность заболевания в среднем составила от 5 года до 10 лет.

Все больные с ХГСО, имели различные жалобы, которые были разделены на местные (боль в ухе, оторрея, понижение слуха, гнилостный запах из уха, шум в ушах) и общеинтоксикационные (головная боль, слабость, озноб).

Данные о жалобах больных и отомикроскопическая картина приведены в таблицах 1 и 2.

**Таблица 1. - Жалобы больных при поступлении**

Жалобы	Абс.	%
Снижение слуха	126	100%
Гноетечение из уха	126	100%
Шум в ушах различного характера	53	42,0%
Головокружение	12	9,5%
Боль в ухе и заушной области	35	37,7%
Головные боли	18	14,3%
Чувство неприятного запаха	62	49,2%
Периферический парез мимической мускулатуры лица	3	2,4%
Нарушение разборчивости речи	28	22,2%
Заложенность в ушах	32	25,4%

**Таблица 2. - Отомикроскопические находки у обследованных больных**

Находки при отомикроскопии	Абс.	%
Тотальный дефект барабанной перепонки	53	42,1
Субтотальный дефект барабанной перепонки (красвая или центральная)	73	57,9
Постоянная влажность, отёчность и раздражение слизистых полостей среднего уха	62	49,2
Густые гнойные выделения из полости среднего уха	71	56,3
Холестеатома в барабанной полости	43	34,1
Врастание эпидермиса в барабанную полость	20	15,9
Атрезия в НСП в костном отделе за счет грануляционной ткани	18	14,3
Грануляции, кисты, полипы в барабанной полости	20	15,9
Холестеатома, нарастание эпидермиса и грануляции в трепанационной полости у оперированных	22	17,5

Хирургическая тактика определялась характером интраоперационных находок (гнойное содержимое, грануляционная ткань, полипы, холестеатома), преимущественно в зависимости от разрушения костных структур среднего уха, черепных ямок, сигмовидного синуса, канала лицевого нерва и состояния цепи слуховых косточек. На основании степени выраженности деструктивных изменений в различных структурах среднего уха, нами были проведены следующие виды операций на среднем ухе: эндоуральная аттикоантротомия, антромастоидотомия, расширенная радикальная операция, радикальная операция с реконструкцией среднего уха.

В послеоперационном периоде больные получали соответствующую антибактериальную, антигистаминную и дезинтоксикационную терапию. Ежедневно проводили перевязку с применением антибиотиков в виде порошка на послеоперационную полость (по чувствительности к данной флоре).

В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат получен у 85 (67,5%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат наблюдали у 120 (95,2%) пациентов.

При изучении функциональных результатов хирургического лечения у пациентов было обнаружено статистически значимое понижение порогов воздушного звукопроведения и КВИ в отдалённом послеоперационном периоде.



Диаграмма 1. - Результаты обследованных ушей по степени нарушения слуха, по данным аудиометрии в стандартном диапазоне частот (количество обследованных ушей n=126)

Преимущественно у большей части обследованных больных с хроническим гнойным средним отитом были диагностированы смешанная тугоухость у 45 (55,6%), кондуктивная тугоухость - у 29 (35,8%) больных, сенсоневральная тугоухость - у 7 (8,6%).

У больных при ХГСО с длительностью заболевания от 5 до 10 лет с редкими обострениями в результате исследования было отмечено, что костное звукопроводение на частотах при тональной пороговой аудиометрии, начиная от 8000 Гц, имело значительное отличие от нормальных величин  $19,2 \pm 1,6$  дБ.  $P < 0,001$ , а в области от 10000 до 18000 Гц наблюдали повышение порогов костного звукопроводения до  $47,6 \pm 1,5$  дБ.  $P < 0,001$ . При этом костно-воздушный промежуток в среднем был равен  $15,2 \pm 1,1$  дБ.  $P < 0,001$  дБ.

**Выводы.** Выбор метода хирургического лечения при ХГСО должен быть дифференцированным. Эндоуральная аттикоантромия эффективна при ограниченном гнойном процессе в полости среднего уха. При выраженности деструктивных изменений в полостях среднего уха результативно радикальная операция, что улучшает доступ к очагу инфекции и даёт возможность для хорошей санации. **Нарушение функции слухового нерва при ХГСО зависит от клинической формы, частоты обострений, числа проведенных операции, исходов операций и рецидивов заболевания после операции.**

#### Список литературы.

1. Аникин И.А. Хирургическая тактика при повторных операциях на среднем ухе / И.А. Аникин, С.В. Астащенко, Б.А. Заварзин // Российская оториноларингология. – 2008. – № 4. – С. 3-8.
2. Болезнь оперированного уха: клиническая характеристика и патоморфологическое обоснование / Ю. К. Янов и [др.] // Рос. оторинолар. — 2005. - №4. - С. 149 - 155.
3. Аникин И.А. Хирургическая тактика при повторных операциях на среднем ухе / И.А. Аникин, С.В. Астащенко, Б.А. Заварзин // Российская оториноларингология. – 2008. – № 4. – С. 3-8.
4. Астащенко С.В. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших санирующие вмешательства на среднем ухе. Ретроспективный анализ / С.В. Астащенко, И.А. Аникин, Р.В. Карапетян // Российская оториноларингология. – 2011. – №6 (55). – С.3-11.
5. Control of chronic otitis media and sensorineural hearing loss in C3H/HeJ mice: Glucocorticoids vs. mineralocorticoids / C.J. MacArthur [et al.] // Otolaryngol head neck surg. 2008. – №139. – P. 646–653.

*Махмаджонов Д.М., Атоев И.К., Сафедов Ф.Х.*

#### ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

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

**Актуальность.** В эндемическом очаге по уролитиазу частота камней мочеточников составляет от 7,2 до 28,6% из общего числа детей с мочекаменной болезнью [1,3,4]. Тяжесть общего состояния детей зависит от стадии и активности калькулёзного пиелонефрита, сопутствующих пороков развития мочевых путей, соматических заболеваний, а также изменений, вызывающих длительное пребывание камня, который иногда приводит к инфильтрации всех стенок мочеточника [2,4]. Нередко на месте нахождения камня развиваются пролежни или стриктура. По этой причине большое значение имеет своевременное удаление камня.

**Цель исследования.** Целью настоящего сообщения является улучшение результатов лечения и профилактики осложнений камней мочеточника у детей.

**Материалы и методы исследования.** За последние 5 лет в клинику детской хирургии ГОУ ТГМУ поступили 45 детей с камнями мочеточников. Среди поступивших детей до 3 лет было 8, от 4 до 6 – 12 и с 7 до 14 лет 25 детей. Мальчиков было 40. Девочек 5. Основными симптомами КМ у детей являются боль, гематурия, симптомы эндотоксикоза, реже спонтанное отхождение камней. Каждый второй ребенок с камнями мочеточника поступает с явлениями острой обструкции мочеточника, с относительно благоприятным соматическим фоном, характеризуется почечной коликой. Диагноз основывался на данных анамнеза, клинико-лабораторных, рентгенологических, инструментальных и сонографических методах исследований. Всем больным при поступлении и в динамике проводились об-

зорная и экскреторная урография, цистография, ультразвуковое исследование почек и мочевых путей, при необходимости дуплексное сканирование сосудов почек и цистоскопии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Больные с камнями мочеточников в зависимости от вида обструкции мочеточника, осложнений, сопутствующих соматических заболеваний и пороков развития мочевых путей были распределены на следующие группы. Неосложненные камни мочеточников (18), осложненные камни мочеточников (16), камни мочеточников на фоне соматических заболеваний (6), камни мочеточников на фоне пороков развития мочевых путей (5). Лечение детей с КМ должно быть по возможности, консервативным. Если ребенок поступает с явлением острой обструкции мочеточника камнем, с целью купирования почечной колики назначают спазмолитики, анальгетики, десенсибилизирующие препараты в возрастных дозировках, теплые грелки на живот и поясничную область, или больного помещают в теплую ванну. С учетом клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследований в клинике разработаны показания к консервативному и оперативному лечению. Показанием к консервативному лечению являются солитарные камни мочеточника, располагающиеся в нижней трети, имеющие округлую форму с гладкой поверхностью и диаметром не превышающим 1/3 возрастной ширины мочеточника. С целью купирования приступа почечной колики больным назначали в возрастных дозировках спазмолитики (но-шпа, спазган, баралгин), анальгетики, десенсибилизирующие препараты, теплая грелка на проекции мочеточника и поясничную область. После чего проводилась водная нагрузка. Через 30-40 минут больному назначали нетяжелые физические упражнения, физиотерапевтические процедуры, в результате чего у 18 больных камни отошли благополучно. Консервативная терапия с целью низведения камней мочеточника была эффективна на фоне калькулезного пиелонефрита первой степени и в латентной фазе течения, при отсутствии значительных нарушений функции почек. У 27 больных камни были фиксированными, диаметр их было более 1 см, с шероховатой поверхностью и неправильной формы. В таких случаях стенки мочеточника вокруг камня уплотняются, становятся инфильтрированными, что в дальнейшем может привести к стриктуре или пролежни мочеточника с развитием тяжелых осложнений. Оперативное лечение при этом сопряжено с травмами и в послеоперационном периоде могут формироваться длительно не закрывающиеся мочевые свищи, требующие повторной операции. Учитывая указанные выше осложнения, нами предложен и применяется способ профилактики мочевых свищей при уретеролитотомии с наличием пролежня и инфильтрации стенки мочеточника (изо заявка №2001393). Способ у мальчиков заключается в следующем. После удаления камня через рану мочеточника в мочевой пузырь вводится мужской, металлический катетер или специальный изогнутый зонд, по направлению к передней брюшной стенке так, чтобы конец катетера выпирал наружу. Затем над клювом металлического катетера производится надрез соответственно диаметру катетера и на буж или катетер надевается полихлорвиниловая трубка, обратным движением бужа трубка попадает в просвет мочеточника. Конец катетера перемещается на 3-5 см выше уретеротомного разреза. Дефект мочеточника ушивается узловыми кетгутowymi швами. Трубка фиксируется к коже надлобковой области. Применение данного способа у 27 детей показало его высокую эффективность у указанных выше категорий больных. Осложнений в виде мочевого свища или сужения мочеточника ни у одного пациента не отмечено. Раны заживались первичным натяжением.

**Выводы.** Камни мочеточников встречаются наиболее часто в возрасте от 7 до 14 лет и преимущественно у мальчиков. При комплексном поэтапном лечении и при неосложненных камнях отхождения камня отмечается у всех больных. При осложненных, длительно фиксированных камнях нижней трети мочеточников, имеющих диаметр более 1 см, необходимо оперативное вмешательство с использованием предложенного нами метода.

#### **Список литературы.**

1. Азизов А.А. Билатеральный уролитиаз у детей. / А.А. Азизов, А.Ш. Шаханов, Б.М. Займуудинов // Монография. - Душанбе - 2014. - 212 с.
2. Азизов А.А., Детская урология / А.А. Азизов., Б.А. Азизов., Б.М. Займуудинов // Монография. - Душанбе - 2014. - 226 с.
3. Пугачев А.Г. «Детская урология». / А.Г. Пугачев // Монография. М. - 2009. - с. 374 - 395.
4. Пулатов А.Т. «Уролитиаз у детей». / А.Т. Пулатов // Монография. Л. 1990. - с.157 - 167. Душанбе улица Гиссарская 77-2. кв.95. тел. Дом.232-46-51. Моб. 985 17 70 58. Махмаджонову Додаржону

*Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х., Сафаров А.И.*  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ**  
Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Таджикистан

**Актуальность.** Проблемы заключаются не только в полиморфности видов обструкции, но и в нередких их осложнениях, таких, как хроническая почечная недостаточность (ХПН), сморщивание почки, потеря функции органа [1,3].

Наиболее часто в структуре обструктивных уропатий встречаются такие заболевания, как гидронефроз, уретерогидронефроз, склероз шейки мочевого пузыря (СШМП), нейрогенный мочевой пузырь, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) и уретероцеле [1,2,4].

Уретероцеле – кистевидное расширение подслизистого отдела мочеточника, в подавляющем большинстве случаев обусловленное врожденным стенозом или уретральной эктопией устья.

**Цель исследования.** Улучшение диагностики и тактики хирургического лечения уретероцеле у детей.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением в клинике детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, на базе детского урологического отделения ГУ НМЦ РТ за период с 2015 по 2019 гг. на лечении находились 12 детей с уретероцеле. Возраст больных от 6 месяцев до 3-х лет. Девочек было 8, мальчиков 4. Процесс чаще носил односторонний характер (11-92%), хотя имело место и двустороннее поражение (1-8%). У подавляющего

числа лиц, 11 (98%), уретероцеле носило ортотопический характер. Гетеротопический вариант, относящийся к верхнему сегменту удвоенной почки, имел место у 1 (2%). По степени уретероцеле: 1 ст. - 2, 2 ст. - 8, 3 ст. - 4 больных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В диагностике уретероцеле основное место принадлежит обзорной, экскреторной урографии и цистографии, которая позволяет получить информацию не только о наличии самого порока, но и опосредованные данные об анатомо-функциональном состоянии почки и мочеточника. Затруднения возникают в случае “немой” почки или нефункционирующего удвоенного мочеточника, которые выявили у 4(33,3%) больных. Симптоматика порока и его выраженность зависят, главным образом, от размеров, возраста больных и сопутствующих осложнений. Клиническая картина уретероцеле практически лишена специфических проявлений и определяется симптомами, характерными для многих других урологических заболеваний, за исключением редких случаев выпадения уретероцеле наружу, через мочеиспускательный канал, которое имело место

у одного больного. Большие, порой гигантские размеры уретероцеле вызывали значительную дилатацию верхних мочевых путей и занимали значительную часть мочевого пузыря и ограничивали его объём, нарушали

акт мочеиспускания, что обуславливает раннее появление симптомов порока в грудном возрасте, которые наблюдали у 4(33,3%) больных. У остальных больных, уретероцеле небольших размеров выявляются чаще у детей старшего возраста на фоне присоединившихся осложнений, обострение хронического пиелонефрита, повышение температуры тела, пиурия и боли в пояснице. У одного больного, кроме болевой синдромы, уретероцеле вызывало острую задержку мочи. В ходе урологических исследований у больных с уретероцеле в 100% случаев выявилось полное удвоение мочеточника и почки, а причиной уретероцеле при полном удвоении почек и мочеточников было сужение устья верхнего мочеточника. По рентгенографическому исследованию (цистография и экскреторная урография) у 4-х больных выявлен уретерогидронефроз 4-5 ст. верхней удвоенной почки, а у 2-х больных уретерогидронефроз 2-3 стадии. На цистографии у 4-х больных отмечалось наличие пузырно-мочеточникового почечного рефлюкса нижней удвоенной почки, то есть нижней функционирующей почки и дефект наполнения мочевого пузыря. УЗИ-исследование выявило истончение толщины паренхимы до 2,0 - 4,0 мм, расширение и деформацию чашечно-лоханочной системы и расширение мочеточника на всём протяжении, в полости мочевого пузыря визуализировалось уретероцеле в виде округлого тонкостенного жидкостного образования, выходящего на стороне пороженной стенки мочевого пузыря. В анализах мочи у этих больных выявлялись лейкоциты в большом количестве, эритроциты и белок. Всем больным проводили бактериологические исследования мочи, где наиболее часто обнаруживается стафилококк и стрептококк. Вопрос о выборе тактики оперативного лечения уретероцеле до сих пор не имеет однозначного ответа, что во многом обусловлено поздней диагностикой, наличием разнообразных форм этого порока и сопутствующих им осложнениями. Основной целью оперативной коррекции порока является восстановление нормальной уродинамики верхних и нижних мочевых путей, ликвидация сопутствующих осложнений, сохранение функции почки. Органоуносящие операции (геминефруретероэктомия с аспирацией содержимого уретероцеле, либо с трансвезикальным иссечением оболочек кисты) нами выполнены у 4-х больных, когда имела место полная атрофия паренхимы и потеря функции почек. Одновременно выполнен нецистоуретероанастомоз с антирефлюксной защитой нижнего функционирующего мочеточника. Технической деталью, осложняющей ход операции, является создание в зоне неимплантации значительной раневой поверхности, образованной в результате иссечения оболочек уретероцеле. Пересадка мочеточника производится после ушивания дефекта детрузора и слизистой раневых поверхностей так, чтобы формируемое устье располагалось в зоне треугольника Льео медиальнее его прежнего открытия. Больным, которые поступили с уретероцеле 1-2 ст., их было 6(50%), когда функции почек не были нарушены, выполнялась операция - уретероцелэктомия с нецистоуретероанастомозом и интубацией обоих мочеточников. Операции во всех случаях обязательно завершались дренированием мочевого пузыря катетером Фолея или полиэтиленовой трубкой возрастной нормы. Такой подход, по нашему мнению, обеспечивает функциональный покой мочевому пузырю, улучшая процессы регенерации раневой поверхности, а также является методом активной профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса высокого давления и обострения пиелонефрита. Сроки послеоперационного дренирования мочеточника и мочевого пузыря сугубо индивидуальны, в среднем 8-10 дней.

**Выводы.** 1. Доступное и безвредное УЗИ-исследование в диагностике уретероцеле и связанных с ним осложнений удачно дополняет, а при определенных условиях может полностью заменить традиционные методы выявления этого порока - экскреторную урографию и цистоскопию. В трудных случаях рекомендуется контрастная компьютерная томография.

2. Обоснована патогенетическая реконструктивно-пластическая хирургическая тактика лечения при уретероцеле у детей, которая зависит от стадии и типа, а также степени нарушения уродинамики верхних мочевых путей, наличия и характера сопутствующих осложнений.

3. Основным оперативным вмешательством у детей с ортотопическим уретероцеле является трансвезикальное иссечение кисты в сочетании с антирефлюксной операцией. При гетеротопическом уретероцеле - 3 ст., сопровождающемся гигантским мегадолохуретером и с утратой функции верхнего сегмента, операцией выбора служит геминефруретерэктомия с уретероцелэктомией. Органосохраняющие дренирующие операции показаны только при сохранной функции обоих сегментов удвоенной почки, то есть при уретероцеле 1-2 ст.

#### **Список литературы.**

1. Азизов А.А. Диагностика и тактика хирургического лечения аномалий развития мочеполовых органов у детей. / А.А. Азизов., Б.М., Займудинов // Материалы научной практической конференции. Душанбе. - 2017. - с. 246.
2. Уренков С.Б. Уретероцеле. Клиника, диагностика, лечение. / С.Б. Уренков // Автореф. канд. дисс. - М., - 1988. - 23 с.
3. Сапожников И.М. Клиника, диагностика и лечение уретероцеле у взрослых. / И.М. Сапожников // Дис. канд. мед.

- наук. - М., -1993. 117 -с.  
4. Пугачев А.Г. «Детская урология»./ А.Г. Пугачев // Руководство для врачей. М., - 2009. с. 490.

*Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б., Кадирова Н.А., Зиёзода М.*  
**ДОСТУП ОТ ЛИМБА К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ МЫШЦАМ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ КОСОГЛАЗИИ**

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,  
1-е глазное отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Косоглазие - заболевание, встречающееся в любом возрасте и продолжающее оставаться острой медико-социальной проблемой. В настоящий момент исследователи отмечают ежегодное увеличение числа больных косоглазием. Косоглазие - это не только тяжелый функциональный недостаток и косметический дефект, но и состояние, влияющее на психику пациента.

В комплексном лечении косоглазия доминирующее место занимают хирургические методы коррекции действия глазодвигательных мышц. При этом клинический опыт позволяет отнести многие операции по устранению косоглазия к достаточно травматичным вмешательствам. В глазной хирургии в силу небольших размеров органа и его легкой ранимости особенно важно свести операционную травму до минимума и по возможности сохранить анатомо-физиологические соотношения. Усовершенствование технологий глазных операций важно и с той точки зрения, что позволяет проводить все более сложные вмешательства, одновременно уменьшая число операционных осложнений.

Таким образом, в настоящий момент актуально дальнейшее изучение и создание щадящих доступов к глазодвигательным мышцам при косоглазии, обеспечивающих снижение количества осложнений, ускоряющих и упрощающих проведение оперативных вмешательств.

**Цель исследования.** Оценка эффективности доступа от лимба к глазодвигательным мышцам при горизонтальном косоглазии.

**Материал и методы исследования.** Нами были проанализированы результаты хирургического лечения косоглазия у 46 больных (из них 26 мужчин, 20 женщин), находившихся на стационарном лечении в первом глазном отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период с 2016 по 2019 гг. Возраст пациентов колебался от 16 до 37 лет (средний возраст  $21,1 \pm 1,2$  года). Все пациенты были подвергнуты офтальмологическому обследованию, включающему определение остроты зрения, скиаскопию в условиях циклоплегии, биомикроскопию переднего отрезка глаза и офтальмоскопию заднего отрезка с помощью прямого офтальмоскопа. Угол косоглазия определялся по методу Гиршберга и составил в среднем  $44,1 \pm 5,2^\circ$ . Острота зрения на косящий глаз колебалась от светоощущения до 0,8 (в среднем 0,16), на здоровом глазу в среднем была равной 1,0. Косоглазие сенсорной депривации диагностировано у 8 больных, рефракционное – у 38 больных. Эзотропия наблюдалась у 24 пациентов, экзотропия – у 22 пациентов.

Оперативное вмешательство заключалось в рецессии и резекции наружной и внутренней прямых мышц косящего глаза. Для доступа к указанным мышцам мы использовали следующую методику: разрез конъюнктивы проводился по лимбу, длиной 6-8 мм, затем с одного конца разрез продолжали перпендикулярно лимбу 8-12 мм. Далее, тупым путём отделяя конъюнктиву от склеры, производился доступ к мышце. После работы на мышцах на рану конъюнктивы ставились два шва. Один в области лимба, в одном конце разреза, другой посередине разреза concentric к лимбу.

В послеоперационный период определялись острота зрения, положение и подвижность глазных яблок во время каждого осмотра после 1 недели, 1, 3, 6 и 12 месяцев в течение всего периода наблюдения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При анализе топографо-анатомических характеристик доступа выявлено, что доступ обеспечивает формирование поверхностной раны и полное обнажение целевых анатомических структур, ось операционного действия при данном оперативном доступе проходит сверху вниз, угол зрения, под которым хирург рассматривает целевые анатомические структуры, соответствует углу наклона оси операционного действия и приближается к  $90^\circ$ . Угол операционного действия приближается к максимальному значению ( $180^\circ$ ).

Доступ по разработанному нами методу имеет наименьшую площадь, одновременно обеспечивая адекватную степень обнажения целевых анатомических структур и позволяя хирургу выполнять оперативный приём, являясь, таким образом, менее травматичным.

После выполнения разработанного нами оперативного доступа для герметизации раны на конъюнктиву накладываются два узловых шва по концу (в области лимба) и середине основного разреза. Анализ результатов рубцевания конъюнктивы после хирургического лечения косоглазия на мышцах горизонтального действия при использовании разработанного нами доступа проведён на основе анализа фотоснимков, выполненных на цифровой фотокамере. При оценке учитывались выраженность отёка, гиперемии и косметические характеристики рубца через 1 день, неделю и месяц после операции.

Послеоперационная реакция (отёк и гиперемия конъюнктивы) значительно уменьшалась к концу первой недели, и уже через 3-4 недели послеоперационный рубец сливался с лимбом и был практически незаметен.

Ортофория была получена у 39 больных, остаточный угол до 5 градусов наблюдался у 3 больных, гипоэффект до 10 градусов отмечался у 4 больных. Ни у одного больного не отмечался гиперэффект, энофтальм или сужения глазной щели.

Все пациенты были удовлетворены косметическим эффектом операции.

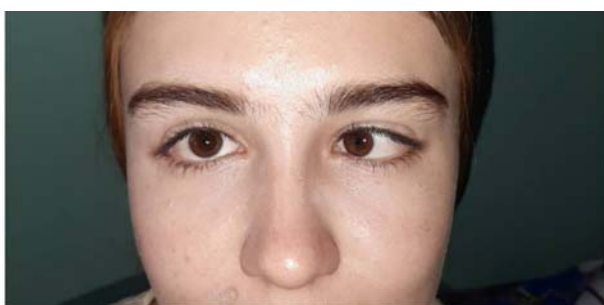




**Рис. 1.** Пациент А.С., 35 лет, со сходящимся косоглазием 45 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.



**Рис. 2.** Пациентка К.Ф., 24 года, со сходящимся косоглазием 30 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.



**Рис. 3.** Пациентка З.Д., 18 лет, с расходящимся косоглазием 40 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.

**Выводы.** Таким образом, использованный нами доступ при хирургическом лечении косоглазия за счёт своей минимальной травматичности, лучших топографо-анатомических параметров, обеспечивает полноценное выполнение оперативного приёма без дополнительного растяжения конъюнктивы.

#### **Список литературы.**

1. Mills, M.D. Strabismus surgery for adults: a report by the American Academy of Ophthalmology / M.D. Mills, D.K. Coats, S.P. Donahue, D.T. Wheeler // Ophthalmology. – 2004. – № 6. – P. 1255-1262.
2. Dombrow, M. Rates of strabismus surgery in the United States: implications for manpower needs in pediatric ophthalmology / M. Dombrow, H.M. Engel // JAAPOS. 2007 – № 4. – P. 330-335.
3. Menon, V. Study of the psychosocial aspects of strabismus / V. Menon, J. Saha, R. Tandon // J. Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2002; 39:203-208
4. Клюка, И.В. Влияние раннего хирургического исправления содружественного косоглазия на состояние сенсорного аппарата бинокулярного зрения / И.В. Клюка // Офтальмол. журн. – 1977. – № 7. – С. 496-499.
5. Султанов, М.Ю. Хирургическое лечение альтернирующего содружественного косоглазия / М.Ю. Султанов, С.А. Талышская // Воен. мед. журн. – 1981. – № 3. – С. 53.

*Махмадзода Ш.К., Халимова З.С., Каримов М.Б.*

### **ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЛИЗОРУКОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ**

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

**Актуальность.** Близорукость одно из заболеваний, распространённость которого в современном мире не только не уменьшается, но, напротив, имеет тенденцию к увеличению. Всего в современном мире насчитывается более 150 млн. человек, страдающих дефектами зрения. Изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, затрагивают и орган зрения. В период беременности у женщины образуется новый (маточно-плацентарный) круг кровообращения, обеспечивающий потребности неродившегося ребёнка, тем самым повышается нагрузка на сердечно-сосудистую систему [1]. Вследствие этого усиливается обмен веществ, увеличивается объём

циркулирующей крови, повышаются частота сердечных сокращений, артериальное давление и венозное давление крови, а также внутриглазное давление [2,3]. Таким образом, исход беременности и родов как для женщины, так и для ребёнка во многом зависит от состояния организма роженицы.

**Цель исследования.** Изучить влияние сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы во время беременности на течение и прогрессирование близорукости высокой степени.

**Материал и методы исследования.** Проведён ретроспективный клинико-статистический анализ течения беременности и родов у 26 повторнородящих женщин с близорукостью высокой степени (из анамнеза, роды естественные) в возрасте от 38 до 45 лет. Пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу (13 беременных) вошли женщины с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, атеросклероз), во второй группе анамнез не был отягощён вышеуказанными заболеваниями. Всем пациенткам проводилось стандартное офтальмологическое обследование (визометрия, авторефрактометрия, прямая офтальмоскопия глазного дна).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В течение беременности в первой группе отмечено снижение зрения в среднем на  $0,25 \pm 0,05$ , прогрессирование близорукости составило в среднем  $-2,75 \pm 0,5$  Дптр. На глазном дне у всех пациенток обнаружен симптом Салюса-Гунна, у 4 (30,8%) пациенток зафиксированы при осмотре так называемые ватообразные очаги, у 1 (7,7%) пациентки - симптом «серебряной проволоки», что указывает на ишемические изменения глазного дна.

Во второй группе снижение зрения составило в среднем  $0,1 \pm 0,05$ , близорукость увеличилась к концу беременности в среднем на  $-1,25 \pm 0,25$  Д. У всех пациенток обеих групп на глазном дне отмечены изменения характерные для миопии высокой степени, такие как миопический конус, растяжение сетчатки на периферии и сглаженность макулярных рефлексов.

**Выводы.** Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствуют о том, что наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний приводит к прогрессированию близорукости высокой степени. Это во многом зависит от гемодинамических и метаболических нарушений, связанных с тканевой гипоксией и дистрофическими изменениями со стороны органа зрения.

#### Список литературы.

1. Freidman, S.A. Pathophysiology of pre-eclampsia – hypertension and pregnancy / S.A. Freidman, R.N. Taylor, J.M. Roberts // Clin. Perinatol. – 2016. – Vol. 18. – P. 661-682.
2. Atas, M. Evaluation of the macula, retinal nerve fiber layer and choroid in preeclampsia, healthy pregnant and healthy non-pregnant women using spectral-domain optical coherence tomography / M. Atas [et al.] // Hypertens. Pregnancy. – 2018; 33(3): 299-310.
3. Петров, И.А. Современный взгляд на естественную фертильность / И.А. Петров [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. – № 17 – С. 4-12.

*Махмадзода Ш.К., Сулейманова Ф.А., Каримов М.Б.*

### АНАЛИЗ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЙ СРЕДИ РАБОТНИКОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

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

**Актуальность.** По данным ВОЗ, около четверти заболеваний имеют определенную связь с профессиональной деятельностью. Неудовлетворительные условия труда могут стать причиной профессиональных заболеваний, которые в свою очередь обуславливают от 20 до 40% трудопотерь. Среди людей, впервые признанными инвалидами, более 20% являются лицами трудоспособного возраста от 45 до 50 лет. Исходя из этого, охрана здоровья трудоспособного населения занимает важное место. В алюминиевом производстве применяются различные технологические процессы и операции, разнообразные виды связующих материалов, большое количество различных противопожарных покрытий. Невзирая на то, что современные предприятия усовершенствовали свое производство, уменьшили долю ручного труда и увеличили долю операторского труда, но при всём этом, ряд операций по-прежнему требует непосредственного вмешательства человека. На территории Республики Таджикистан алюминиевый завод является одним из передовых предприятий, который оборудован современными технологиями.

Работники алюминиевого производства в процессе своей трудовой деятельности подвергаются влиянию различных неблагоприятных факторов производственной среды. Всё это оказывает отрицательное влияние на организм работающих, что влечет за собой развитие различных профессиональных заболеваний, в том числе офтальмопатологий.

**Цель исследования.** Выявление глазных патологий среди работников основных цехов алюминиевого производства.

**Материал и методы исследования.** Для оценки состояния органа зрения было обследовано 150 работников основных цехов алюминиевого производства. Все обследованные были мужского пола. Возраст от 20 до 60 лет, средний возраст составлял  $48 \pm 0,7$  лет. С целью изучения закономерностей распространённости офтальмопатологии всем работникам проводились следующие офтальмологические методы обследования: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия, тонометрия, КЧСМ, цветоощущения.

Наряду с клиническим исследованием, проводился статистический анализ методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием прикладного пакета «Statistica 6,0». Вычисляли средние значения и ошибку среднего значения ( $M \pm m$ ), а также относительные величины (P,%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Производственная деятельность рабочих в тёплый период года, особенно во вторую смену, определяется воздействием высокой температуры, что вызывает значительное напряжение процессов терморегуляции организма работников.

В процессе производства алюминия работники могут подвергаться влиянию фтористого водорода, солей фтористоводородной кислоты, сернистого ангидрида, окиси углерода, а также неблагоприятных микроклиматических условий рабочего места.

В результате исследования были выявлены следующие офтальмопатологии среди обследованных работников алюминиевого производства: хронический конъюнктивит (100%), блефариты (48,8%), деколорация радужки (45,7%), катаракта (39,4%), помутнения в роговице (38,6%).

Касающиеся изменений сосудов конъюнктивы, были выявлены как расширение, так и сужение артерий. Расширение и сужение артерий сопровождалось их извитостью, отмечался выраженный спазм сосудов, с кровоизлияниями от единичных и мелких до множественных.

Выявлены также дистрофические изменения конъюнктивы. Птериgium выявлен у 29,5% и пингвекула у 9,3% работников.

Признаки блефаритов проявлялись различной выраженностью от слабой гиперемии, пастозности век, расширения интермаргинального пространства век, до появления роговых чешуек, уменьшения количества ресниц, расширения просвета мейбомиевых желёз, и гиперемии конъюнктивы век. Процесс отмечался двусторонний с одинаковой клиникой на обоих глазах и с длительным течением.

Изменения роговицы проявлялись в виде помутнения роговицы в разных её слоях, дистрофии эпителия и снижения чувствительности разной интенсивности. Были обнаружены поверхностные помутнения в средних стромальных и в глубоких слоях. Помутнения часто были сероватые, кольцевидные, по периферии, напоминающие старческую дугу.

Обнаружены дистрофические изменения радужки по всей её поверхности в виде деколорации, превалировали дистрофические изменения в зрачковом и реже в цилиарном поясе.

Со стороны хрусталика выявлены мелкие помутнения, иногда слившиеся, располагающиеся чаще субкапсулярно в передних, задних, а также в корковых и ядерных его слоях.

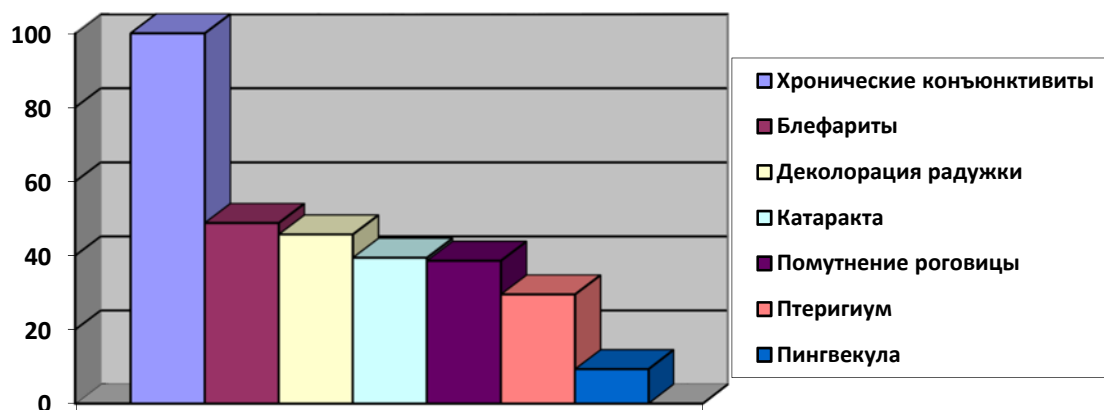


Рис. 1. Заболевания органа зрения среди работников основных цехов алюминиевого производства

При исследовании глазного дна работников выявлены различного вида ангиопатии сосудов сетчатки, характеризующиеся сужением артерий и расширением вен, повышенной извитостью, склерозированием сосудов и нарушением нормального артериовенозного соотношения.

**Выводы.** Таким образом, причиной вышеперечисленных выявленных офтальмопатологий могут являться дискомфортные микроклиматические условия и воздействие вредных факторов производственной среды (*фторсодержащей пыли, фтористого водорода, сернистого ангидрида, окиси углерода, окислов азота, солей фтористоводородной кислоты*), требующие дальнейшей гигиенической оценки вредных факторов алюминиевого производства.

#### Список литературы.

1. Бекназарова Г.М. Гигиеническая оценка условий труда в различных цехах алюминиевого производства и влияние вредных производственных факторов на слизистую оболочку верхних дыхательных путей / Г.М. Бекназарова // Вестник Авиценны. – 2012. – № 2. – С. 142-146.
2. Махмадов, Ш.К. Влияние вредных факторов электролизного цеха алюминиевого производства на орган зрения / Ш.К. Махмадов, А.Б. Бабаев, Ф.А. Сулейманова // «Актуальные вопросы офтальмологии РТ». М-лы I съезда офтальмологов РТ с международным участием. – Душанбе. – 2015. – С. 225-227.
3. Сулейманова, Ф.А. Особенности условий труда работников алюминиевого производства и их влияние на патологию глазного дна / Ф.А. Сулейманова, Ш.К. Махмадов, А.Б. Бабаев // Республ. конференция офтальмологов РТ. «Современные технологии в офтальмологии Таджикистана». – Душанбе. – 2017. – С. 83-87.
4. Шаяхметов. С.Ф. Оценка токсико-пылевого фактора в производстве алюминия / С.Ф. Шаяхметов, Л.Г. Лисецкая, А.Б. Меринов. // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 4. – С. 30-35.
5. Чеботарев А.Г. Риск профессиональной патологии у работников производства алюминия / А.Г. Чеботарев // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 9. – С. 152.

**Махмудназаров М.И., Назаров З.Х., Юсупов А.Ш.**  
**ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА У ДЕТЕЙ С ИСКРИВЛЕНИЕМ**  
**ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

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

**Актуальность.** Дисбаланс кальция и фосфора, возникающий в раннем детском возрасте, рассматривается как патологическое состояние, требующее коррекции, и как фактор, влияющий на рост и развитие ребенка [2].

Большое количество работ посвящено состоянию фосфорно-кальциевого обмена у новорожденных и детей грудного возраста, а также использованию активных метаболитов витамина Д в профилактике нарушений обмена фосфора и кальция у детей. Однако в этих работах состояние фосфорно-кальциевого обмена оценивается на основании исследования содержания электролитов в крови, что недостаточно информативно в начальном периоде возникновения нарушений фосфорно-кальциевого метаболизма [1,2].

Изучение большого объёма литературы, посвященной проблеме этиологии и тактике лечения деформаций носовой перегородки показало, что научные работы непосредственно касающиеся взаимосвязи кальциево-фосфорного обмена и деформации перегородки носа в детском возрасте практически не встречаются. В связи с вышеизложенным, изучение данного направления является актуальным.

**Цель исследования.** Определить содержание кальция и фосфора в составе костной ткани перегородки носа.

**Материал и методы исследования.** В условиях детского ЛОР отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2018-2020гг. нами было обследовано и прооперировано 8 детей в возрасте от 6 до 12 лет (из них девочек – 3, мальчиков - 5), с деформацией перегородки носа. В зависимости от концентрации кальция и фосфора в крови больные были разделены на две группы. В основную группу вошли 4 пациента с дефицитом кальция и фосфора в крови, а в группу сравнения - 4 пациента, с достаточным количеством содержания кальция и фосфора в крови. Всем больным в предоперационном и послеоперационном периоде проведено эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, рентгенологическое исследование околоносовых пазух, исследование функционального состояния носа, а также исследование концентрации кальция и фосфора в крови и в составе костной ткани перегородки носа, взятое после септопластики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При передней риноскопии и эндоскопическом исследовании у всех больных были выявлены различного типа искривления перегородки носа, умеренная гиперемия и отёчность слизистой оболочки полости носа, а также гипертрофия нижних и средних носовых раковин и наличие патологического секрета в носовых ходах.

Основными жалобами всех обследованных были затрудненное носовое дыхание. Пациенты также жаловались на слизистые выделения из носа, снижение обоняния, ночной храп, повышенную утомляемость при физической нагрузке.

Хирургическое вмешательство в полости носа определяли в зависимости от вида деформации носовой перегородки, с использованием различных вариантов щадящей резекции перегородки носа.

Основной симптом, являющийся показанием к лечению - нарушение носового дыхания, был ликвидирован у всех детей при хирургическом вмешательстве. Дальнейшее наблюдение показало, что восстановление носового дыхания было стабильным.

Оценка уровня метаболизма Са и Р в повседневной клинической практике производится по их концентрации в крови (табл. 1). В норме у детей концентрация общего кальция в сыворотке крови колеблется в пределах 2,3–2,8, а неорганического фосфора –1,3–1,9 ммоль/л.

**Таблица 1.- Концентрация кальция и фосфора в крови у обследованных больных до лечения (ммоль/л.).**

Группы	Возрастная группа	
	Кальций	Фосфор
Основная группа	0,8 ± 0,02	0,9±0,01
Группа сравнения	2,34 ± 0,03	3,27±0,02

По данным результатов лабораторных исследований определяется, что концентрация кальция и фосфора в крови у больных основной группы существенно низкая, чем у больных группы сравнения.

В условиях лаборатории ГОУ Таджикского национального университета было проведено исследование содержание кальция и фосфора в составе костной ткани перегородки носа после операции. Взятый материал растворен в растворе концентрированной азотной кислоты. Процесс проведён в условиях автоклавирования 180<sup>0</sup> С под давлением 14 атм. (микроволновой аналитический автоклав МС-10 фирма Volta, г Санкт- Перербург).

Количество кальция в растворах измеряют фотометрическим способом аппаратом фотометрия РНЛАРНО-4 (фирмы Carlcase Jena, Германия) с использованием пламени пропан-бутан- воздух. Измерения концентрации кальция определяли с добавлением концентрационных веществ. Результаты приведены в таблицах 2 и 3.

**Таблица 2. Содержание кальция и фосфора костной ткани перегородки носа у больных основной группы.**

№	Концентрация элементов в %	
	Кальций (1,5-2,5%)	Фосфор (14-15,5%)
1	0,687	8,979
2	0,593	10,507
3	1,190	9,962
4	0,580	2,13

Как видно из таблицы, результаты исследования содержания кальция и фосфора в костной ткани перегородки носа показывают снижение концентрации минеральных веществ и дисбаланс соотношения Са и Р у больных основной группы. Нарушение витаминного и минерального баланса в организме является одной из основных причин ухудшения состояния здоровья детей. Особенно это касается детей дошкольного и старшего возраста, так как дефицит витаминов и макроэлементов (кальция, фосфора) характерен для растущего организма. Среди факторов, оказывающих решающее влияние на процессы роста и образования костной ткани, роста и формирования скелета, важная роль принадлежит надежному обеспечению растущего детского организма кальцием.

**Таблица 3. Содержание кальция и фосфора костной ткани перегородки носа у больных группы сравнения.**

№	Концентрация элементов в %	
	Кальций (1,5-2,5%)	Фосфор (14-15,5%)
1	1,650	13,471
2	1,570	13,450
3	1,420	13,328
4	1,540	14,657

В результате исследования содержание кальция и фосфора в костной ткани у больных группы сравнения эти соотношения составили в пределах нормы.

В последнее время стало известно, что витамин D представляет собой гормон, играющий важную роль в регуляции фосфорно-кальциевого обмена. Учитывая это, пациентам основной группы был назначен препарат кальций Д<sub>3</sub> (кальция карбонат 125 мг, эквивалентно элементарному кальцию 500мг, вит Д<sub>3</sub> 5мкг (200МЕ)) по 1т. 2 раза в день в течение 1 месяца. Кальция глицерофосфат по 0,05-0,2 г 3 раза в день в течение 1 месяца.

Рекомендован приём продуктов, содержащих минералы: сыр «Пармезан», сыр «Тильзитер», молоко, сгущенное молоко, желток, телятина шейная часть, говядина, овсяные хлопья, печень говяжья, белая фасоль, чечевица, лосось, хлеб с зернами, хлеб деревенский.

**Таблица 4. Концентрация кальция и фосфора в крови у обследованных больных через 15 дней после лечения (ммоль/л.).**

Группы	Возрастная группа	
	Кальций	Фосфор
Основная группа	1,8± 0,03	1,4±0,01
Группа сравнения	2,34 ± 0,03	2,27±0,02

По данным результатов лабораторных исследований после 15 дней лечения наблюдали улучшение концентрации кальция и фосфора в крови у больных с дефицитом кальция.

**Выводы.** В период интенсивного роста недостаток содержание кальция и фосфора является одним из факторов, приводящих к деформации перегородки носа у детей.

Применение препаратов, содержащих кальций и витамин D, с профилактической целью может предупредить развитие неблагоприятных последствий для здоровья детей.

#### **Список литературы.**

1. Махмудназаров М.И. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Вестник Авиценны.- №4.- 2012.- С. 56-61.
2. Костылева М.Н. Профилактика дефицита кальция у детей / М.Н. Костылева // Вопросы современной педиатрии. - 2008. - Том 7. - № 5. – С.76-81.

*Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Меньшикова И.А.*

#### **ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДРАЙВЕРНЫХ МУТАЦИЙ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ВУЛЬВЫ**

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ, г.Уфа, Россия  
ФГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г.Уфа, Россия

**Актуальность.** Рак вульвы (РВ) характеризуется довольно агрессивным течением, имеет тенденции к раннему метастазированию. Лечение метастатического РВ достаточно непростая проблема. В канцерогенезе РВ, как и других злокачественных новообразований, важную роль играют генетические факторы. Драйверные мутации влияют на канцерогенез (РВ), чувствительность к противоопухолевым препаратам, и являются одним из важных факторов прогноза. РВ ассоциирован с возрастом, имеет многофакторную природу развития. Наиболее значимым супрессором опухолевого роста является ген р53, выраженные повреждения которого наблюдаются во многих опухолях человека. В 60-70% случаев встречаются мутации в 5–8-х экзонах гена. Опухолевые клетки с потерей функции р53 утрачивают нормальный механизм р53-зависимой остановки клеточного цикла в фазе G1-S и становятся зависимыми от блокирования в точке G2-M, где происходит репарация ДНК и возможно выживание клетки. Активирующие мутации RAS или PI3K, наблюдаются у больных плоскоклеточным раком. Одним из геномных нарушений, выявляемых при РВ, являются изменения в повторяющихся последовательностях ДНК, так называемых микросателлитах. Эти нарушения отражают различные повреждения в 5 системе репарации неспаренных нуклеотидов ДНК: MSH2, MSH6, MLH1, PMS2 (MMR). В настоящее время вопрос о драйверных мутациях при плоскоклеточном инвазивном РВ остается открытым. Имеются достаточно противоречивые данные о прогнозе течения и чувствительности к химиотерапии РВ с микросателлитной нестабильностью.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования явилось определение частоты драйверных мутаций, таких как TP53, BFAF, KRAS, MSIh при метастатическом плоскоклеточном раке женских наружных половых органов.

**Материалы и методы исследования.** В работе оценивались результаты определения наличия драйверных мутаций – TP53, BFAF, KRAS, MSIh среди пациенток с плоскоклеточным метастатическим РВ. В исследование включено 38 пациенток в период с 2019-2020 годы. У всех пациенток верифицирован инвазивный плоскоклеточный РВ. Средний возраст пациенток 71,5 лет. Все пациентки перенесли хирургическое лечение первым этапом в последующем адъювантную лучевую терапию. На момент исследования драйверных мутаций у всех пациенток была зарегистрирована прогрессия заболевания. Материалом для исследования служили парафиновые блоки опухолевой ткани, полученные при первичном хирургическом лечении. Исследование диагностического материала выполнялось путем молекулярно-генетического секвенирования «нового поколения» NGS.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всего было протестировано 38 образца опухолевой ткани. Из них мутация BFAF, KRAS не была выявлена ни в одном случае. Микросателлитная нестабильность MSIh выявлена в 21 случае (55,3%). Мутация в гене TP53 выявлена в 27 случаях (71,1%), из них 19 (70,4%) P72R в гомозиготном состоянии, 8 (29,6%) P72R в гетерозиготном состоянии.

**Вывод.** Определение драйверных мутаций при плоскоклеточном РВ позволяет сформировать более точный молекулярный подтип опухоли, что в свою очередь персонифицирует подход к лечению данной категории больных. Наличие драйверных мутаций является важным прогностическим и предиктивным фактором. С учетом агрессивного течения РВ, склонностью к генерализации заболевания лекарственная терапия как никогда актуальна в свете новых знаний о драйверных мутациях.

Учитывая высокую эффективность терапии препаратами ингибиторами контрольных точек иммунитета, при выявлении микросателлитной нестабильности для пациентов открываются новые перспективы в лечении.

#### **Список литературы.**

1. Musin Sh., Sultanbaeva N., Nasretdinov A., Pushkarev A., Pushkarev V., Menshikov K., Sultanbaev A. Determination of high penetrant mutations in breast cancer patients. Norwegian Journal of development of the International Science No 42/2020. Vol.2 С. 56-59.
2. Nigro J.M., Baker S.J., Preisinger A.C. et al. Mutations in the p53 gene occur in diverse human tumour types. Nature 1989;342(6250):705–8. DOI: 10.1038/342705a0. PMID: 2531845.
3. Nagaraj N.S., Datta P.K.. Targeting the transforming growth factor-beta signaling pathway in human cancer. Expert Opin Investig Drugs 2010;19(1):77–91. DOI: 10.1517/13543780903382609. PMID: 20001556.
4. Doody R.S., Raman R., Farlow M. et al. A phase 3 trial of semagacestat for treatment of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2013;369(4):341–50. DOI: 10.1056/NEJMoa1210951. PMID: 23883379.
5. Jerby-Arnon L., Pfetzer N., Waldman Y.Y. et al. Predicting cancer-specific vulnerability via data-driven detection of synthetic lethality. Cell 2014;158(5):1199–209. DOI: 10.1016/j. cell.2014.07.027. PMID: 25171417.

*Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Мусин Ш.И.*

### **ДЕТЕКЦИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ВУЛЬВЫ**

ФГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа. Россия.  
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ, Уфа. РБ

**Актуальность:** Заболеваемость раком вульвы (РВ) в РФ составляет в среднем не более 2-х случаев на 100 тыс. населения. Основная возрастная группа 75-79 лет. Самая распространённая опухоль - инвазивный плоскоклеточный рак. Инвазивный плоскоклеточный РВ составляет 90% всех злокачественных опухолей вульвы и 1–2% злокачественных эпителиальных опухолей у женщин. Ведущим методом лечения больных РВ – хирургический. Одномоментная радикальная вульвэктомия с «одноблочной» пахово-бедренной лимфоаденэктомией (ЛИАЭ) сопряжена с большим количеством осложнений в послеоперационном периоде. Оценка состояния регионарных лимфатических узлов на до- интраоперационном этапе является актуальной задачей хирургического лечения операбельного РВ, которая позволит определить оптимальную тактику оперативного лечения и тем самым избежать развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, таких как длительная лимфорея, гнойно-септический осложнений, лимфостаза нижних конечностей. Для решения этой задачи широкое распространение получают методики определения состояния сторожевого лимфатического узла (СЛУ). Одним из методов уменьшения объема операции, является селективная биопсия сторожевого лимфатического узла (СЛУ).

**Цель исследования.** Оптимизация хирургического лечения рака вульвы, уменьшение количества послеоперационных осложнений путем применения методики детекции и биопсии СЛУ.

**Материал и методы исследования.** Проанализированы результаты хирургического лечения 45 пациенток с инвазивным плоскоклеточным РВ. Из них у 21 пациенток клинически определяемые метастазы в регионарные лимфоузлы не выявлялись. Не включались в группу с биопсией СЛУ, опухоли локализованные в области клитора и задней комиссуры. Опухоли с мультифокальным ростом в исследование не включались. Средний возраст пациенток составил 71,7 года. По критерию «Т» все пациентки имели стадию T1A-T2. Для определения СЛУ использовался метод радиоизотопной лимфосцинтиграфии. Радиофармпрепарат (технеций-99 (99mTc) вводился паратуморально на глубину 1–2 мм. в 4 точках (на 12, 3, 6, 9 ч условного циферблата). Интраоперационно детекцию СЛУ выполняли с портативного гаммасканера в стандартном режиме. Производилась селективная биопсия через отдельный разрез в паховой области. Удаленный СЛУ отправляли на срочное патоморфологическое исследование.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Первым этапом всем пациенткам проводилась вульвэктомия.



Дальнейшая тактика хирургического лечения зависела от результата срочной морфологии удаленного СЛУ. В случае выявления метастатического поражения производилась пахово-бедренная ЛАЭ. Если СЛУ оказывался свободным от опухолевого роста, то объем операции ограничивался вульвэктомией. Из 21 пациенток у 5 выявили микрометастазы плоскоклеточной карциномы в СЛУ и объем операции расширили до пахово-бедренной ЛАЭ. В 16 случаях ограничился вульвэктомией. Течение послеоперационного периода у пациенток, после вульвэктомии с биопсией СЛУ, не отличалось от пациенток в группе стандартной вульвэктомии. В группе пациенток после вульвэктомии с пахово-бедренной лимфаденэктомией количество послеоперационных осложнений оказалось ожидаемо высокой. Отмечалась длительная лимфорея – 80%, некроз краев ран 20%, гнойно-септические осложнения 20%. В свою очередь значительно увеличивались сроки пребывания в стационаре. Особенно это характерно для женщин с наличием сопутствующей патологии, такой как ожирение, эндокринные расстройства, сердечно-сосудистые заболевания. Средняя продолжительность госпитализации пациенток после вульвэктомии с ЛАЭ составила 25 дней, тогда как для пациенток перенесших только вульвэктомию с биопсией СЛУ данный показатель составлял 7 дней.

**Выводы.** Оценка статуса регионарных лимфоузлов при РВ является актуальной задачей при планировании объема хирургического лечения этой категории пациенток. Детекция и селективная биопсия СЛУ у пациенток с РВ со стадией заболевания T1A-T2 является достаточно эффективным методом, позволяющим уменьшить объем оперативного лечения и снизить количество послеоперационных осложнений без ухудшения отдаленных результатов.

#### **Список литературы:**

1. Meads C., Sutton A.J., Rosenthal A.N., Malysiak S., Kowalska M., Zapalska A., et al. Sentinel lymph node biopsy in vulval cancer: systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2014; 110 (12): 2837–46. doi: 10.1038/bjc.2014.205.
2. Липатов О.Н., Меньшиков К.В., Турсуметов Д.С., Пушкарев А.В., Меньшикова И.А., Липатов Д.О., Петрова О.М. Сравнительная оценка качества жизни у пациенток после хирургического лечения рака вульвы. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2020. № 1. С. 20-24.
3. Slomovitz BM, Coleman RL, Oonk MH, et al. Update on sentinel lymph node biopsy for early-stage vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2015;138:472–477.
4. Ильин А.А., Максимов С.Я., Хаджимба А.С., Вышинская Е.А., Соболев И.В., Зыков Е.М., Рейес Сантьяго Д.К. Определение сигнальных лимфатических узлов у больных раком вульвы // *Акушерство и гинекология: новости мнения, обучение*. 2019. Т. 7, № 2. С. 15–21. doi: 10.24411/2303-9698-2019-12001.
5. Hassanzade M., Attaran M., Treglia G., Yousefi Z., Sadeghi R. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in squamous cell carcinoma of the vulva: systematic review and meta-analysis of the literature. *Gynecol Oncol*. 2013; 130 (1): 237–45. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.04.023.

*Мехмондустов С.Г., Муродов Ш.Д., Сафаров Д.А.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ КРОМОГЕКСАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ**

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В последние годы аллергические риниты все больше привлекают внимание из-за нарастающей распространённости особенно среди детского населения. По прогнозам ВОЗ, к 2050 году аллергическими заболеваниями будет страдать большая часть населения мира. По различным данным, в России АР страдает от 12 до 24% населения. В частности, высокие показатели заболеваемости отмечаются преимущественно среди городского населения с развитой инфраструктурой, что связано с загрязнением окружающей среды, в т.ч. атмосферного воздуха, питьевой воды, продуктов питания и почвы, химическими веществами, которые выступают аллергенами, а текущий век станет веком аллергии, принимая масштаб медико-социальной проблемы[1].

Все это диктует необходимость нахождения и включения в лечебные мероприятия более совершенных методов и средств, воздействующих на различные звенья формирования и проявления АР.

Одним из эффективных путей воздействия на различные фазы аллергического ринита является использование стабилизаторов мембран тучных клеток (СМТК), терапевтическая активность которых связана с торможением высвобождения гистамина, лейкотриенов и других биологически активных веществ, называемых медиаторами аллергии из тучных клеток, участвующих в развитии воспалительного и/или аллергического процесса.

Клинические наблюдения свидетельствуют об отчетливом регрессе симптомов АР на фоне лечения СМТК. Наряду с мощным противовоспалительным действием СМТК обладают низкой биодоступностью, минимальным риском возникновения побочных явлений и осложнений, что позволяет их применение у детей с 5 летнего возраста. Одним из представителей этой группы является «Кромогексал» (кромоглициевая кислота). Препарат обладает выраженным противоаллергическим эффектом, обусловленным высоким родством кромоглициевой кислоты к мембранам тучных клеток, в результате которого происходит непрямо́мая блокада проникновения ионов кальция в клетки и как следствие торможение высвобождения медиаторов аллергии. А также кромоглициевая кислота тормозит миграции нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов, что способствует уменьшению процессов воспалительной экссудации, инфильтрации и грануляции и угнетает «ранние» и «поздние» аллергические реакции.

**Цель исследования.** Оценить эффективность спрея «Кромогексал» в монотерапии АР у детей школьного возраста.

**Материал и методы исследования.** Нами обследованы 48 детей (20 девочек и 28 мальчиков) в возрасте от 7 до 14 лет с круглогодичным аллергическим ринитом. Основными жалобами больных являлись – затруднение носового дыхания, чихание, зуд в носу и слизистые выделения из носа. При риноскопии определялись – выраженная набухлость слизистой оболочки носа, увеличение объёмов носовых раковин, обильные выделения из носа. Больные методом рандомизации в виде подбрасывания монеты были распределены на 2 равных по количеству группы (ос-



новая и контрольная по 24 человек соответственно). Исследование включало этапы скрининга, 3-х недельного лечения и последующего наблюдения. Больным основной группы в течение 3-х недель проводили ингаляцию препаратом «Кромогексал» по 1 дозе (2.8 мкг) в каждую половину носа 4 раза в день. Больные контрольной группы в течение 3-х недель получали традиционную противоаллергическую терапию: Лоратадин по 1 таблетке внутрь 1 раз в день, нафтизин 0,1% по 2-3 капли в нос 4 раза в день, электрофорез эндоназально с 0,1% раствором супрастина.

Критерии включения детей в исследование: наличие информированного согласия детей и их родителей на участие в исследовании; участие в исследовании мальчиков и девочек в возрасте от 7 до 14 лет; диагноз круглогодичного АР, подтвержденного аллергологическим исследованием.

Критерии исключения: наличие других соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для участия больных в исследовании, или затрудняющих оценку результатов данного исследования.

В качестве критериев эффективности лечения определялись наличие или уменьшение клинической симптоматики, а также изменение риноскопической картины полости носа после проведенного курса лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** К концу лечебного периода у 19 (79.1%) больных основной группы отмечались регрессирование и исчезновение таких симптомов как заложенность и выделения из носа, чихание и зуд в носу. При риноскопии наблюдались исчезновение бледной окраски и набухлость слизистой оболочки и носовых раковин полости носа, уменьшение слизистых выделений из носа. У 5 (20.9 %) пациентов всё ещё наблюдалась заложенность носа за счет отёчности слизистой оболочки и носовых раковин. В то время как в контрольной группе у 17 (70.8%) пациентов к концу лечения, помимо регрессирования таких симптомов как выделения из носа, чихания и зуда в носу, все ещё отмечалась назальная обструкция, обусловленная набуханием слизистой оболочки и носовых раковин носовой полости. У 7 (29.2%) больных симптомы болезни все еще сохранялись, и улучшения риноскопической картины не отмечалось.

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование показало, что применение спрея «Кромогексал» из группы СМТК в монотерапии по сравнению с традиционным лечением позволяет более эффективно и безопасно за относительно короткие сроки лечения и с использованием минимальных доз препарата достичь полной ремиссии круглогодичного АР у детей в условиях медицинского кабинета школы, что в свою очередь позволяет детям получать необходимую терапию без отрыва от занятий.

#### Список литературы

1. Швецова Е.С. Распространённость аллергических заболеваний среди всех возрастных групп населения липецкой области / Е.С. Швецова, Т.С. Короткова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – С. 78-82.

*Мираков Р.С., Набиев Б.И., Хасанов Д.Дж., Мираков Х.М.*

### ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕДИНСТВЕННОЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ ПОСЛЕ ДЕНЕРВАЦИИ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ И РЕАДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ

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

**Актуальность.** Многочисленные исследования свидетельствуют о значительном напряжении физиологических систем организма при влиянии факторов высокогорья[1,2,5]. Выделительная система организма и, прежде всего, её основной орган – почки, занимает особое место, поскольку нарушения нормального функционирования почек могут оказывать значительное влияние на состояние других систем организма и вызывают изменения систем гомеостаза[3,4].

**Цель исследования** состоит в изучении функциональной деятельности единственной оставшейся почки у экспериментальных собак после денервации в условиях низкогогорья и высокогорья

**Материал и методы исследования.** Экспериментальные исследования проведены у 56 половозрелых беспородистых собак одной масти – самцов, весом от 10 до 14 кг, из которых 10 были контрольными для долины и высокогорья. Наблюдения проводилось в высокогорном экспедиционном лагере Таджикского медуниверситета имени АбуалиибниСино (перевал Анзоб, высота 3500 м над уровнем моря). Контрольные опыты были проведены в центральной научно-исследовательской лаборатории медуниверситета (г. Душанбе, высота 850 м над уровнем моря). В одной из серии опытов (6 собак) животных после нефрэктомии спустя 2 месяца поднимали в высокогорье; на 2-3 сутки пребывания производили денервацию единственной почки, функциональное состояние этой почки определены на 3-10-20-30-е сутки после операции.

**Результаты и их обсуждение.** Показатели функции единственной почки до и после денервации в условиях низкогогорья приведены в таблице 1.

Как видно из таблицы через два месяца после правосторонней нефрэктомии почечный плазмоток оставался достоверно ( $P < 0,05$ ) низким ( $319,5 \pm 10,2$  мл/мин) против контрольной ( $416,6 \pm 14,2$  мл/мин), клубочковая фильтрация и канальцевая реабсорбция не претерпевала существенных изменений. Было констатировано достоверное ( $P > 0,001$ ) повышение фильтрационной фракции, что связано с преимущественной вазоконстрикцией отводящих артериол клубочков. Минутный диурез был снижен по сравнению с контрольными данными. Эффективный почечный плазмоток на 3-и сутки после денервации единственной почки в условиях низкогогорья снижался на 14,3 % ( $P < 0,05$ ). Низкие цифры эффективного почечного плазмотока были отмечены на 20 день после операции ( $178,1 \pm 18,7$  мл/мин, против исходных  $319,5 \pm 10,2$  мл/мин). В послеоперационном периоде клубочковая фильтрация снижается более, чем на 50% ( $31,6 \pm 1,1$  мл/мин). Подобное достоверное ( $P < 0,001$ ) снижение гломерулярной фильтрации с 3-го дня, вероятно, связано с уменьшением притока крови и заметной дилатацией отводящих сосудов клубочкового аппарата денервированной почки, на что указывает выраженное снижение фильтрационной фракции ( $12,6 \pm 1,0$  %).

Таблица 1

**Показатели функциональной деятельности единственной оставшейся почки до и после ее денервации в условиях низкогогорья (г. Душанбе, выс. 850 м над уровнем моря)**

Сроки исследования	Статистические показатели	Показатели						
		Эффективный почечный плазматок	Клубочковая фильтрация	Канальцевая реабсорбция	Фильтрационная фракция	Минутный водный диурез	Креатинин крови	Остаточный азот
дни		мл/мин		%		мл/мин	ммоль/л	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	M	319,5	65,6	94,5	21,8	2,5	0,17	22,1
	m±	10,2	3,0	0,5	1,2	0,2	0,01	0,9
	P	<0,05	<0,05	>0,05	>0,001	>0,05	>0,05	>0,05
	M	263,8	31,6	92,8	12,6	2,1	0,23	36,7
	m±	11,2	1,1	0,4	1,0	0,1	0,02	1,6
	P	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01
	M	220,3	30,9	90,8	18,9	2,6	0,21	34,7
	m±	12,0	1,3	0,8	0,4	0,2	0,01	1,6
	P	<0,05	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,01
	M	178,1	34,7	94,7	20,6	1,9	0,21	33,4
	m±	8,7	1,3	0,6	1,3	0,1	0,01	1,2
	P	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
	M	227,0	40,1	90,8	17,7	3,7	0,203	28,9
	m±	9,5	1,7	0,7	0,5	0,3	0,01	1,1
	P	<0,01	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,01

Примечание: P - достоверность разницы между показателями функциональной деятельности почек однопочечных и интактных животных; P1 - достоверность разницы между показателями функциональной деятельности почек до и после ее денервации в условиях низкогогорья

Однако, в динамике наблюдения отмечалось постепенное увеличение клубочковой фильтрации и на 30-е сутки она составляла 64,2 % от исходных величин ( $40,1 \pm 1,7$  мл/мин,  $P < 0,001$ ). Канальцевая реабсорбция с 3-го дня после операции снижалась и к 10-му дню исследования составляла  $90,8 \pm 0,8$  % ( $P < 0,05$ ). К 20-му дню она возвращалась к исходным данным и к 30-м суткам эксперимента вновь достоверно снижалась ( $P < 0,05$ ). Минутный водный диурез лишь на 30-е сутки было увеличено ( $3,7 \pm 0,3$  мл/мин против  $2,5 \pm 0,6$  мл/мин исходного).

Таким образом, денервация единственной почки приводит к нестабильному изменению почечного плазматочка, клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции и минутного диуреза. Показатели креатинина и остаточного азота в сыворотке крови животных после денервации указывают на некоторое накопление азотистых продуктов в крови. Следует отметить, что концентрация остаточного азота после денервации единственной почки во все дни исследования держалась на достоверно ( $P < 0,05$ ) высоком уровне, по сравнению с исходными данными, однако, не выходила за пределы физиологической нормы.

Показатели функции единственной почки до и после денервации в условиях высокогорья приведены в таблице 2.

Таблица 2

**Показатели функциональной деятельности единственной оставшейся почки до и после ее денервации в условиях высокогорья (пер. Анзоб, выс. 3500 м над уровнем моря)**

Сроки исследования	Статистические показатели	Показатели						
		Эффективный почечный плазматок	Клубочковая фильтрация	Канальцевая реабсорбция	Фильтрационная фракция	Минутный водный диурез	Креатинин крови	Остаточный азот
дни		мл/мин		%		мл/мин	ммоль/л	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	M	335,2	46,5	94,9	14,3	0,3	0,177	25,5
	m±	12,9	2,8	0,6	1,5	0,05	0,01	1,2
	P	<0,05	<0,05	>0,05	>0,001	>0,001	>0,05	>0,005
	M	195,9	13,8	96,2	14,1	0,5	0,327	50,1
	m±	10,1	0,5	0,9	1,0	0,06	0,03	2,2
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,001	<0,001
	P2	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	<0,05	>0,001	<0,001
	M	151,3	21,9	95,2	14,9	1,0	0,248	38,7
	m±	8,5	1,1	0,7	1,8	0,1	0,02	2,5
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,001
	P2	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
	M	172,5	25,8	95,8	15,1	1,1	0,230	37,9
	m±	9,5	1,3	0,3	1,4	0,1	0,02	2,3
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,001
	P2	>0,05	>0,01	>0,5	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	M	168,4	26,6	95,0	16,1	1,4	0,230	34,6
	m±	10,5	1,3	0,6	1,6	0,2	0,02	2,0
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,001
	P2	<0,05	<0,005	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Примечание: P-достоверность разницы между показателями функциональной деятельности единственной почки животных в высокогорье и высокогорье; P1- достоверность разницы между показателями функциональной деятельности единственной почки до и после ее денервации в высокогорье; P2 - достоверность разницы между показателями функциональной деятельности единственной почки после ее денервации в высокогорье и высокогорье

Из таблицы видно, что после подъема животных с единственной почкой на Анзобский перевал клубочковая фильтрация достоверно снижалась ( $46,5 \pm 2,8$  мл/мин против  $65,5 \pm 3,0$  мл/мин однопочечных животных в низкогорье). Существенных изменений не было отмечено в реабсорбционной способности канальцев почки. Уменьшение минутного диуреза после подъема животных было существенным ( $P < 0,001$ ). В содержании остаточного азота и креатинина крови заметных изменений не было констатировано. После денервации единственной почки в условиях высокогорья показатели функциональной деятельности почки были близки к острой почечной недостаточности. Эффективный почечный плазмоток на 3-и сутки денервации почки резко падал. Если на 3-й день после операции в условиях низкогорья снижение почечного плазмотока (таблица 1) было несущественным, то в условиях высокогорья эффективный почечный плазмоток в этот срок операции составлял всего  $195,9 \pm 10,1$  мл/мин ( $P < 0,001$ ). В последующие дни исследования снижение эффективного почечного плазмотока было еще более выраженным. Особенно резкое снижение этого показателя было отмечено на 10-е сутки после операции ( $151,9 \pm 8,5$  мл/мин). На 20 день после денервации почки клубочковая фильтрация составляла  $25,8 \pm 1,3$  мл/мин и не возвращалась к исходным данным к 30-му дню эксперимента. В то же время фильтрационная способность клубочкового аппарата после денервации единственной почки в условиях низкогорной долины к 30-му дню наблюдения приближается к исходным данным. Канальцевая реабсорбция в условиях высокогорья имел фазный характер и к концу 30-х суток эксперимента появлялась полиурия на водную нагрузку, а в условиях высокогорья были получены противоположные данные.

Показатели фильтрационной фракции свидетельствуют о том, что благодаря вазоконстрикции эффективных сосудов клубочкового аппарата, фильтрационный процесс на фоне значительного снижения эффективного почечного плазмотока сохраняется. Благодаря этому процессу, жизнедеятельность животных сохраняется. После денервации почки на 3-и сутки содержание остаточного азота увеличивалось в 2 раза ( $50,1 \pm 2,2$  против  $25,7 \pm 1,2$  ммоль/л дооперационного периода); с 10-го и 20-го дня содержание остаточного азота и креатинина в крови имели тенденцию к снижению, однако, до конца пребывания животных в высокогорье его концентрация оставалась достоверно ( $P < 0,05$ ) высокой.

**Выводы.** Таким образом, денервация почки приводит к нарушению всех основных ее функций. Воздействие комплекса неблагоприятных факторов высокогорья усугубляет течение послеоперационного периода и продлевает олигоанурическую стадию почечной недостаточности.

#### Список литературы

1. Арабова З.У. Симптоадrenalовая система в оценке адаптации человека к высокогорной гипоксии. Конференция с международным участием «Научно-методические проблемы нормальной физиологии и медицинской физики», Москва, 2017, С. 271-272
2. Арабова З.У., Низзова Д.Д. Динамика индекса массы тела у людей в процессе адаптации человека к условиям высокогорья. Материалы II Всероссийской научно – практической конференции Агаджанянские чтения. Москва 2018. Стр. 30-31.
3. Мираков Р.С. особенности изменения электролитного баланса у собак с единственной резецированной почкой при реадaptации к высокогорью /Р.С.Мираков, Х.М.Мираков, С.Г. Мухамедова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – Т.56, №1, Душанбе, 2013. – С. 82-87.
4. Мираков Р.С. Функциональное состояние единственной резецированной почки в период реадaptации к высокогорью / Р.С.Мираков, Х.М.Мираков, С.Г. Мухамедова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – Т.56, №2, Душанбе, 2013. – С. 171-176.
5. Шукуров Ф.А., Арабова З.У. Вегетативный статус в оценке адаптационных возможностей человека к высокогорной гипоксии. Вестник Академии наук Таджикистана №1 (25) январь – март 2018. стр. 121-126

*Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Ашурова Н.М.*

### НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА ФОНЕ ИППП С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ХЛАМИДИОЗА

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

**Актуальность.** Воспалительные заболевания женских половых органов занимают существенное место в структуре гинекологической патологии [1]. Их удельный вес по данным различных авторов составляет 55-95% [2]. Женщина не всегда может указать точное время начала заболевания и обращается к врачу не с момента появления болей или белей, а тогда, когда данная симптоматика значительно меняет качество ее жизни [3].

При острых аднекситах практически всегда присутствует связь между инфекционным агентом и началом воспалительного процесса [4], при хронических не выявляется специфическая флора, но превалирует условно патогенная флора или вирусоносительство [5]. Выделение специфической флоры уменьшается при ХС в геометрической прогрессии, в зависимости от длительности заболевания. Многие авторы согласны с мнением, что у женщины, болеющей ХС более двух лет, неоднократно проходившей курсы антибиотикотерапии, невозможно найти возбудителя, первоначально вызвавшего воспалительный процесс [5].

В связи с чем нужна своевременная диагностика и выбор правильного метода лечения при ИППП с преобладанием хламидиоза.

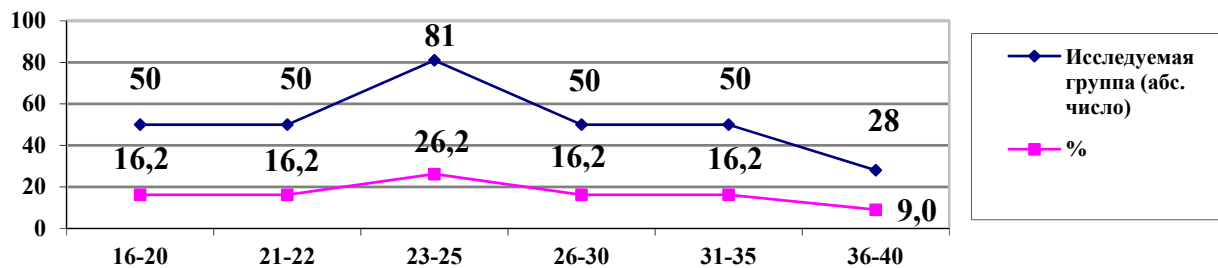
**Цель исследования.** Выявить нозологические формы хронического воспаления органов малого таза на фоне ИППП с преобладанием хламидиоза.

**Материал и методы обследования.** Объектом исследования послужили 80 пациенток в возрасте 18-40 лет.

Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, клинико-лабораторных исследований, которые включали: обнаружение возбудителей (хламидии, уреapлазма, микоплазма, цитомегаловирус, вирус простого герпеса) методами прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуноферментный анализ

(ИФА) и УЗИ органов малого таза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Наиболее значительное повышение заболеваемости выявлено в возрастных группах 19—27 года (в 1,4 раза) и 28—35 лет (1,8 раза), о чем свидетельствует рисунок 1. Средний уровень заболеваемости ИППП у женщин репродуктивного возраста приходился на 20—29 лет. Основными группами риска по распространению ИППП являлись женщины в возрасте 18—25 лет.



**Рис. 1. Распределение больных по возрасту**

Анализ проведенных клинико-лабораторных исследований показал, что до поступления женщин на обследование в гинекологическое отделение верификация диагнозов не проводилась, а пациентки естественно получали нецеленаправленное лечение. Половые партнеры, а также мужья женщин, страдающих воспалительными заболеваниями репродуктивной системы, к лечению не привлекались. В этой связи, естественно, такой недостаточно квалифицированный подход к специфической терапии заболевших женщин послужил основной причиной хронического течения ИППП, неадекватной эффективности лечения и возникновения частых обострений, осложнений, в том числе острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ).

В основном этиологическая структура генитальных инфекций у женщин репродуктивного возраста проявилась в виде следующих видов заболеваний: сальпингит (64,0%), кольпит (35,0%), уретрит (15,0%), цистит (12,5%), эндоцервицит (10,0%), но чаще всего были обнаружены в сочетаниях кольпит+уретрит (12,0%), кольпит+цистит (10,0%), эндоцервицит+уретрит (3,0 %).

Рисунок 2.



Среди обследованных больных выявлены следующие виды ИППП: хламидиоз, трихомониаз, уреаплазмоз, кандидоз, гонорея, токсоплазмоз и вагиноз.

Бактериоскопия и культуральное исследование влагалищных мазков выявили богатый спектр изменений. От 50 до 70% мазков содержали обильное количество слизи и от 30 до 50% стекловидное количество слущенного эпителия, выраженный лейкоцитоз. В посевах из цервикального канала доминировали: стафилококк эпидермальный (30%) и грибы рода *Candida* (35%), а также различные виды стафилококков, стрептококк, кишечная палочка. Высокий процент эпидермального стафилококка, по-видимому, обусловлен не только его широкой распространенностью, но и доминирующими свойствами роста на питательных средах.

**Выводы.** Таким образом, вопрос изучения этиологии воспалительных заболеваний репродуктивной системы у женщин, передающихся половым путем, по разным причинам страдает, в связи с чем такое положение отражается

на качестве лечения. Большинство авторов утверждают их половое происхождение, однако рекомендации по лечению половых партнеров фактически отсутствуют. При диагностике генитальных инфекций, передающихся преимущественно половым путем, почти не учитывается возможность уточнения их этиологии и разработки оптимальной тактики лечения и ведения этого контингента больных.

#### Список литературы:

1. Алешина Е. Н. Сравнительная эпидемиологическая характеристика некоторых инфекций, возбудители которых передаются половым путём / Е. Н. Алешина // Дисс. канд. мед.наук. — М., 2006. — 171 с.
2. Адаскевич В. П. Инфекции передаваемые половым путём / В. П. Адаскевич. — М. — 2001. — 415 с.
3. Шинский, Г.Э. Эпидемиологические аспекты хламидийной инфекции / Г.Э. Шинский, В.А. Мерзляков, С.Б. Тимофеева // Заболевания, передаваемые половым путем. — М., 2013. — № 1. — С. 11—13
4. Kishore J. Seroanalysis of Chlamydia trachomatis and S-TORCH agents in women with recurrent spontaneous abortions / J. Kishore, J. Agarwai // Indian j. pathol. microbial. - 2013. - Vol. 46 (4). - P. 684-687.
5. Wiesenfeld H. Screening for Chlamydia trachomatis Infections in Women / Harold C Wiesenfeld // New England Journal of Medicine. 2017. Vol. 376 (8). – P.765-773.

*Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Миррахим М.М.*

### ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КЛЕТЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

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

**Актуальность.** Необходимо отметить, что большую часть современных урогенитальных инфекций составляют латентные инфекции, для которых характерны такие признаки как эндемичность, хорошая адаптация к организму хозяина, сниженная патогенность, недостаточный клеточный иммунитет, неэффективный антительный ответ, инфицирование лимфоцитов и макрофагов, периодическая активация, размножение и персистенция возбудителя, участие в онкогенезе в качестве кофактора [1, 5].

В настоящее время показано, что хламидии способны синтезировать в небольших количествах АТФ, отдельные аминокислоты, накапливать гликоген. Хламидии являются грамотрицательными бактериями, но при некоторых условиях могут становиться грамположительными [3].

От других бактерий хламидии отличаются тем, что они имеют две формы существования: инфекционную и неинфекционную, в виде так называемых ЭТ и РТ соответственно. Это обстоятельство является определяющим для понимания не только особенностей клинического течения, но и диагностики заболеваний, вызванных этим микроорганизмом [2].

Определенное значение в механизме развития УХ имеет состояние иммунитета. При первичном попадании инфекции локально возникают процессы воспаления с выработкой антител (IgA) [5]. Чаще всего при первичном попадании хламидийной инфекции наблюдается временная реакция организма человека без сопровождения каких-либо нарушений тканей [4].

**Цель исследования.** Оценить состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных хроническим урогенитальным хламидиозом.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования послужили 110 женщин в возрасте 18-38 лет, среди них 80 женщин составили с ХВПМ на фоне ИППП с преобладанием хламидиоза и 30 - практически здоровые женщины. Для проведения исследования забиралась кровь из медиальной подкожной вены руки. После формирования сгустка крови выделяли микродозатором сывороточную часть в пластиковую пробирку, затем её помещали в морозильную камеру при температуре  $-20^{\circ}\text{C}$ . Данная сыворотка считалась пригодной для исследования в течение 14 дней.

При проведении серологического исследования на наличие хламидийных бактерий применялись специальные тест-системы «ХламиБест — *S. trachomatis* — IgG-стрип» (ФСП 42-0117-1823-01), а также используемые в лаборатории бактериальных инфекций наборы «ХламиБест — MOMP + pgp3 — IgG-стрип» и «ХламиБест — *S. trachomatis* — IgG-стрип». С целью определения в сывороточной крови антител к вирусам TORCH комплекса применялись следующие тест-системы: ВектоВнТ — IgG-стрип, ВектоВITf — IgM-стрип, ВектоЦМВ — IgG-стрип, ВектоЦМВ — IgM-стрип, ВектоРубелла — IgG-стрип производства ЗАО «Вектор-Бест».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для оценки состояния клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных хроническим урогенитальным хламидиозом определяли содержания иммуноглобулинов G, A, M и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, В-лимфоцитов крови.

Как видно из таблицы 1, соотношение концентрации Т-хелперов, которое характеризует иммунорегуляторный индекс, достоверно ниже в группе больных.

**Таблица 1. - Иммунологические показатели с хроническим воспалением придатков матки с хламидийной этиологией (n=80)**

Показатели	Контрольная группа n=30	Основная группа n=80	P
Т-лимфоциты, %	48,6±1,86	44,3±1,47	<0,001
Т-хелперы, %	35,8 ±1,34	25,9±1,11	<0,001
Т-супрессоры, %	28,3±1,09	30,8±1,12	<0,001
В-лимфоциты, %	10,3±0,91	7,1±0,3	<0,001
Иммуноглобулины:			
G	10,5±0,8	7,1±0,2	<0,001
A	1,58±0,16	1,12±0,04	<0,001
M	1,07±0,09	1,15±0,05	>0,05
ЦИК, мг/мл	91,0±3,1	91,9±2,5	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами

Относительное содержание Т-лимфоцитов имеет тенденцию к незначительному снижению в группе больных. Процентная доля Т-хелперов существенно ниже у больных, хотя в абсолютных значениях достоверная разница отсутствует. Также отсутствует выраженное различие в показателях относительного и абсолютного содержания Т-супрессоров.

У больных с урогенитальным хламидиозом наблюдается также значительное снижение, по сравнению со здоровыми контрольной группы, процентное содержание В-лимфоцитов, которое не компенсируется в показателях абсолютных значений.

О наличии латентного течения урогенитального хламидиоза свидетельствуют изменения лейкограммы в виде достоверно сниженного уровня нейтрофилов в крови и достоверно повышенного относительно содержания эозинофилов. Как видно из таблицы 2, нет достоверных различий между показателями содержания в крови больных и здоровых доноров лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов.

**Таблица 2. - Лейкограмма больных с хроническим воспалением придатков матки с хламидийной этиологии (n=80)**

Группа	Лейкоциты %	Лимфоциты %	Нейтрофилы %	Моноциты %	Эозинофилы %
Контрольная n=30	5,4±0,48	1,96±0,25	3,21±0,41	3,6±0,4	2,53±0,16
Основная n=80	5,25±0,43	2,22±0,28	2,55±0,33	3,4±0,39	3,1±0,23
P	>0,05	<0,001	<0,001	<0,01	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами

Указанные изменения лейкограммы подтверждают латентный характер инфекции при урогенитальном хламидиозе.

**Выводы.** Таким образом, наши исследования показали, что у больных хроническим воспалением придатков матки хламидийной этиологии наблюдаются выраженные изменения параметров всех звеньев иммунитета, характерными нарушениями гуморального звена иммунитета является достоверное повышение концентрации IgG и IgA в сыворотке крови больных при снижении относительного содержания В-лимфоцитов, дисбаланс клеточного иммунитета выражается достоверным снижением процентного содержания Т-хелперов, тенденцией к повышению уровня Т-супрессоров.

В отношении лимфоцитов можно говорить только о тенденции к снижению абсолютного содержания клеток у больных. Относительное содержание нейтрофилов достоверно ниже у больных, чем у здоровых доноров, хотя абсолютные значения концентрации этих клеток не имеют достоверных различий.

#### **Список литературы:**

1. Караулов А.В. Характеристика инфекционного процесса при урогенитальном хламидиозе с применением оценки экспрессии генов *tlr*/ А.В.Караулов, С.С. Афанасьев, В.А. Алешкин, И.В. Евсегнеева, Е.А. Воропаева, А.Л. Байракова /Иммунопатология, аллергология, инфектология. -2014. - №1. - С. 68-71.
2. Рищук, С.В. Оценка значимости некоторых лабораторных тестов при урогенитальном хламидиозе у женщин / С.В. Рищук, В.Г. Кубась, Д.Ф. Костючек // Ж. дерматовенерологии и косметологии. - 2016. - №1. - С. 52-55.
3. Серологические аспекты диагностики персистирующей хламидийной инфекции / Т.А. Скирда [и др.] // Гинекология. - 2014. - Т.6, №4. - С. 180-182.
4. Chlamydia trachomatis: time for screening? / A. Spiliopoulou [et al.] // Clin. Microbiol. Infect. - 2015. - Vol. 11, N 9. - P. 687-689.
5. Joyce A Ibana. Chlamydia trachomatis-infected cells and uninfected-bystander cells exhibit diametrically opposed responses to interferon gamma /Joyce A Ibana, [et al.]// Scientific reports. 2018. №1. – P. 15-18.

*Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Миррахим М.М.*

### **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ И АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ИППП С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ**

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

**Актуальность.** Среди многообразия инфекционной патологии человека урогенитальный хламидиоз занимает особое место. Инфекции, вызванные *Chlamydia trachomatis*, признаны самыми распространёнными из передаваемых половым путём заболеваний в США. По данным ВОЗ, среди жителей США встречается до 5 млн. людей в год с вновь выявленной данной патологией, при этом 250 тысяч случаев приходится на новорожденных детей. Среди жителей европейского континента заболеваемость данной инфекцией составляет до 10 млн. случаев. На долю женщин с наличием негонококкового поражения органов мочеполовой системы приходится от 30 до 60% случаев заболевания хламидиозом, на долю мужчин приходится 51% [2, 4].

Одним из основных моментов в решении проблемы инфицированных родов является прогнозирование и ранняя диагностика [1, 3]. Это позволяет выбрать оптимальную тактику ведения беременности, родов, способствует предупреждению заболеваемости, смертности женщины и ее потомства, обуславливает более благоприятный прогноз для ребенка.

**Цель исследования.** Изучить перинатальные и акушерские осложнения у беременных с ИППП с преобладанием хламидийной инфекции.

**Материал и методы исследования.** Для проведения исследований целенаправленно была отобрана группа беременных женщин (n = 30), у которых инфицирование инфекциями, передающимися половым путем (ИППП),

установлено на разных сроках беременности (по триместрам) или накануне родов, но не получавших соответствующее специальное лечение по тем или иным причинам.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные данные свидетельствуют о наличии выраженного негативного влияния ряда инфекций, передающихся преимущественно половым путем, на ранние этапы гестационного процесса (табл.1).

У женщин как с активной формой ЦМВИ, так и при персистенции возбудителя первый триместр беременности протекал с большим числом осложнений, по сравнению с контрольной группой обследованных. До 40% беременных основных групп имели диагнозы угрозы прерывания и некоторых видов ИППП (хламидиоз, трихомониаз), а также воспалительные заболевания гениталий (кольпит, сальпингит, эндоцервицит). Обострение инфекционного процесса урогенитальной области в первом триместре беременности напрямую имело влияние на гестационный процесс. Ранний токсикоз (тошнота, рвота беременных) встречался почти с одинаковой частотой во всех группах.

**Таблица 1**

**Осложнения беременности и родов у женщин с ЦМВИ**

Осложнения беременности и родов	Беременные с ИППП	Беременные без ИППП
Угроза прерывания	16,4 ± 1,6 **	5,6 ± 1,2
Гипертензивный синдром	56,2 ± 1,4 **	6,2 ± 1,4
Перенашивание	10,4 ± 1,6	5,2 ± 1,2
Аномалии родовой деятельности	24,2 ± 1,8 *	6,0 ± 1,4
Несвоевременное излитие вод	24,4 ± 2,2 **	5,02 ± 1,4
ПОНРП	12,04 ± 1,2	1,0 ± 0,6
Крупный плод	20,4 ± 0,8 *	4,8 ± 1,4
Гипотрофия плода	24,8 ± 0,6	1,2 ± 0,4
Многоводие	14,0 ± 0,5	1,2 ± 0,6
Маловодие	14,4 ± 1,4 *	4,2 ± 1,5
Кровотечение	14,2 ± 1,5	1,0 ± 0,1
Мертворожденные	3,6 ± 0,6 **	1,0 ± 0,6

**Примечание:** достоверность установлена по отношению к контрольной группе \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$

С одной стороны, компенсаторные резервы фетоплацентарного комплекса способны нивелировать патогенное влияние инфекции, с другой стороны сосудистые нарушения, связанные с гипертензивным синдромом, не позволяют вычлнить роль инфекционного фактора в такой патологии, как гипоксия плода и задержка внутриутробного развития. Как видно из таблицы, гипертензивный синдром средней степени тяжести превалирует в группе с персистой инфекцией. Наиболее частыми осложнениями в обеих основных группах явились угроза прерывания беременности на фоне хламидиоза, трихомониаза, бактериального вагиноза.

Хроническая внутриутробная гипоксия плода регистрировалась при клинических методах обследования беременных женщин в третьем триместре. Первый триместр наиболее уязвим для персистой формы хламидийной инфекции.

Субъективность и собирательный характер диагноза хронической внутриутробной гипоксии плода заставляют сравнить эти результаты с логическим продолжением развития плацентарной недостаточности — внутриутробной задержкой развития плода (ВЗРП) и ее объективным подтверждением — рождением ребенка с признаками гипотрофии. Сравнительная оценка третьего триместра показывает, что не более трети случаев регистрации внутриутробной гипоксии плода сопровождалось задержкой развития, что свидетельствует о наличии компенсаторного резерва плаценты. В 2,27% случаев здесь наблюдалась только асимметричная форма ВЗРП (преимущественное уменьшение размеров живота при нормальном значении бипариетального размера головки — БПР и длины бедра). В группе с активной инфекцией и в контроле только половина из новорожденных от матерей с диагнозом ВЗРП родились с гипотрофией, что говорит о нормальном функционировании плаценты до самых родов, если не произойдет активация инфекции. При персистенции возбудителя диагноз ВЗРП подтвердился полностью, что может говорить о неполной компенсации хронической плацентарной недостаточности.

Таким образом, клиническое наблюдение за беременными позволило выявить 3 основных осложнения, частота которых зависит от наличия у беременной инфекций, передаваемых половым путем (хламидиоз, трихомониаз, вагиноз, кандидоз и др.). В эту группу осложнений входят: угроза прерывания беременности, развитие воспалительных заболеваний гениталий (кольпит, сальпингит, сальпингофорит, эндоцервицит, послеродовый эндометрит и др.) и обострение хронических соматических заболеваний органов и систем (например, обострение хронического пиелонефрита).

Анализ течения родового акта и послеродового периода, проведенный с целью выявить маркеры инфекционных осложнений, имеет некоторые свои особенности. В исследование включены случаи с доношенной беременностью, а когда речь идет о внутриутробном инфицировании в третьем триместре, то чаще всего роды наступают преждевременно. Этот факт объясняет отсутствие достоверных различий в исследуемых группах.

При изучении течения родового процесса у 1/3 женщин всех групп наблюдался преждевременный разрыв плодных оболочек. Аномалия родовой деятельности в виде слабости и быстрых родов регистрировались с одинаковой частотой в группах сравнения. У женщин основных и контрольной групп соотношение первичной слабости родовой деятельности и вторичной составило примерно 50/50. Выявлена тенденция к более частому нарушению отделения последа вследствие частичного плотного прикрепления плаценты у женщин с активной формой инфекций, передаваемых половым путем. О показателях проведенных исследований свидетельствует таблица 2.



Особенности течения родов у беременных с хламидийной инфекции

Осложнения родов	I группа n = 10		II группа n = 20		III группа n = 12		P <sub>I-II</sub>	P <sub>I-III</sub>	P <sub>II-III</sub>
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
Преждевременный разрыв околоплодных оболочек	13	29,5	7	35,0	16	30,8	0,44	0,9	0,73
Слабость родовой деятельности	9	20,5	6	30,0	12	23,1	0,3	0,7	0,54
Быстрые роды	3	6,8	2	10,0	3	5,8	0,5	0,8	0,4
Оперативные роды	6	13,6	3	15,0	9	17,3	0,58	0,62	0,81
Гипоксия плода в родах	11	25,0	6	30,0	17	32,7	0,45	0,4	0,83
Нарушение отделения последа	5	11,4	2	4,0	2	3,8	0,38	0,16	0,83

**Примечание:** Статистическая значимость различий при  $P < 0,05$ .

**Выводы.** В проведенном исследовании установлено, при активной форме хламидийной инфекции в первом триместре в 19% обнаруживаются признаки децидуита, во втором – преждевременное старение плаценты в 25% и гиперэхогенные включения в печени плода в 13% наблюдений. При персистентной форме хламидийной инфекции в первом триместре в 25% случаев обнаруживается эхопризнаки сочетания децидуита и хорионита. Во втором триместре характерными эхомаркерами персистентной формы являются многоводие в 25% случаев, гиперэхогенная взвесь в водах в 41%, суббазальное расширение межворсинчатого пространства в 8% и уменьшения толщины плаценты в 17%.

#### Список литературы:

1. Тютюнник, В.Л. Эффективность подготовки и планирования беременности у женщин с инфекцией / В.Л. Тютюнник // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 4. – С.4
2. Шипицына, Е.В. Устойчивость *Chlamydia trachomatis* к антибиотикам / Е.В. Шипицына, А.М. Савичева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - Т.51, №4. - С. 77-83
3. Amy Berry. The Complexity of Interactions Between Female Sex Hormones and *Chlamydia trachomatis* Infections/ Amy Berry, Jennifer V Hall // Current Clinical Microbiology Reports. 2019. - №6 (2). – P. 67-75.
4. Kaur, R. Screening for TORCH infections in pregnant women: a report from Delhi / R. Kaur, N. Gupta, D. Nair // South-east asian j. trap. med. public health. - 2019. - Vol. 30 (2). - P. 284-286.

*Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Парпиев Ф.М., Хасанова Х.Т.*

#### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

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

**Актуальность.** Результаты любой работы определяются конечным продуктом. Это положение в полной мере относится к работе органов здравоохранения, в частности к работе травматологов-ортопедов. Поэтому изучение отдаленных результатов имеет чрезвычайно важное значение не только научного, но и социального характера.

Врожденный вывих бедра относится к наиболее распространенной и тяжелой патологии опорно-двигательной системы у детей, а его лечение представляет сложную задачу в современной ортопедии [1,2]. Частота его варьирует от 5 до 30 на 1000 новорожденных. Патологические изменения, возникающие вследствие врожденного вывиха бедра приводят не только к нарушению формирования вертлужной впадины, но и к формированию проксимального отдела бедра, что является причиной нарушений нормальных функционально-анатомических взаимодействий основных структур в суставе.

Рассматриваемая проблема в Центральной Азии приобретает еще большую медицинскую и социальную значимость, что объясняется чрезмерным распространением, наличием семейных форм из-за кровнородственных браков, национальными особенностями (использование «гахворы» или люльки, в котором ножки ребенка фиксируются в одном положении), поздним обращением за лечением и другими факторами [2].

Основным методом лечения данной патологии у детей раннего возраста являются консервативные методы, которые, в зависимости от возраста ребенка и характера патологии, используются в различных вариантах. Считается общепризнанным, что раннее, своевременно начатое лечение надежно гарантирует последующее нормальное развитие элементов тазобедренного сустава у детей [2,4]. При таком подходе удается до 98% достичь стойкого излечения. Сложность ситуации заключается в том, что результаты лечения обратно пропорциональны возрасту ребенка, к моменту обращения за медицинской помощью. Так, при лечении, начатом позднее 3-х месяцев жизни ребенка, вышеназванный показатель составляет 86% и с возрастом эти показатели снижаются [1,2]. Несмотря на заметные успехи в этом направлении, многие исследователи все чаще указывают на ряд недостатков общеизвестных методов, являющихся причиной развития серьезных осложнений. К числу последних относятся контрактура тазобедренного сустава и асептический некроз головки бедра. В патогенезе развития этих осложнений лежат недостатки в конструкции отводящих шин, в которых в процессе лечения головка бедренной кости находится в положении жесткой фиксации и под большим давлением [2]. В данном методе принята постепенная коррекция нарушений взаимоотношений в условиях сохранения определенной двигательной функции сустава.

**Целью исследования** является изучение отдаленных результатов функционального лечения детей с врожденным вывихом бедра.

**Материал и методы исследования.** Нами в клинике травматологии и ортопедии и на базе ГНМЦ «Шифобахш» изучены отдаленные результаты функционального лечения 252 детей с врожденным вывихом бедра за период 2016-2020гг. в возрасте от 8 месяцев до 3 лет. Мальчиков было 98(38,9%), девочек 154 (61,1%). В клинике после обследования и уточнения диагноза в течение 2-3 недель проводили лечение методом вытяжения по вертикальной плоскости на раме с постепенным увеличением отведения в тазобедренных суставах. У 68% детей в процессе вытяжения происходило «само вправление» вывиха бедер, а остальные большим количеством осуществляли щадящее устранение вывиха на раме. После клинического и рентгенологического контроля накладывали гипсовый тугор в положении Лоренца 1. Длительность лечения в зависимости от возраста ребенка и степени вывиха была от 4 до 6 месяцев. В процессе лечения для улучшения общего состояния ребенка, трофики тазобедренных суставов и стимуляции репаративных процессов применяли физические факторы: УФО, электрофорез новокаина, хлористого кальция, аппликации парафина, озокерита, магнитотерапия. Назначали витаминотерапию, препараты кальция, фосфора. В процессе лечения также постоянно проводили лечебную гимнастику, массаж ног.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Материал был детально analyzed. При анализе непосредственных результатов через 2-6 лет после устранения вывиха бедра функциональным методом установлено, что результаты несколько хуже при двусторонних вывихах бедра, наследственном отягощении, выраженной исходной гипоплазией, при вывихе бедра III-IV степени, но различия были незначительными, статически недостоверными. Важнейшим фактором является возраст в момент устранения вывиха.

При анализе отдаленных результатов лечения врожденного вывиха бедра мы использовали 3х степенную систему оценки.

Результат считался хорошим, если больные не предъявляли жалоб, бегали, учились в школе, не ограничивая функциональную нагрузку, движения в тазобедренном суставе были в полном объеме, симптом Трендленбурга отрицательный, боли и хромоты не отмечались. Рентгенологические соотношения в суставе не были нарушены. Головка бедренной кости круглая, явления артроза отсутствовали.

Результат считался удовлетворительным, если отсутствовали жалобы на боли и ограничения физической активности. Движения в тазобедренном суставе были в полном или почти в полном объеме. Хромоты и боли при нагрузке не было, симптом Трендленбурга отрицательный. Иногда после продолжительной нагрузки беспокоили боли, которые проходили без лечения после краткосрочной разгрузки. Рентгенологически обнаруживались небольшая деформация проксимального конца бедренной кости, умеренное уплощение головки. Однако угол Веберга был не менее 20гр., форма головки была круглой или приближалась к круглой.

Результат считался неудовлетворительным. Если явившиеся на контроль жаловались на боли, ограничение физической активности, при ходьбе хромали, движения в тазобедренном суставе были ограничены. Симптом Трендленбурга положительный. На рентгенограмме определялось нарушение соотношений в тазобедренном суставе, сдвиг по линии Шентона, угол Веберга менее 15 гр., головка бедра деформирована, отмечались явления артроза.

При анализе отдаленных результатов установлено, что хорошую оценку получили 83,3% детей, удовлетворительную - 6,2%, неудовлетворительную -1,5% больных. Чрезвычайно важно, с нашей точки зрения, что из 33 суставов, где произведена внесуставная реконструкция тазобедренного сустава, 64,2% получили хорошую оценку. Это показывает, что после формирования остаточного подвывиха можно своевременной реконструкцией сустава можно добиться вполне удовлетворительных результатов. У 7 детей развился асептический некроз головки бедра после вправления под наркозом.

Среди обследованных больных, несмотря на молодой возраст, 18 явились после родов, и целью их приезда на контроль была проверка ребенка. Ни у одной матери в сроки до года после рождения ребенка не наступило ухудшение. Из 18 у двух диагностировали подвывих бедра, у 6 дисплазию тазобедренного сустава. По-видимому, в ряде подобных случаях дисплазия не диагностируется и до определенного возраста не может давать клинических симптомов, или сустав доразвивается без лечения. Мы считаем обязательным при наличии в семье больных с врожденным вывихом бедра всем младенцам в возрасте 6 месяцев производить рентгенографию. По данным литературы, общепризнанным было, что отдаленные результаты лечения врожденного вывиха бедра тем хуже, чем больший срок прошел после устранения вывиха. Естественно, ортопедов занимал вопрос: почему результаты ухудшаются? На основании данных литературы и собственных наблюдений, мы считаем, что имеет значение комплекс причин и факторов: 1) эндогенная «врожденная неполноценность» тканей тазобедренного сустава, постоянно наблюдающаяся при врожденном вывихе бедра; 2) вторичные нарушения в результате неправильной функции; 3) ятрогенное повреждение тканей в процессе лечения (травма при устранении вывиха, нефизиологическое положение конечности, обездвиживание. Первую причину - неполноценность или, вернее, сниженную потенцию тканей к правильному формированию тазобедренного сустава исключить невозможно. Однако, использование стимулирующих физических, бальнеологических и медикаментозных факторов положительно влияет на реактивность организма ребенка, трофику тазобедренного сустава и способствует полноценному развитию даже при незначительных эндогенных нарушениях. Для предупреждения и уменьшения вторичных изменений в результате неправильной функции тазобедренного сустава, отсутствия в нем конгруэнтности главным является максимально раннее устранение вывиха до образования необратимых или частично необратимых нарушений развития. Важной, во многих случаях решающей причиной существенного ухудшения результатов является ятрогенное нарушение тазобедренного сустава в результате «грубого, травматичного» устранения вывиха и последующего лечения. Для исключения этого предлагаются более совершенные методы функционального лечения, исключение одномоментного вправления, иммобилизации в гипсовой повязке, фиксация конечности в положении чрезмерного отведения, ротации, новые методы хирургического лечения с максимальным щажением ростковых зон.

**Выводы.** Изучение отдаленных результатов функционального лечения детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 6 мес. до 3 лет показывает следующее:

1. Функциональный метод лечения стойкие хорошие результаты у 86,3% больных.
2. В анализируемый период хорошие непосредственные результаты у большинства остаются стабильными.
3. Основной причиной неудач лечения изложенным методом является асептический некроз головки, который отмечен у 7,4% больных и контрактура в тазобедренных суставах (6,3%). Для уменьшения частоты и снижения тяжести асептического некроза и контрактуры в тазобедренных суставах, целесообразно в случаях исходной выраженной гипоплазии, вывихе бедра 3-4 степени проводить вытяжения в сроки более 25 дней и с первых дней интенсивно постоянно включать в лечение факторы, положительно действующие на реактивность ребенка и до развития сустава.
4. Внесуставная реконструкция тазобедренного сустава позволяет получить благоприятный анатомо-функциональный результат у большинства больных, у которых развитие тазобедренного сустава происходит замедленно и формируется подвывих бедра.

#### **Список литературы.**

1. Мирзоева С.М./ Раннее консервативное лечение врожденного вывиха бедра у детей. / С.М.Мирзоева, М.Набиев, М.К.Кариева //Матер.1X конгресса педиатров СНГ, Душанбе. -2019г.- С.-166-167.
2. Мирзоева С.М. Ранняя диагностика и лечение врожденного вывиха бедра у детей до 1 года./ С.М.Мирзоева, М.К. Кариева, А.А.Раззаков // Матер.годичн. конф. ТГМУ.-2018.- С.-233-234.
3. Сафаров Д.М. Особенности лечения врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста-/Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны.-2016.-№2.-С.145-149.
4. Кариева М.К. Профилактика асептического некроза головки бедренной кости при консервативном лечении врожденного вывиха бедра у детей. // М.К.Кариева, Ф.К.Ортыков, Д.М.Нуридинов. // Матер Х111 научн. практич. конф.молодых ученых и студентов, Душанбе.- 2018.- С.-.
5. Каменский М.С. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у недоношенных детей. /М.С.Каменский. //Автореф. дис. канд. мед. наук.- 14.01.15.- 2012.-С.-15.

*Мирзоева С.М., Раззаков А.А., Курбанова Р.Т., Парпиев Ф.М.*

### **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

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

**Актуальность.** Артроз – это дегенеративно - дистрофическое заболевание, при котором происходит постепенное разрушение хрящевой ткани и обусловленные этим патологические изменения в суставах (скопление жидкости, сужение суставной щели, рост остеофитов) [1,2]. У младенцев это заболевание встречается редко и обычно бывает спровоцировано врожденными аномалиями и травмами [3]. Обычно диагностируют заболевание у детей в возрасте от одного года до четырех-пяти лет. Первопричиной развития дегенеративных изменений в хрящах у детей являются зачастую генетические факторы [2.5]. Спровоцировать проблемы с суставами уже в раннем возрасте могут врожденные патологии опорно-двигательного аппарата (косолапость, артрогриппоз, плоскостопие и т.д.) [4].

**Цель исследования.** Изучение особенности диагностики и лечения артрозов в детском возрасте.

**Материал и методы исследования.** Нами в клинике травматологии и ортопедии на базе НМЦ РТ "Шифобахш" амбулаторно были исследованы 64 ребёнка в возрасте от 2 до 14 лет. Мальчиков было 42 ( 65,6%), девочек - 22(34,4%). В амбулаторных условиях больные подвергались обследованию. Были использованы клинические, лабораторные , биохимические исследования. Следует отметить, что особых изменений в лабораторных данных крови и мочи не выявлено. Были использованы также инструментальные методы (рентенография, КТ, МРТ суставов). Было выявлено, что 15 (23,4%) больных получили травму коленного и 10 (15,6%) голеностопного суставов. У 12 (18,7%) детей выявили деформацию коленного сустава на почве перенесенного рахита. 11(17,1%) больных были оперированы по поводу врожденной косолапости, у 10 (15,6%) детей диагностировано плоскостопие 11- 111 степени, 6 (9,3%) - лечились по поводу артрогриппоза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клинически в зависимости от степени заболевания симптомы были различными. Обследование показало, что после пробуждения ребенок жалуется на небольшую боль, он скован в движениях. При движении суставов появляется характерный хруст. Ребенок жалуется на боль во время выполнения упражнений. Нарушается походка, появляются необычные мозоли, отёчность суставов. Клинически появляется скрип или хруст при движении в суставах, скованность, которая со временем усиливается вплоть до неподвижности и атрофии мышц. Нарастает болезненность при пальпации, усиливается деформация сустава. Нарушения могут возникнуть в любом суставе. Выделяют несколько стадий артроза у детей.

- Первая стадия (начальная) артроза: небольшие боли в коленном суставе или стопе, быстрая утомляемость при физических нагрузках. Данные симптомы выявлены у 13 (20.3%) детей.

- Вторая стадия: боль в суставах у детей становится сильнее, движения - ограниченные, в области 1 плюсневой кости образовались уплотнения. Данные показатели выявлены у 33(51,5%) детей.

- Третья стадия: деформация в области коленных суставов или стоп, отмечаются сильные боли, движение затруднено. 3 стадия выяснена у 18 (21,1%) больных. Чтобы не допустить развития второй и третьей стадии артроза у детей следует внимательно присматриваться к их походке и прислушиваться к жалобам.

Чаще всего у детей диагностируется артроз коленного сустава.

К сожалению, полностью избавиться от артроза невозможно, однако ранняя диагностика и полноценное лечение позволяют добиться стойкой ремиссии и сохранения нормального качества жизни ребенка.

Особенность лечения артроза в детском возрасте заключается в том, что значительное количество препаратов для взрослых от этого заболевания не может использоваться в детском возрасте. Лечение медицинскими препаратами артроза допускается только непродолжительными курсами и в период обострения. Хондропротекторы можно

назначать долгое время. При лечении необходимо обеспечение всех условий для нормальной ходьбы ребёнка, следить за режимом, питанием и гимнастикой. Упражнения направлены на растягивание сухожилия, укрепление пальцев ног и т.д. ЛФК, массаж и прочие способы восстановления подвижности суставов, помогут ребёнку в кратчайшие сроки встать на ноги. Противовоспалительные препараты нацелены на снятие воспаления и болей в суставах. Для лечения артроза у детей разрабатывается комплексный индивидуальный план с учётом возраста, степени развития болезни, конкретных симптомов и других важных факторов. Лекарственные средства необходимы для устранения боли и воспаления, нормализации обменных процессов.

Необходимо отказаться от продуктов, содержащих углеводы. Надо включить в рацион фрукты и овощи. Широко надо пользоваться народной медициной: ванночки для ног с добавлением соли и мёда. При артрозе у детей советуют ходить босиком по скошенной траве, песку, земле. Такая гимнастика улучшает микроциркуляцию в стопах. В ряде случаев справиться с болезнью помогут внутрисуставные инъекции (при второй и 3 стадиях).

Физиотерапия повышает эффективность медикаментов, улучшает циркуляцию крови, снимает отечность и воспаление, уменьшает боль, останавливает образование остеофитов и "запускает" регенерационных процессов.

ЛФК укрепляет мышечный корсет и нормализует массу тела. Это позволит улучшить подвижность суставов, остановит сужение суставной щели и образование остеофитов.

**Выводы.** Результаты наблюдения показали, что артрозы в детском возрасте имеют свои особенности. Комплексный индивидуальный подход к диагностике и полноценное лечение с учётом конкретных симптомов возраста, степени развития болезни позволит добиться стойкой ремиссии сохранения нормального качества жизни ребёнка.

#### **Список литературы**

1. Акильжанов К.Р. Современные тенденции в лечении пателло-фemorального артроза /Наука и здравоохранение. - 2018. -С. 167.
2. Жарков П.Л. Рентгенологическая диагностика артроза. Вестник РНЦРР МЗ России. -2018. -№ 10. 259 с.
3. Загородская Т.Р. Деформирующий (остеоартроз) артроз у детей./ Киев. «Юрин Медцентр». -2013. -С.-112
4. Артрит у детей. Ревматология: клинические рекомендации / Под редакцией акад. Л.Насонова. -М.: ГЭОТАР- Медицина. -2010. -С.-752.
5. Ортопедия, национальное руководство / под ред. С.П.Миронова. -М.: «ГЭОТАР-Медиа». -2008. 826 с.

*Мирзокаримов У.М, Мираков Б.Т, Аскарлов А.Т, Назаров И.Р.*

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ АЛФЛУТОПА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

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

**Актуальность.** Алфлутоп - препарат, полученный из морских организмов. Препаратами первого ряда при лечении артралгий является механизм действия его сочетает антигиалуронидазную активность, что ингибирует деструкцию соединительнотканых хрящевых структур, и стимуляцию синтеза гиалуроновой кислоты, что приводит к усилению репаративных процессов. Алфлутоп можно отнести к группе производных гиалуроновой кислоты. Остеоартроз - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии с подобными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями в основе которых лежит поражение всех элементов сустава, суставного хряща. Проблема дегенеративно- дистрофических процессов крупных суставов занимает одно из ключевых мест в клинической ортопедии. В начальных стадиях остеоартроза большое значение имеет правильный выбор комплексного лечения данного заболевания, что свидетельствует об актуальности данной патологии.

**Цель исследования.** Оценка клинической эффективности внутрисуставного введения препаратов в комплексном лечении остеоартроза крупных суставов.

**Материал и методы исследования.** Проведён анализ результатов лечения с внутрисуставным введением алфлутопа у 68 больных, лечившихся в амбулаторных условиях на базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ за период 2018-2019гг. Мужчин было 30 (46,2%), женщин 38 (54,8%). Возраст больных колеблется от 40 до 70 лет с длительностью заболевания от 2 до 3 лет. При обследовании больных использовали анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического исследования, а также магнитно- резонансную томографию (МРТ) и денситометрию. По данным рентгенограммы у всех был зарегистрирован дегенеративный процесс коленного сустава 1-2 стадии. А также собран общий анализ мочи, клинический анализ крови, креатинин, уровень билирубина, мочевую кислоту, Са и Р крови. По доминирующему клиническому признаку наблюдалась боль, которая носила постоянный характер беспокоящий ночью усилившийся при длительной нагрузке, также наблюдалось явление синовита. Существует три схемы введения препарата.

-Внутримышечное введение по 1мл в сутки в течении 3 нед.;

-Внутрисуставное введение по 2 мл 2 раза в день с интервалом в 3-4 дня в течении 3 нед(на курс - 6 внутрисуставных инъекций),а затем внутримышечное введение в течении 20 дней;

- Комбинированная схема: внутрисуставное введение по 2 мл 2 раза в неделю в течение 3 нед. с параллельным внутримышечным введением препарата (20 инъекций).

В качестве комплексного лечения использована комбинированная схема.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагноз дегенеративное поражение крупных суставов базируется на определении костной массы, визуальной оценки общепринятой рентгенограммы скелета, оценки биохимических показателей общего кальция и фосфора крови, щелочной фосфатазы. В основном больные жаловались на боли в коленных суставах, быструю утомляемость. Отмечалось ограничение движения, а также атрофия и слабость мышц голени и бедра. У некоторых больных наблюдался отёк и наличие суставной жидкости в коленном суставе. С целью снятия болевого синдрома, подавления активности местного воспалительного синдрома,

а также замедления дегенеративно-дистрофического процесса и восстановления нормальных свойств синовиальной жидкости в пораженный сустав вводили алфлутоп. Курс лечения включает в себя внутрисуставное введение по 2 мл -2 раза в неделю в течении 3 недель с параллельным внутримышечным введением препарата (20 инъекций). С целью эффективности внутрисуставного введения препарата у больных с признаками синовита предварительно производили эвакуацию синовиальной жидкости из сустава. При таком методе лечения алфлутоп оказал обезболивающее действие, улучшил функцию суставов, уменьшил проявление вторичного синовита, что подтверждается клинически. Также данная схема лечения оказывает положительное влияние на структуру суставного хряща. Курс внутрисуставных инъекций алфлутопа позволяет полностью избавиться от болевого синдрома. Применение алфлутопа помогает снизить потребность в НПВС и даёт возможность в большинстве случаев (60%) отказаться от них. У 58(85,3%) пациентов после интраартикулярного и периартикулярного введения отсутствуют данные о развитии каких-либо побочных реакций на фоне применения алфлутопа, уменьшение болевого синдрома, увеличение объёма движений сустава. После третьей внутрисуставной инъекции отметили полное исчезновение артралгии, уменьшение болевого синдрома. Анализируя работы, где в качестве терапии остеоартроза использовался алфлутоп, можно сделать вывод о его симптоме – модифицирующем и противовоспалительном действии, а возможно и о положительном влиянии на скорость деградации суставного хряща.

**Выводы.** На основании результатов проведённого исследования внутрисуставное введение препарата алфлутоп обладает явным положительным клиническим воздействием в комплексном лечении данного заболевания. На основании полученных результатов препарат алфлутоп можно рекомендовать для широкого применения в клинической ортопедии и артралгии.

#### **Список литературы.**

1. Зоткин Е.Г Роль кальция и витамина Д в глобальной профилактике остеопороза и остеопатических переломов. /Е.Г.Зоткин, В.И.Мазуров/РМЖ Избранные лекции для семейных врачей 2004.Том 12-№7 с-4-9.
2. Лесняк.О.М. Остеопороз. Диагностика профилактика и лечение /О.М.Лесняк, Л.И.Беневоленский/ Клинические рекомендации Москва ГЭОТАР-МЕДИА 2012. С.14-17.
3. Возможности комбинированного препарата кальция и витамина Д в профилактике сенильного остеопороза /Е.Г.Зоткин (и.др)/ РМЖ. Ревматология 2006- Том 14 №25 с.1-7
4. Амирасланов, Ю.А. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов // Инфекции в хирургии. – 2004. – № 2. – С. 8-13.
5. Носков С.М. Консервативное остеоартроза/ С.М. Носков. – СПб.: Спец. Лит, 2014. - 121с.

### ***Мирзокаримов У.М, Раззоков А.А, Аскарлов А.Т, Мухамедова И.Г.*** **РОЛЬ КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА Д В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА**

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

**Актуальность.** Остеопороз вошёл в число приоритетных проблем клинической медицины. Это заболевание скелета для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов, у людей пожилого возраста. При этом последствие подобных переломов приводят не только к снижению качества жизни, но и увеличивают риск смерти. Так смертность при наличии одного перелома указанной локализации повышается в 1,3-3,2 раза. Этот факт свидетельствует о том что переломы, связанные с остеопорозом, следует рассматривать как индикатор плохого здоровья. Все случаи нетравматических переломов у лиц пожилого и старческого возраста необходимо оценивать, как остеопаротические. При выявлении остеопороза врачи любой специальности должны незамедлительно назначать специфическую антиостеопаротическую терапию, объясняя пациентам её необходимость. Снижая риск повторных переломов мы реально способствуем увеличению продолжительности жизни пожилых людей.

**Цель исследования.** Изучить роль кальция и витамина Д при профилактике и лечении остеопароза на фоне дегенеративно- дистрофических заболеваний скелета.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на анализе данных о больных остеохондрозом, сочетающимся с остеопарозом. Возраст больных от 30 до 70 лет и старше. Мужчин было 26 (37,1%) женщин - 44 (62,9%) длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагноз остеопороза базируется на обязательном определении костной массы с помощью денситометрии. Нами также была изучена визуальная оценка общепринятых рентгенограмм скелета, оценка биохимических показателей общего кальция и фосфора крови.

В основном больные жаловались на острые боли в спине, быструю утомляемость. Отмечалось ограничение движений в позвоночнике, а также атрофия и слабость мышц спины.

Поскольку кальций является основной структурной единицей костей скелета, ведётся дискуссии о его роли в профилактике и лечении остеопороза. Детальное изучение содержания кальция показало, что у 48 больных выявлено снижение общего кальция в сыворотке крови (1,2-1,4ммоль/л), у 22 больных отмечено нормальное содержание кальция (2,0-2,3ммоль/л). Неорганический фосфор в сыворотке крови у 28 больных оказался в пределах 1,5-1,7ммоль/л. В организме человека содержится приблизительно 1000 мг кальция, из которых 99% находится в скелете, в форме гидроксиапатита и 1% во вне клеточной жидкости и мягких тканях. Кальций поступает в организм с пищей. Потребность в кальции здорового взрослого человека в различные периоды жизни составляет 1000-1500мг кальция-элемента в сутки. Кроме того, из поступающего с пищей кальция у взрослого человека в кишечнике всасывается менее половины, и только у детей в период быстрого роста и у женщин в периоды беременности и лактации всасывание кальция увеличивается, в то время как у пожилых лиц отмечается значительное снижение всасывания кальция. Таким образом, если в организме поступает недостаточное количество кальция, скорее всего за этим

последует нарушение в фазе минерализации, что может привести к развитию остеомалации.

При дефиците кальция возможно снижение костной массы за счёт формирования вторичного гиперпаратиреоидизма, которое вызывает повышенную костную резорбцию. Роль кальция и витамина Д в костном обмене организма. Они действуют синергично на костную ткань. Потребность, в зависимости от возраста, меняется в организме. Содержание кальция в пищевом рационе среднего жителя умеренного климата позволяет признать, что большинство населения ежедневно недополучает с продуктами питания до 500мг кальция. Небольшое количество кальция содержится в молочных продуктах, рыбе и фруктах.

Конечно наилучшим способом покрытия потребности организма кальцием является, то что необходимо получить в виде лекарственных препаратов. Нами изученные больные наблюдались в амбулаторных условиях. С целью коррекции кальция в сыворотке крови, больные получали Кальцимин по 1т х 3раза в день, Глобавикс в инъекционном виде, Миокалцик также в инъекционном виде. При лечении остеопороза данные препараты способствовали исчезновению или уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов у 70% больных. Биохимические показатели после проведённого лечения нормализовались у 62 больных (78%)

**Выводы.** Таким образом, анализ результатов проведённого лечения остеопороза на фоне остеохондроза с учётом клинико- лабораторных исследований дал положительный результат у 70% больных.

#### **Список литературы.**

1. Зоткин Е.Г Роль кальция и витамина Д в глобальной профилактике остеопороза и остеопатетических переломов. /Е.Г.Зоткин, В.И.Мазуров/РМЖ Избранные лекции для семейных врачей 2004.Том 12-№7 с-4-9.
2. Лесняк.О.М. Остеопороз. Диагностика профилактика и лечение /О.М.Лесняк, Л.И.Беневоленский/ Клинические рекомендации Москва ГЭОТАР-МЕДИА 2012. С.14-17.
3. Возможности комбинированного препарата кальция и витамина Д в профилактике сенильного остеопороза /Е.Г.Зоткин (и.др)/ РМЖ. Ревматология 2006- Том 14 №25 с.1-7
4. Амирасланов, Ю.А. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов // Инфекции в хирургии. – 2004. – № 2. – С. 8-13.
5. Носков С.М. Консервативное остеоартроза/ С.М. Носков. – СПб.: Спец. Лит, 2014. - 121с.

*Мирзокаримов У.М., Мираков Б.Т., Аскаргов А.Т., Назаров И.Р.*

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ АЛФЛУТОПА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

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

**Актуальность.** Алфлутоп - препарат, полученный из морских организмов. Препаратами первого ряда при лечении артралгий является Алфлутоп. Механизм его действия сочетает антигиалуронидазную активность, что ингибирует деструкцию соединительно-тканых хрящевых структур, и стимуляцию синтеза гиалуроновой кислоты, что приводит к усилению репаративных процессов. Алфлутоп можно отнести к группе производных гиалуроновой кислоты. Остеоартроз - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии с подобными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями, в основе которых лежит поражение всех элементов сустава, суставного хряща. Проблема дегенеративно-дистрофических процессов крупных суставов занимает одно из ключевых мест в клинической ортопедии. В начальных стадиях остеоартроза большое значение имеет правильный выбор комплексного лечения данного заболевания, что свидетельствует об актуальности данной патологии.

**Цель исследования.** Оценка клинической эффективности внутрисуставного введения препаратов в комплексном лечении остеоартроза крупных суставов.

**Материалы и методы исследования.** Проведён анализ результатов лечения с внутрисуставным введением алфлутопа у 68 больных, лечившихся в амбулаторных условиях на базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ за период 2018-2019гг. Мужчин было 30 (46,2%), женщин 38 (54,8%). Возраст больных колебался от 40 до 70 лет с длительностью заболевания от 2 до 3лет. При обследовании больных использовали анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического исследования, а также магнитно-резонансную томографию (МРТ) и денситометрию. По данным рентгенограммы, у всех был зарегистрирован дегенеративный процесс коленного сустава 1-2стадии. А также собран общий анализ мочи, клинический анализ крови, креатинина, уровень билирубина, мочевой кислоты, Са и Р крови. По доминирующему клиническому признаку наблюдалась боль, которая носила постоянный характер, беспокоящий ночью и усиливающийся при длительной нагрузке, также наблюдалось явление синовита. Существует три схемы введения препарата.

-Внутримышечное введение по 1мл в сутки в течение 3 нед.;

-Внутрисуставное введение по 2 мл 2 раза в день с интервалом в 3-4 дня в течение 3 нед (на курс - 6 внутрисуставных инъекций), а затем внутримышечное введение в течение 20 дней;

- Комбинированная схема: внутрисуставное введение по 2 мл 2 раза в неделю в течение 3 нед. с параллельным внутримышечным введением препарата (20 инъекций).

В качестве комплексного лечения использована комбинированная схема.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагноз дегенеративное поражение крупных суставов базируется на определении костной массы, визуальной оценки общепринятой рентгенограммы скелета, оценки биохимических показателей общего кальция и фосфора крови, щелочной фосфатазы. В основном больные жаловались на боли в коленных суставах, быструю утомляемость. Отмечалось ограничение движения, а также атрофия и слабость мышц голени и бедра. У некоторых больных наблюдался отёк и наличие суставной жидкости в коленном суставе. С целью снятия болевого синдрома, подавления активности местного воспалительного синдрома, а также замедления

дегенеративно-дистрофического процесса и восстановления нормальных свойств синовиальной жидкости в пораженный сустав вводили алфлутоп. Курс лечения включает в себя внутрисуставное введение по 2 мл - 2 раза в неделю в течение 3 недель с параллельным внутримышечным введением препарата (20 инъекций). С целью эффективности внутрисуставного введения препарата у больных с признаками синовита предварительно производили эвакуацию синовиальной жидкости из сустава. При таком методе лечения алфлутоп оказал обезболивающее действие, улучшил функцию суставов, уменьшил проявление вторичного синовита, что подтверждается клинически. Также данная схема лечения оказывает положительное влияние на структуру суставного хряща. Курс внутрисуставных инъекций алфлутопа позволяет полностью избавиться от болевого синдрома. Применение алфлутопа помогает снизить потребность в НПВС и даёт возможность в большинстве случаев (60%) отказаться от них. У 58(85,3%) пациентов после интраартикулярного и периартикулярного введения отсутствуют данные о развитии каких-либо побочных реакций на фоне применения алфлутопа, уменьшение болевого синдрома, увеличение объёма движений сустава. После третьей внутрисуставной инъекции отметили полное исчезновение артралгии, уменьшение болевого синдрома. Анализируя работы, где в качестве терапии остеоартроза использовался алфлутоп, можно сделать вывод о его симптом-модифицирующем и противовоспалительном действии, а возможно и о положительном влиянии на скорость деградации суставного хряща.

**Выводы.** На основании результатов проведённого исследования внутрисуставное введение препарата алфлутоп обладает явным положительным клиническим воздействием в комплексном лечении данного заболевания. На основании полученных результатов препарат алфлутоп можно рекомендовать для широкого применения в клинической ортопедии и артралгии.

#### **Список литературы:**

1. Зоткин Е.Г Роль кальция и витамина Д в глобальной профилактике остеопороза и остеопатических переломов. /Е.Г.Зоткин, В.И.Мазуров/РМЖ Избранные лекции для семейных врачей 2004.Том 12-№7 с-4-9.
2. Лесняк.О.М. Остеопороз. Диагностика профилактика и лечение /О.М.Лесняк, Л.И.Беневоленский/ Клинические рекомендации Москва ГЭОТАР-МЕДИА 2012. С.14-17.
3. Возможности комбинированного препарата кальция и витамина Д в профилактике сенильного остеопороза /Е.Г.Зоткин (и.др)/ РМЖ. Ревматология 2006- Том 14 №25 с.1-7
4. Амирасланов, Ю.А. Современные принципы хирургического лечения хронического остеомиелита / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов // Инфекции в хирургии. – 2004. – № 2. – С. 8-13.
5. Носков С.М. Консервативное остеоартроза/ С.М. Носков. – СПб.: Спец. Лит, 2014. – 121с.

*Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Лукашевич А.А.*

#### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ТКАНИ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии», г. Минск, Республика Беларусь

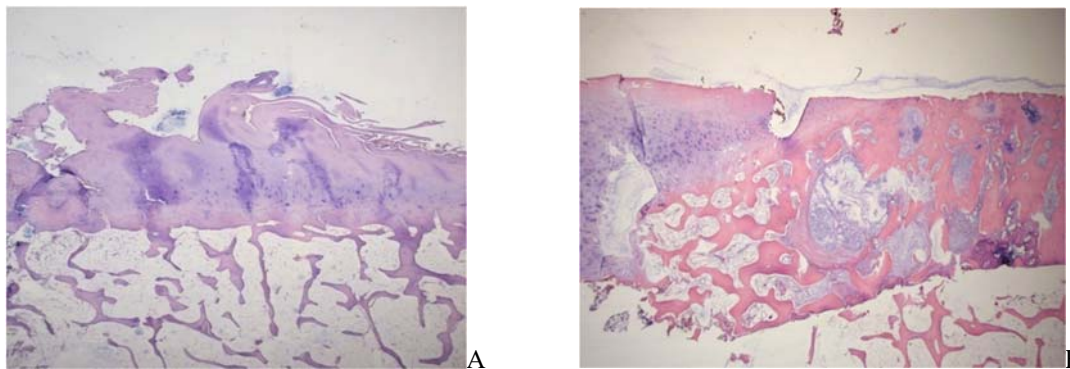
**Актуальность.** С момента внедрения в клиническую практику тотальное эндопротезирование играет огромную роль в лечении различных патологических процессов коленного сустава. По статистике, в первые 2 года после первичного тотального эндопротезирования коленного сустава по оценкам специалистов частота ревизий составляет не менее 3. Тотальное или однокомпонентное ревизионное эндопротезирование коленного сустава производится при нестабильности эндопротеза коленного сустава различной этиологии: асептическая нестабильность коленного сустава, септическая нестабильность коленного сустава, опухолевые процессы в коленном суставе [1,2]. Для постановки показаний к ревизионному вмешательству необходимо установить причину неудачного исхода предыдущей операции. Полученные факты в результате патоморфологических исследований перипротезной ткани коленного сустава показывают необходимость учитывать морфологические изменения тканей вокруг замещаемых имплантатов.

**Цель исследования.** Определение патоморфологических особенностей удаленной резекционной ткани коленного сустава при первичном и ревизионном эндопротезировании для выявления причины нестабильности.

**Материал и методы исследования.** Материалом для настоящего исследования послужили архивные гистологические препараты пациентов, полученные при первичном эндопротезировании коленного сустава и текущие перипротезные ткани пациентов, полученные при операциях ревизионного эндопротезирования. Патоморфологические исследования материала осуществлялись по общепринятой гистологической методике изучения мягкой и костной тканей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Гистологически при первичном эндопротезировании в исследуемой группе у всех пациентов отмечался гонартроз III–IV степени. Более выраженный процесс был в нагружаемых участках тибиаляного плато по сравнению с суставной поверхностью бедренной кости. При гонартроз III степени определялись: разволокнение и деструкция хряща, глубокие трещины, многоклеточные скопления по краю трещин и обширные участки, не содержащие клеток в не нагружаемых областях, формирование остеофитов, склероз субхондральной кости, разрастание соединительной ткани с хондронидной трансформацией в межтрабекулярных пространствах, фиброз, хондроматоз капсулы сустава (рисунок 1.А). При гонартроз IV степени в удаленных суставных фрагментах отмечались: разрушение суставного хряща на значительном протяжении с обнажением субхондральной кости, отдельные межтрабекулярные пространства открытые в полость сустава, формирование крупных остеофитов в области краев суставных поверхностей, деструкция внутрисуставных связок, фиброз синовиальной оболочки и капсулы сустава, хондроматоз (рисунок 1.Б).



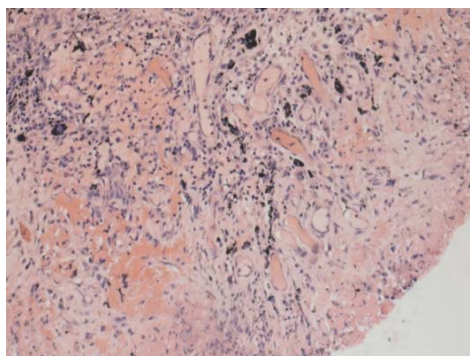


**Рисунок 1 – Деформирующий гонартроз**

А – Деформирующий гонартроз III степени коленного сустава. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 12,5$ .  
 Б – Деформирующий гонартроз IV степени. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 12,5$ .

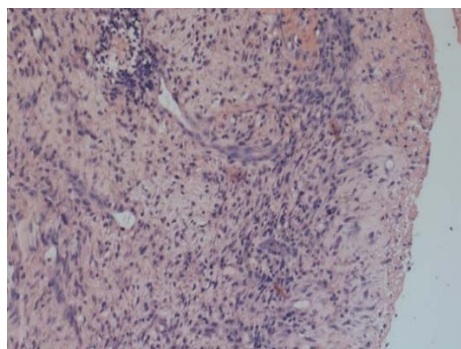
При морфологическом изучении ревизионного материала отмечали, что пространство между суставной костью и металлоконструкцией заполнено грануляционно-фиброзной тканью с лимфогистиоцитарной инфильтрацией и переменным количеством гигантских многоядерных клеток типа инородных тел. В костной ткани вокруг компонентов эндопротеза возникает остеолитический процесс с остеокластическим рассасыванием губчатой кости. При гистологическом исследовании в синовиальной оболочке наблюдались перипротезные синовиты разной степени выраженности и активности проявления патологических признаков различного генеза, в том числе: износ-индуцированный перипротезный синовит; инфекционно-индуцированный перипротезный синовит; и индифферентного перипротезного синовита.

Износ-индуцированный перипротезный синовит характеризовался, прежде всего, макрофагальным инфильтратом с многоядерными гигантскими клетками типа инородных тел. Накопление частиц износа обнаруживалось экстрацеллюлярно или в цитоплазме макрофагов и/или в гигантских клетках (металлоз). В строме перипротезной синовиальной оболочки, также обнаруживалось переменное количество лимфоцитов и плазматических клеток (рисунок 2).



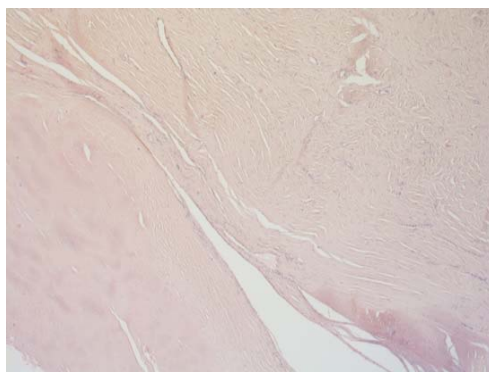
**Рисунок 2 – Износ-индуцированный перипротезный синовит коленного сустава. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 200$**

Гистологически инфекционно-индуцированный синовит может подтверждаться в случаях нестабильности первичного эндопротеза коленного сустава. В то же время, морфологические исследования могут использоваться интраоперационно с замороженными срезами ткани, для выяснения наличия инфекции. Необходимо выделить и дифференцировать субтипы гнойного воспаления в перипротезной синовиальной оболочке: с низким содержанием полиморфноядерных лейкоцитов; с высоким содержанием полиморфноядерных лейкоцитов; гнойно-абсцедирующая форма гнойного воспаления (рисунок 3).



**Рисунок 3 – Инфекционно-индуцированный перипротезный синовит с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 200$**

В образцах индифферентного перипротезного синовита чаще обнаруживались обширные очаги некробиотических и склеротических процессов. При этом минимально проявлялись накопление частиц износа и наличие лейкоцитарной инфильтрации (рисунок 4).



**Рисунок 4** – Индифферентный перипротезный синовит. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 50$

**Выводы.** Таким образом, в случаях первичного эндопротезирования коленного сустава, проведенные патоморфологические исследования выявили деструктивно-дистрофические изменения, как в хрящевых, так и в костных структурах. Данные изменения, более выраженные в суставном хряще на участках с наибольшей нагрузкой. В местах, где полностью отсутствует хрящевой покров, выражен остеосклероз, а в глубоких отделах эпифиза имеет место остеопороз различной степени выраженности.

Гистологическое исследование представляет важную информацию для выяснения многофакторного этиопатогенеза нестабильности эндопротеза коленного сустава. Причинами нестабильности, в том числе, могут быть: продукты износа первичного эндопротеза, перипротезная инфекция, иммунологическая неблагоприятная реакция организма на эндопротез (гиперчувствительная и/или неаллергическая), системные соматические заболевания (как сахарный диабет или ревматоидный артрит), а также проблемы связанные с патологией костной ткани (остеопороз, остеопения, остеолитизис, гетеротопическая оссификация, остеонекроз или перипротезный перелом).

#### **Список литературы**

1. Knee replacement. // Carr AJ, Robertsson O, Graves S, Price AJ, Arden NK, Judge A, et al. // Lancet. 2012;379(9823):1331–1340.
2. Long-term survival rate of implants and modes of failure after revision total knee arthroplasty by a single surgeon. // Bae D.K., Song S.J., Heo D.B., Lee S.H., Song W.J // J Arthroplasty. 2013;28(7):1130–4.

*Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Шпилевский И.Э.*

#### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ**

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Костные кисты конечностей характеризуется комплексом гистологических признаков, встречающихся с различной частотой, что вызывает определенные диагностические трудности, особенно при исследовании небольшого количества материала. В настоящее время диагностика костных кист, дифференциальная диагностика их вида (простая костная киста (ПКК) или аневризальная костная киста (АКК)) с прочими кистоподобными поражениями осуществляется путём анализа клинических проявлений, рентгенологической картины, результатов использования прочих средств медицинской визуализации (КТ, МРТ, сцинтиграфия и др.) и современных методов компьютерной обработки результатов. Наибольшее сходство с костными кистами имеет гигантоклеточная опухоль (ГКО), а также фиброзная дисплазия, фиброзный кортикальный дефект и энхондрома [1, 2, 4]. Не во всех случаях детальный анализ клинико-рентгенологических проявлений позволяет провести дифференциальную диагностику между ними. Как правило, при костных кистах неинформативной является и пункционная биопсия – при цитологическом исследовании содержимого полости видны только «элементы крови», получить же фрагменты выстилки стенок весьма проблематично. При кистоподобных поражениях в полости, как правило, жидкого содержимого нет. Открытая биопсия же в большинстве случаев по своей травматичности мало уступает открытому удалению новообразования (т.н. «открытая биопсия с удалением патологического очага»). Установление окончательного диагноза новообразования осуществляется по результатам морфологического исследования патологических тканей [1, 3, 4].

**Цель исследования.** Повысить эффективность диагностики костных кист конечности у детей на основании изучения морфологических особенностей данных патологий.

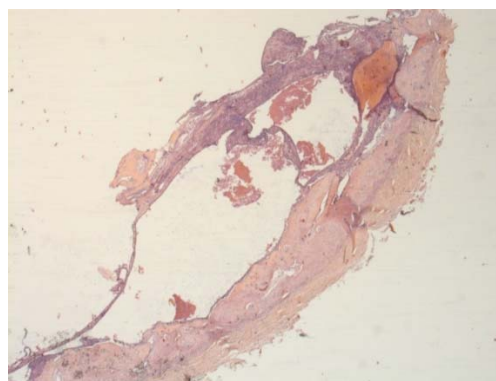
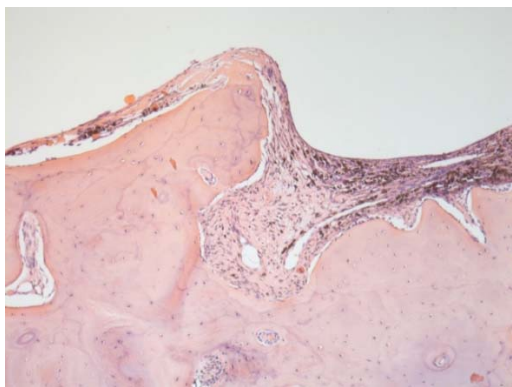
**Материал и методы исследования.** Всего в исследование были включены 169 случаев костных кист у детей, в том числе 123 (72,8%) ПКК и 46 (27,2%) АКК. Проведён ретроспективный анализ данных медицинской документации, результатов радиологических обследований пациентов, лечившихся в отделении травматологии и ортопедии для детей Республиканского научно-практического центра травматологии и ортопедии в период с 2000 г. по 2016 г. Материалом для патоморфологических исследований послужили удалённые при оперативных вмешательствах оболочки (выстилка) костных кист и костные фрагменты стенок патологической полости. Патоморфологические исследования материала осуществлялись по общепринятым методикам.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В большинстве случаев, ПКК представляет собой центрально-

расположенную интрамедуллярную однокамерную кистозную полость, заполненную серозной или серозно-геморрагической жидкостью. Стенка данной кисты выстлана тонкой фиброваскулярной тканью. Макроскопически операционный материал в случаях ПКК, как правило, представлен мелкими фрагментами фибробластической или костной ткани. Фибробластическая часть материала на отдельных участках имеет листовидную форму толщиной менее 1мм. Микроскопическая картина показывает, что стенка ПКК выстлана фибробластической мембраной, состоящей из тонкого слоя волокнистой соединительной ткани, с узким слоем ограничительного склеротического костного ободка. В ней могут выявляться отдельные участки остеогенеза, разрозненные гигантские клетки типа остеокластов, а также воспалительные клетки и макрофаги, нагруженные гемосидерином. Указанные реактивные изменения, особенно наличие гемосидериновых пигментов и воспалительных клеток, более выражены в наблюдениях, когда вмешательству предшествовал патологический перелом (в сроки до 9-12 месяцев до вмешательства) (рис. 1.А).

АКК представляет собой доброкачественное многокамерное, кровосодержащее кистозное поражение. Отдельные полости разделяются мягкоткаными перегородками, не всегда имеющими костную основу. Операционный материал содержит красно-коричневые зернистые мягкие ткани, фрагменты спонгиозной и кортикальной кости. На разрезе видны полости различных размеров, заполненные кровью и разделенные мясистыми соединительно-тканевыми перегородками. Следует отметить, что интраоперационная макроскопическая картина АКК существенно различается на различных стадиях её развития: на ранней, литической, мягкотканая оболочка очень тонкая, при ее повреждении выделяется алая кровь. На стадии стабилизации определяется сформированная, хорошо отграниченная от окружающих мягких тканей «скорлупа»; содержимое её – темная кровь. Микроскопически АКК представляет собой конгломерат кистозных полостей различных размеров, заполненных кровью и разделённых фибробластическими перегородками. В оболочках содержатся многоядерные гигантские клетки остеокластического типа, иногда видно значительное их скопление, глыбки остеоида или вновь образованные примитивные, слабо обызвествленные костные структуры, обилие кровеносных сосудов и отложения гемосидерина. Остеогенез имеет особый характер расположения остеоидов: они незрелые, откладываются линейно, ориентированы параллельно костным стенкам (рис. 1.Б).

Нужно отметить, что при дифференциальной диагностике кист также исключались другие виды поражения костей, такие как гигантоклеточная опухоль, энхондрома, фиброзный кортикальный дефект, фиброзная дисплазия. При морфологическом исследовании гигантоклеточной опухоли была выражена периостальная реакция, визуализировалась в виде обызвествленного ободка («яичной скорлупы»). Обращало на себя внимание большое число диффузно рассеянных гигантских клеток. Отмечалось наличие круглых, овальных или полигональных одноядерных клеток, сходных с нормальными гистиоцитами, а также крупных веретеновидных стромальных элементов, большое количество митозов. В случаях энхондром морфологически опухолевая ткань имела дольчатое строение, хрящевого происхождения. Вокруг долек обнаруживалась нормальная кость с кроветворным костным мозгом. Под микроскопом в случаях фиброзного кортикального дефекта отмечалось разрастание фиброзной ткани, местами беспорядочное, иногда в виде «вихревых» фигур, между которыми располагались пенные макрофаги, гемосидерофаги и многоядерные гигантские клетки. При морфологическом исследовании случаев фиброзной дисплазии в препаратах обнаруживалась волокнистая соединительная ткань, замещающая костный мозг. В отдельных ее участках определялись малообызвествленные костные балки, образующие губчатую кость разной степени зрелости. Местами волокнистая ткань состояла из хаотично расположенных пучков зрелых коллагеновых волокон и веретенообразных клеток.



**Рисунок 1 – Костные кисты.**

А – Простая костная киста. Остеосклерозированная стенка кисты покрыта тонким слоем фибробластической ткани с наличием отложений гемосидерина и остеогенезом. Окраска гематоксилин и эозин. Ув. × 100.

Б – Аневризмальная костная киста. Тонкая костная стенка кисти покрыта фибробластической тканью с множественными вторичными кисточками, гигантскими многоядерными клетками типа остеокластов, микрососудами и реактивным костеобразованием. Окраска гематоксилин и эозин. Ув. × 12,5.

**Выводы.** Характерные клиничко-рентгенологические проявления костных кист в большинстве случаев позволяют установить правильный диагноз. При наличии сомнений показано выполнение открытой биопсии (при наличии технической возможности – с удалением патологического очага). ПКК – как правило, однокамерный, центрально расположенный литический очаг, отграниченный узким склеротическим ободком, заполненный серозным содержимым янтарного цвета. Соединительнотканная стенка его тонкая, местами может отсутствовать, представлена одним рядом плоских клеток фибробластического типа. АКК – эксцентрично расположенный многокамерный литический очаг, обычно вызывающий булавовидное вздутие кости и содержащий кровь под давлением. Соединительнотканная



стенка АКК более толстая, состоит из крупных фибробластических клеток, с большим количеством гигантских многоядерных клеток.

#### Список литературы

1. Tumors and Tumor-like Lesions of Bone // ed. E.Santini-Araujo, R.K.Kalil et al.- Springer-Verlag, London, 2015.- 994 p.
2. Lovell and Winters pediatric orthopedics. // Weinstein SL, Flynn JM, eds / 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2014.- 1960 p.
3. Bone cysts: unicameral and aneurysmal bone cyst. // Mascard E. Gomez-Bouchet A, Lambot K. // Orthopedics and Traumatology: Surgery and Research. 2015;101(1):119-127 p.
4. Aneurysmal bone cyst-clinical and morphological aspects. // Radulescu R, Badila A, Manolescu R, Sajin M, Japie I. // Romanian Journal of Morphology and Embryology. 2014; 55-58 p.

*Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Саидов Д.Х.*

### ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** На сегодняшний день большинство существующих лечебно-диагностических алгоритмов, касающихся заболеваний верхних дыхательных путей, а именно патологии внутриносовых структур в той или иной мере включают в себя эндоскопические методы исследования[1].

Эндоскопическое исследование ЛОР - органов во всем мире относится к «золотому стандарту» оториноларингологии. На сегодняшний день развитие ринологии и внедрение в клиническую практику новых высоких технологий позволяют добиться существенного улучшения качества диагностики и лечения пациентов[2].

Отечественная литература, посвященная вопросам диагностической и лечебной эндоскопии носовой полости, крайне малочисленна, и молодым специалистам приходится пользоваться в основном зарубежными источниками[3].

Эндоскопическое исследование — это способ осмотра внутренних отделов полости носа, позволяющий оценить их состояние, поставить точный диагноз и даже провести некоторые малоинвазивные лечебные процедуры.

Методика активно применяется специалистами, что позволяет минимизировать любые риски и повысить информативность эндоскопических исследований. Эндоскопия проводится при полипах, инородных телах полости носа, аденоидах, новообразованиях носоглотки, искривлении носовой перегородки, после получения повреждений лица[4].

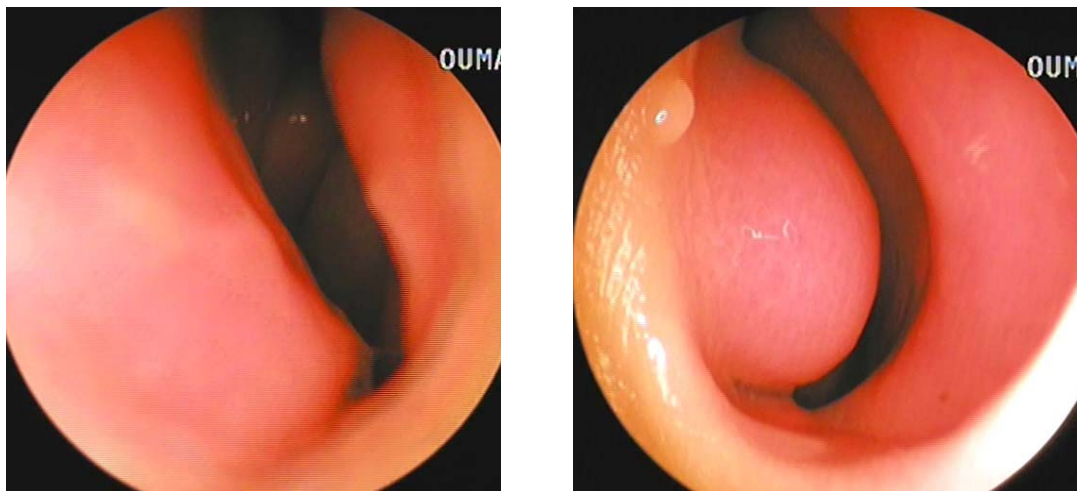
Эндоскопическая диагностика показана всем пациентам, которые страдают заболеваниями полости носа. Внешний осмотр не позволяет получить необходимый объем информации о состоянии ЛОР-органов, поэтому используют эту методику и уже на основании полученных данных подбирают лечебную схему.

Эндоскопия носа позволяет определить точный диагноз заболеваний полости носа и носоглотки, если обычный их осмотр с помощью зеркал неэффективен.

Используя эндоскопическую технику, отоларингологи выявляют и успешно устраняют заболевания и различные дефекты: полипы, новообразования полости носа, папилломы, аномально увеличенные костные структуры. Также в процессе эндоскопии с носовой полости удаляются гной, слизь, инородные тела[5].

Преимущество эндоскопии заключается в том, что данная манипуляция проводится через естественные пути носовой полости, поэтому какие-либо наружные разрезы не требуются.

**Цель исследования.** Оценить диагностическую эффективность эндоскопии у больных с искривлением носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

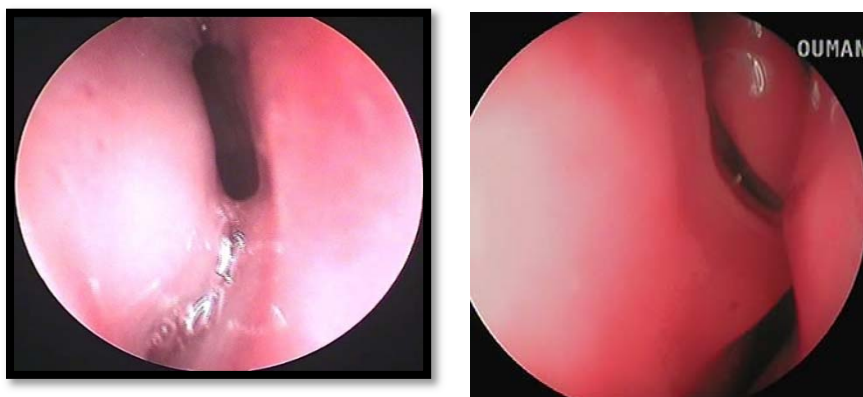


**Рис. 1.** Больная Н. С-образная деформация перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом.

**Материал и методы исследования.** С 2016 по 2019 годы в ЛОР отделениях Национального медицинского центра «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 82 больных с различной формой (сезонная, круглогодичная) аллергического ринита, сочетанных с различными формами искривления перегородки носа (S-образный, C-образный, щипы и гребни), которые сопровождалась гипертрофиями нижних носовых раковин. Возраст больных

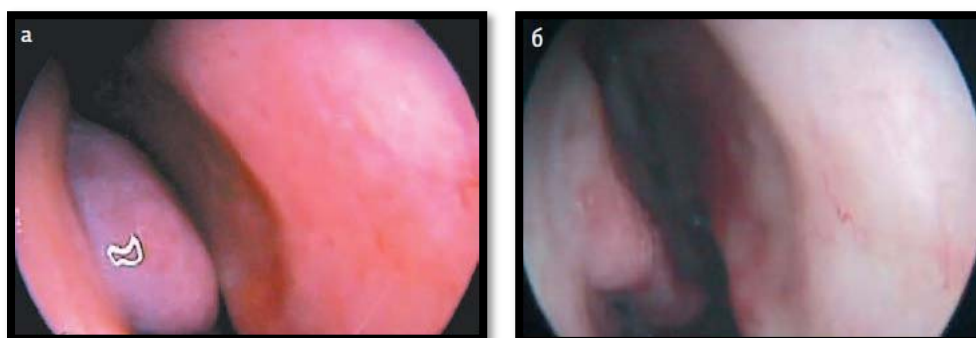
составлял от 16 до 52 лет. Из них мужчин было 54, женщин – 28.

Больным до операции и в послеоперационном периоде проводились оториноларингологический, клинический, рентгенологический, лабораторный методы исследования, исследования функционального состояния носа, а также всем больным до и после комплексного лечения были проведены ежедневные эндоскопические исследования состояния слизистой полости носа.



**Рис. 2.** Больной Ш. Деформация перегородки носа в виде щип слева и гипертрофический ринит с аллергическими проявлениями справа

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех больных были отмечены жалобы на затруднение носового дыхания, обильные слизистые выделения из носа, зуд в носу, частые чихания. При эндоскопическом осмотре на фоне искривления перегородки носа отмечались бледноватая и синюшная слизистая оболочка носовой полости, гипертрофия нижних носовых раковин, водянистые выделения в носовых ходах. Мукоцилиарный транспорт до проведения комплексного лечения в среднем составлял 50-55мин. Нарушения обоняния выявлены почти у всех пациентов. На фоне противовоспалительной и антигистаминной терапии в стадии стихания всем больным проводили септум-операции и ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин.



**Рис. 3.** Больная С. Хронический гипертрофический ринит с аллергическими проявлениями. Состояние после ультразвуковой дезинтеграции (УЗД) носовых раковин

В послеоперационном периоде в качестве носового спрея использовали антигистаминный, противовоспалительный и кортикостероидный препарат для впрыскивания в нос. Каждый пациент применял данный препарат по 2 дозы 2 раза в сутки в каждую ноздню с продолжительностью курса 7-10дней. Кроме этого, все пациенты применили ирригационное лечение, т.е. промывали полости носа с помощью солевого раствора. Послеоперационный период протекал без осложнений. В период после применения комплексного лечения слизистую оболочку полости носа оценивали ежедневно с помощью эндоскопического прибора. При этом, отек слизистой носа и набухлость носовых раковин уменьшались на 5 – 6 суток наблюдений с постепенным и значительным улучшением дыхания. Мукоцилиарный клиренс после лечения в среднем составил 20-25мин. По мере этого, постепенно восстановилась обонятельная функция полости носа у всех пациентов.

**Выводы.** Проведение эндоскопического обследования у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, имеет очень важную диагностическую роль и считается более удобным, эффективным и достоверным компонентом по отношению к подтверждению клинического диагноза. По мере этого, с помощью эндоскопического прибора можно оценить не только передние отделы полости носа, но и задние части структуры носовой полости.

#### Список литературы

1. Лопатин А. С. Современные методы эндоскопической хирургии неопухолевых заболеваний носа и околоносовых пазух / Лопатин А. С. // – 2008. – С. 55.
2. Пискунов Г. З. Функциональные эндоскопические операции на околоносовых пазухах и в полости носа / Пискунов Г. З., Пискунов С. З. // – М.: 2009. – С. 45.
3. Штамбергер Х. Эндоскопическая диагностика и хирургия при заболеваниях придаточных пазух носа и передней

части основания черепа / Штамбергер Х. // метод Мессерклингера и усовершенствованные методы Грацкой школы. – 2011. – С. 29.

4. Цурикова Т.В. Эндоскопические микрооперации у детей при патологии носа и околоносовых пазух / Цурикова Т.В., Третьякова Н.М. // Современные методы диагностики и лечения в оториноларингологии: материалы науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск: 2008. - С. 99-100.
5. Pradhan B. Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) / Pradhan B., Thapa N. // JNMA J. Nepal Med. Assoc. - 2016. - № 45. - P. 337-341.

**Муратов Х.М., Шамсиев ДЖ.А., Косимов М.М., Салимов Х.Г.**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ПРИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ЛОХАНКЕ**

Кафедра урологии ГОУ Таджикский государственного медицинский университета им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр Урология» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан.

**Актуальность.** Несмотря на введение в урологическую практику современных, малоинвазивных методов хирургического лечения нефролитиаза выбор метода разрушения и/или удаления конкрементов остается на сегодняшний день предметом дискуссии. Одним из сложных форм мочекаменной болезни является нефролитиаз при внутрипочечной лоханке[4]. Особенностью современного развития хирургического лечения нефролитиаза является внедрение миниинвазивных технологий, к числу которых относятся дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), чрескожная пункционная нефролитотрипсия и нефролитоэкстракция (ЧПНЛ) [2,5]. Аляев Ю.Г. и соав. (2010г) утверждают, что эффективность ДУВЛ связана с анатомическими особенностями чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). По данным Э.Н. Ситдыковой, для успешной дезинтеграции камней при внепочечном типе лоханки необходимо в среднем  $2,18 \pm 0,18$  ( $p < 0,05$ ) сеансов ДУВЛ, а при внутри-почечном и смешанном вариантах строения лоханки –  $2,73 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ) и  $2,43 \pm 0,17$  ( $p < 0,05$ ) соответственно. На сегодняшний день в лечении крупных ( $> 2,0$  см), множественных и коралловидных камней почек ведущее место занимает ЧПНЛ, на долю которой как монотерапии приходится, по разным данным, от 45 до 80%[3]. Доказано, что выполнение перкутанных манипуляций в почке требует от хирурга детального представления о строении ЧЛС почки пациента. Несмотря на широкое применение малоинвазивных методов лечения МКБ, открытое оперативное вмешательство в наше время не утратило своей клинической значимости, доля которых, по данным многих авторов, составляет не более 2-5%. Следует особо отметить, что существует категория пациентов с нефролитиазом, для которых открытое оперативное вмешательство является методом выбора. Открытые операции, проводимые по поводу МКБ, должны быть максимально щадящими и органосохраняющими[1].

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения нефролитиаза при интравенальной лоханке.

**Материал и методы исследования.** В данное исследование были включены результаты хирургического лечения 107 больных с камнями почек при внутрипочечной лоханке, оперированных в ГУ «РНКЦУ» и ООО «Медицинский центр 25». Они были распределены на две группы: I группа – 55(51,4%)пациентов, которым произведены открытые оперативные вмешательства; II группа– 52(48,6%) пациента, им выполнялась чрескожная пункционная нефролитотрипсия и нефролитоэкстракция (ЧПНЛ). Характеристика больных обеих групп приведена в табл. 1. Таблица 1. Сведения о пациентах, которые были включены в исследование.

№	Оцениваемые параметры	I группа Открытые операции	II Группа ЧПНЛ
1.	Количество больных n(%)	55(51,4%)	52(48,6%)
2.	Средний возраст больных	$39,1 \pm 2,1$	$40 \pm 2,0$
3.	Пол (М/Ж)	30/25	28/24
4.	Сторона локализации (Справа/Слева/Двухсторонние)	21/20/14	14/28/10
5.	Одиночные камни n(%)	14(25,45%)	20(38,5%)
6.	Коралловидный и множественный нефролитиаз n(К/М)	41(11/30)	32(8/24)

В исследуемых группах соотношение возраста и пола больных было идентичным в обеих группах. В первой группе преобладали пациенты с коралловидным и множественным нефролитиазом(74,5%). А во второй группе количество больных с одиночными камнями(61,5%) превалировала, чем в первой. Всем больным, кроме клинко-лабораторных методов и ультразвукового исследования(УЗИ) почек, выполнялись обзорная и экскреторная урографии. Исключение составляют 7 больных, которым не была проведена экскреторная урография(в одном случае была аллергия на контрастное вещество, в другом 6-случаев имела место хроническая почечная недостаточность(ХПН) II-III стадии). При наличии инфекции ВМП до операции проводилась антибактериальная терапия. ЧПНЛ выполняли всем больным второй группы в положении на животе, использовали стандартные эндоскопы и инструменты. Пункция чашечно-лоханочной системы(ЧЛС) производилась под ультразвуковым или в комбинации с рентгенологическим контролем. Всем больным первой группы проводили люмботомию по Федорову. Потом в зависимости от ситуации была проведена пиело/нефролитотомия. Между двумя группами проводился сравнительный анализ следующих параметров: время операции и госпитализации, количество интра- и

послеоперационных осложнений.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Операция была успешной у всех больных. Результаты операции в обеих группах в зависимости от изучаемых показателей приведены в таблице 2. Из нее видно, что между обеими группами по всем сравниваемым показателям имеется статистически достоверная разница.

Таблица 2. Результаты открытых операций и ЧПНЛ.

№	Изучаемые показатели	Открытые операции	ЧПНЛ
1.	Средняя продолжительность операции (мин)	85(40-180)	103(50-210)
2.	Среднее время госпитализации (дни)	13,2(5-28)	7,6(1-16)
3.	Объём кровопотери (мл)	167,27(300-700)	75,67(40-150)
4.	Эффективность операции (%)	72,7%	88,5%
5.	Гемо/плазматрансфузия, n	4/10	0/1
6.	Общее количество осложнений, n(%)	14(25,45%)	4(7,7%)
7.	Резидуальные камни, n(%)	15(27,3%)	6(11,5%)
8.	Необходимость на повторное вмешательство, n(%)	4(26,7%)	1(16,7%)

В I группе операция была эффективной у 40(72,7%) из 55, а во II группе – у 46(88,5%) из 52 больных. Однако количество пациентов с коралловидным и множественным нефролитиазом в I группе преобладало по сравнению со II группой(41/32), чем можно объяснить меньшую эффективность традиционных методов операции перед ЧПНЛ. Прежде чем охарактеризовать наличие резидуальных камней после операции нам бы хотелось вспомнить данные мировой литературы. Вопрос, касающийся резидуальных камней после операции, в литературе остается открытым. Куда отнести повторные сеансы ЧПНЛ и/или ДУВЛ: к осложнениям или это этапы, часть лечения нефролитиаза? Анализ современных данных показывает, что в число осложнений следует включить только резидуальные камни мочеочочника и мочевого пузыря, которые мигрировали в ходе выполненного вмешательства и потребовали дополнительных манипуляций в послеоперационном периоде, а все клинически значимые резидуальные камни, возникшие после операции по поводу простых камней, необходимо считать осложнением. Подобные осложнения у нас наблюдались в 4/1 случаях соответственно. Из 15/6 больных, у которых имели место резидуальные камни у 4/1 пациентов наблюдались клинически значимые камни и им выполнены необходимые вмешательства. Остальные расценены как клинически незначимые резидуальные камни.

**Выводы.** Минимально инвазивные методы лечения нефролитиаза с применением современных нефроскопов и литотрипторов являются малотравматичными, они альтернативны открытым хирургическим вмешательствам. Широкое применение ЧПНЛ способствует укорочению времени операции, сроку госпитализации, снижению послеоперационных осложнений и уменьшению материальных расходов.

#### Список литературы.

1. Имамвердиев, С.Б. Место открытых операций при коралловидном и множественном нефролитиазе / С.Б. Имамвердиев, Т.А. Талыбов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследования.–2012. - №12. - С. 51–60.
2. Коган, М.И. Эффективность эндоскопической хирургии и дистанционной литотрипсии коралловидного нефролитиаза: монотерапия и комбинированная терапия / М.И.Коган, А.В.Хасигов, И.И.Белоусов, М.И. Боташев // Современные проблемы науки и образования. – 2012. - №3. – С.11.
3. Перлин, Д.В. / Эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни. Учебное пособие / Д.В.Перлин, С.А.Костромеев, Р.Е. Шульгин. – Волгоград, 2018. – 47с.
4. Песегов, С.В. Современные лучевые технологии в оценке чашечно-лаханочной системы при планировании хирургического лечения больных нефролитиазом / С.В.Песегов, В.И.Руденко, В.С., Саенко и др. // RUSSIAN ELECTRONIC JOURNAL OF RADIOLOGY. – 2019. - №9. –С.127-133.
5. Donaldson, J.F. Systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness of shock wave lithotripsy, retrograde intrarenal surgery, and percutaneous nephrolithotomy for lower-pole renal stones / J.F Donaldson, M.Lardas, D.Scrimgeour et al. // Eur. Urol. - 2015. - Vol.67, №4. P.612-616. doi: 10.1016/j.eururo.2014.09.054.

*Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А., Касымов М.М.*

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,  
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан

**Актуальность.** Несмотря на огромное количество методов диагностики и лечения, хронический простатит остается самым распространенным заболеванием мужского населения с тенденцией к росту [1]. Причина возникновения простатита в 90% случаев неизвестна, в 5,0 – 10,0% простатит могут вызывать различные инфекционные агенты [2]. Достаточно часто стандартная терапия хронического бактериального простатита, включающая антибактериальные и нестероидные противовоспалительные средства, демонстрирует недостаточную эффективность.

Разнообразие схем терапии свидетельствует об отсутствии единого мнения об эффективности и безопасности препаратов, применяемых для лечения этого заболевания [3].

Несмотря на актуальность проблемы хронического простатита, результативность лечения в настоящее время все же остается низкой. Так, в лечении простатита уменьшение болевого синдрома и снижение дизурии в процессе лечения происходят достаточно быстро, а вот восстановление эрекции, эякуляции и фертильности происходит значительно медленнее, а нередко и вообще не достигается. Частые обострения и рецидивы хронического простатита



свидетельствуют о важности проведения реабилитационной терапии простатотропными препаратами для закрепления полученных в конце комплексного лечения результатов. Все большее значение приобретают фитопрепараты, лечение лекарственными растениями, что связано с ростом осложнений при назначении синтетических препаратов и изменением фармакологического эффекта при совместном их применении, особенно при лечении лиц пожилого и старческого возраста. Лекарственные растения, как правило, хорошо переносятся больными, не оказывают нежелательного побочного действия, их можно применять длительное время [3].

Экстракты кожуры граната оказывают положительное терапевтическое воздействие при простатитах - [4]. Экстракты граната улучшают внутри-кавернозное кровообращение, эрективную функцию, защищают эрективную ткань от оксидативного повреждения [3]. Исследование американских ученых из Keck School of Medicine (University of Southern California), проведенное с участием 61 мужчины на протяжении трех месяцев, доказало, что сок граната помогает тем, кто страдает эректильной дисфункцией [6]. Рандомизированные, плацебо контролируемые исследования показали, что прием семян льна (тухми загер) оказывает терапевтическое воздействие при гиперплазии предстательной железы у пожилых [4]. Рандомизированные, плацебо контролируемые клинические исследования показали, семена мотильника (*Peganum harmala* L., хазориспанда) уменьшают частоту никтурии у больных доброкачественной гиперплазией простаты [5].

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность лекарственных трав в комплексном лечении хронического простатита.

**Материал и методы исследования.** Наблюдались 119 мужчин с хроническим простатитом в возрасте от 39 до 67 лет, обусловленным сочетанными факторами. Инфекции, передающиеся половым путем, были исключены. Пациенты были распределены на две группы. Пациенты I группы (n = 50) получали только стандартную базисную терапию и II группы (n = 69), помимо стандартной базисной терапии, получали гранатовый сок - 200,0 в сутки.

Кроме общеклинических и биохимических анализов проводили тщательный сбор анамнеза, ректальное обследование, исследование секрета простаты, исследование мазка из уретры, компьютерную томографию, полимерно-цепную реакцию мазка, исследование спермограммы, трансректальное УЗИ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных обеих групп отмечена положительная динамика, тогда как у пациентов I группы по интенсивности болевого синдрома и дизурических явлений она была более значительной и медленно поддающейся терапии (93,0% и 33,0%).

Результаты ультразвукового исследования и компьютерной томографии показали, что в динамике объективные критерии воспалительного процесса в предстательной железе также оказались более выраженными при использовании только базисной терапии (63,0% и 19,0%).

У больных II группы показатели спермограммы улучшились более значительно по отношению к пациентам I группы (97,0% и 45,0%).

При обследовании, через 6 месяцев после лечения у 93% пациентов II группы установлена стойкая ремиссия, тогда как у больных I группы этот показатель составил лишь - 59,0%

**Выводы.** Таким образом, включение сока граната в схему комплексного лечения пациентов с хроническим простатитом патогенетически обосновано, поскольку повышает эффективность базисной терапии, хорошо переносятся больными, не оказывает нежелательного побочного действия, можно применять длительное время, улучшает внутри-кавернозное кровообращение, эрективную функцию, обеспечивая хорошие показатели продолжительности безрецидивного периода.

#### **Список литературы:**

1. Абоян ИА., Павлов СВ., Митусов В.В. и др. Лечебно-диагностический алгоритм хронического простатита // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004. - С. 25.
2. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахледиани Н.Д. Хронический простатит и сексуальные нарушения // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004. - С. 169-177.
3. Горилловский Л.М., Доброхотов М.М. Хронический простатит - Медицинский совет 2010, 7-8, 72-77.
4. Кароматов И.Д. Фитотерапия - руководство для врачей. Бухара 2018 г.
5. Михайлова Т.А. Фитопрепараты в лечении пациентов с хроническим простатитом и ранними стадиями доброкачественной гиперплазии предстательной железы - Здоровье мужчины 2013, 3, 5457.
6. Электронная версия: <https://www.usnews.com/best-graduate-schools/top-medical-schools/university-of-southern-california-04013> Keck School of Medicine (University of Southern California),

### **Мустафакулов С.С., Юнусов И.А., Махмудова Б.Х., Абдуллаев З.Р. Муминджонов С.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОГАЩЕННЫХ СОБСТВЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ, АССОЦИИРОВАННОМ СО ГИПОГОНАДИЗМОМ**

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,  
Лаборатория стволовых клеток ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»  
Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

**Актуальность.** Крипторхизм часто встречающаяся патология у мужчин, сопровождающаяся в неправильном расположением одного или двух гонад в мошонке. Тестикула может находиться либо в брюшной полости, либо в паховом канале [1]. Большое количество работ посвящено изучению репродуктивной системы пациентов с крипторхизмом. При оценке показателей фертильности обнаруживается её снижение у 48% мужчин с односторонним и у 78–80% мужчин с двусторонним крипторхизмом [3]. Причины субфертильности пациентов с крипторхизмом изучены недостаточно. Выявлена зависимость объема тестикул и гормональных изменений у мужчин при крипторхизме

[3]. Многочисленные исследования доказали о неэффективности применения гормональной терапии при крипторхизме [4]. Показано развитие интерстициального фиброза, атрофии семенных канальцев и угнетение сперматогенеза в экспериментальной модели абдоминального крипторхизма [2].

На современном этапе существуют многочисленные медикаментозные и хирургические методы лечения. Но после хирургических методов лечения сильнее выражен послеоперационный рубец и восстановительный период длится дольше, возможны рецидивы заболевания. И развитие ранних и отдаленных осложнений.

Прежде чем приступить к терапии, необходимо установить причину. При ранних стадиях атрофии яичек применяют хорионический гонадотропин.

Длительный приём гормонов приводит к резкому снижению собственного тестостерона и нарушает функциональную способность сердечно-сосудистой системы, печени, почек, повышает риск тромбообразования и внезапной смерти [3]. Лечение заключается в назначении тестостерона и других андрогенов, витаминотерапии. Однако заместительная терапия бывает недостаточно эффективной из-за нарушения рецепции андрогенов клетками-мишенями половых желез, половых органов и других тканей. Поиск эффективных и безвредных способов немедикаментозной коррекции при крипторхизме и гипогонадизме является весьма актуальным в области клинической урологии.

В последние годы, на современном этапе, применяют инновационные методы лечения фертильности мужского бесплодия с аутологичными мезенхимальными стволовыми клетками (МСК). Трансплантация обогащенных клеточных культур является безопасным методом, который усиливает эффективность восстановления герминогенной и сперматогенной функции яичек [5].

**Цель исследования.** Демонстрация случая успешной аутоклеточной терапии с мезенхимальными стволовыми клетками правостороннего гипоплазии и крипторхизма левого яичка у беспородного кролика.

**Материалы и методы исследования.** Продемонстрирован случай из клиники идиопатическим правосторонним гипоплазией и крипторхизма левого яичка у беспородного кролика в репродуктивном возрасте (7 мес.), с массой тела 4,5 кг. Исследование проведено в лаборатории стволовых клеток (ЛСК) и ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в 2020г.

Для исследования анализа спермограммы кролика получить эякулят не удалось. Исследовали состояние половых гормонов (тестостерон, ФСГ, ЛГ, пролактин) и интратестикулярный кровоток доплерометрией и гистоморфологическое исследование тестикулы.

Аутологические клетки костного мозга извлекали с помощью тонкой полой иглы, приткнутой к шприцу под местной анестезией путем пункции гребня подвздошной кости таза. Мононуклеарную фракцию (МФ) выделяли из гепаринизированного костного мозга (20 МЕ гепарина/мл для костного мозга). Костный мозг разводили физиологическим раствором (рН 7,2) в соотношении 1:5. Разведенный физиологическим раствором костный мозг центрифугировали в градиенте плотности фикола (Ficoll-Paque), плотность 1,077 г/мл. Полученную МФ трижды отмывали в 3ФФР (физиологический раствор, забуференный с помощью фосфатно-солевого буфера) и ресуспендировали в среде RPMI-1640 (Flow Laboratories, Англия) в концентрации 106 клеток в мл. Жизнеспособность клеток, определяемая по методу окрашивания с трипановым синим, подсчитывали под микроскопом.

Мезенхимальные собственные клетки были введены местно в паховую область с двух сторон с разведённым с физиологическим раствором в дозе 3,0 мл.

**Результаты исследования.** Сравнительный анализ поведенческого характера исследуемого кролика показал, что кролик с крипторхизмом до введения МСК был пассивным, шерстный покров был тусклым, тогда как здоровый кролик был бодрым, с хорошим аппетитом, подвижен, шерстный покров его был блестящим. Число дыхательных движений при умеренной температуре воздуха у кролика в динамике с крипторхизмом был от  $45 \pm 0,5$ , тогда как у здорового кролика от  $55 \pm 0,5$  в минуту. Температура тела кролика с крипторхизмом колебалась от  $37,0 \pm 1,0$ , а у здорового кролика от  $39,0 \pm 0,5$  градусов. Сердечные сокращения у кролика с крипторхизмом в динамике колебались от  $100 \pm 15,0$ , а здорового кролика от  $150,0 \pm 15,0$  в минуту.

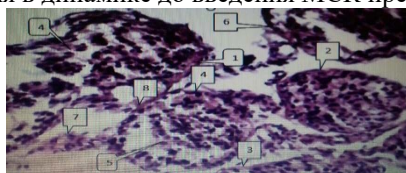
Половое возбуждение и влечение у кролика с крипторхизмом и гипоплазией другого яичка полностью отсутствовало, в то же время у здорового кролика наблюдалось активное половое влечение.

При анализе половых гормонов обнаружено снижение концентрации тестостерона по отношению к здоровому кролику (9,9 против 20,7 пмоль/л), умеренное увеличение концентрации ЛГ (2,4 против 1,7 МЕ/л), повышение концентрации ФСГ (3,2 против 2,9 мМЕ/мл) и пролактина (276,0 против 183 мМЕ/л) в отличие от показателей контрольной группы, что свидетельствует о нарушении функции клеток Лейдига и о функциональных нарушениях клеток Сертоли.

При эхографическом исследовании яичка справа выявлены её гипотрофия (1,3 см) по отношению к здоровому кролику (2,5 см) ( $p < 0,01$ ), уплотнение паренхимы, участки склероза в оболочках яичка и микрокальцинаты паренхимы.

Исследование кровотока левого яичка доплерометрией показало снижение скорости кровотока в артериях паренхимы как правого, так и левого яичка (PS 13.49 cm/s; ED 4.50 cm/s; RI 0.67; S/D 3.0 по сравнению со здоровым кроликом ( $p < 0,001$ )).

Патоморфологические изменения в динамике до введения МСК представлены на рис. 1.



**Рис. 1.** Гистологическая картина ткань яичко при гипогонадизме  
Окраска гематоксилин-эозином. Микропрепарат. Ув. X 10.

Как видно на рис. 1. нарушения строения стенки извитых семенных канальцев очаговыми некробиозами-1; кариопикноз сертоливых клеток-2; некроз стенки канальцев и сертоливых клеток-3; десквамированные клетки сперматогонии и сперматиды очаговыми некробиозами-4; кариопикноз и кариорексис сперматидов и сперматозоидов-5; атрофия извитых семенных канальцев нарушена очаговыми некрозами половых клеток -7; истончения стенки извитых семенных канальцев-8.

На 14 день после введения МСК наблюдалось низведение яичка в мошонку и через 2 месяца регенеративно-восстановительные процессы были более выраженными, размеры правого яичка увеличились в размере (1,9 см), наблюдалось изменение клинического состояния и появление полового возбуждения и влечения. Кролик стал более активным, отмечено улучшение основных показателей спермограммы: концентрации, подвижности и морфологии сперматозоидов, было отмечено повышение уровня тестостерона в 7 раз (68,1 против 9,5 нмоль/л), возможно это было связано с местным введением МСК. Отмечено улучшение интертестикулярной микроциркуляции яичка (PS 16,87cm/s; ED 4,95 cm/s; RI 0,71; S/D 3,41) и увеличение объема гонад (2,1 см).

Таким образом, аутоклеточная терапия с МСК при крипторхизме является безопасным, перспективным, эффективным методом лечения и может использоваться как дополнительный метод терапии для восстановления морфофункционального состояния тестикулы.

#### Литература

1. Дендеберов Е.С., Кирпатовский И.Д., Михалева Л.М.; Новые подходы к лечению крипторхизма, сочетающегося с вторичным гипогонадизмом. Проблемы репродукции, 2001, №2. С. 23-26.
2. Исследование восстановления фертильности у животных после экспериментальной трансплантации обогащенных клеточных культур различных видов / Камалов А.А., Сухих Г.Т., Зарайский // IV Российский конгресс «Мужское здоровье», 12-14 ноября 2008 г, тезис, с. 16-17.
3. Стволовые клетки и их использование в клинической практике. / Охоботов Д.А., Павлова Г.В., Зарайский Е.И. // Медицинские науки, 2007, №6, с.24-41.
4. Rayfer J. Surgical and hormonal-therapy for cryptochidism - an overview, HORMONE RESEARCH, 1988,30(4-5): 139-143

*Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А., Касымов М.М.*

### СОСТОЯНИЕ СПЕРМАТОГЕНЕЗА И ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ОРХИТЕ У БЕСПОРОДНЫХ КРОЛИКОВ

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,  
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

**Актуальность.** Орхит – это воспаление яичек, вызванное различными бактериальными или вирусными инфекциями, травмами, приёмом лекарственных препаратов и чрезмерным переохлаждением. Температура в яичках у мужчин в норме должна быть ниже температуры тела на 4 градуса (32–33°). Именно такой интервал обеспечивает замедление реакции иммунной системы на незрелые сперматозоиды, что позволяет беспрепятственно протекать процессу сперматогенеза. Чрезмерное переохлаждение может привести к поражению одного или обоих яичек, что является предиктором развития орхита и секреторного бесплодия [1, 5]. Секреторное бесплодие – наиболее часто встречаемая форма, при которой нарушается не только деятельность яичек, снижается качество, количество и/или подвижность сперматозоидов, оно же влияет на уровень половых гормонов [2]. Основными клиническими проявлениями орхита являются: отёк, покраснение и увеличение мошонки, боль, повышение температуры тела, апатия, отсутствие аппетита, общая слабость и увеличение паховых и периферических лимфатических узлов [3, 4]. Мошонка горячая на ощупь, возможно абсцедирование и образование свищей, температура тела выше нормы, наблюдается угнетение и заторможенность сознания, пульс и частота сердечных сокращений частые и поверхностные, животные становятся беспокойными.

Несмотря на то, что в многочисленных экспериментальных исследованиях, проведенных на животных, в научной литературе недостаточно представлены влияния фактора холода на состояние сперматогенеза и гормонального фона.

**Цель исследования.** Изучение состояния сперматогенеза и гормонального фона при остром орхите у беспородных кроликов.

**Материал и методы исследования.** Исследования проведены на 30 лабораторных беспородных кроликах. Нормальная температура тела кроликов колебалась в пределах 39,0±0,5 градусов, в мошонке 35±0,5. Шерсть кроликов была коротко подстрижена. Была разработана экспериментальная модель острого орхита беспородных кроликов при воздействии холодовой травмы I (n=10) и II (n=10) степени тяжести. Контрольную группу составили 10 здоровых кроликов. Однократное местное переохлаждение моделировали путём наложения ледяного пузыря на яичко при температуре – 25°С. Ректальная температура достигала до 30°. Холодовая травма I степени развивалась при непродолжительном воздействии холода (менее 1,5 часа). Переохлаждение II степени развилась после воздействия холода в среднем 3±1 ч.

**Результаты исследования.** Местное экспериментальное переохлаждение сопровождалось развитием острого одностороннего орхита у 17 (56,0%) кроликов в течение 3–7 дней и в 44,0% развилось двустороннее воспаление яичка через 1–10 дней.

При нанесении холодовой травмы I степени температура мошонки кроликов снизилась. в пределах 32±0,5°С. Реакция на холод проявлялась в виде вялости (69,0%), апатии (83,0%), адинамии (67,0%), озноба 87,0%), учащения дыхания (95,0%) и пульса (77,0%), поражённый участок кожи бледный (77,0%), в некоторых участках имеет багрово-

красный оттенок (23,0%), умеренная отёчность мошонки (39,0%) и пальпаторная чувствительность мошонки (99,0%). При холодовой травмы II степени температура мошонки снизилась в пределах  $30,0 \pm 1,0^\circ\text{C}$ , цвет кожи мошонки у всех кроликов был синюшный, на ощупь холодный, дыхание поверхностное и редкое, отмечалась пальпаторная болезненность мошонки (98,0%), сознание было ясным. Обнаружено поражение эпидермиса на кожи мошонки в виде его отслаивания и образования пузырей, наполненных светлым экссудатом. В свою очередь кролики с острым течением получали антибактериальную и противовоспалительную терапию. В динамике в течение 2-3 недель наблюдали нормализацию температуры тела, уменьшение отёка и болезненности тестикулы. После стихания острых явлений обнаружено нарушение сперматогенеза в виде олигоастеноспермии, что свидетельствует о снижении фертильности.

Исследование спермограммы у кроликов после экспериментального переохлаждения показало, что на 2-3 неделе у 10 наблюдаемых кроликов после перенесения явлений острого орхита обнаружено повышение прозрачности эякулята, свидетельствующее о снижении количества сперматозоидов в семенной жидкости. Общее количество сперматозоидов у экспериментальных кроликов с односторонним орхитом составило в среднем  $37,3 \pm 5,7$  млн. (в норме -  $50,0 \pm 1,5$  млн.), что более чем в 1,3 раза меньше аналогичного показателя в группе возрастного контроля, тогда как у кроликов двусторонним поражением этот показатель меньше в 3 раза. При этом у 8 и 6 (80,0% и 60,0%) в сравниваемых группах диагностирована олигоспермия II степени, у 2 и 4 (20% и 40,0%) аспермия. Основные показатели спермограммы были ниже, чем у кроликов с односторонним поражением.

После холодовой травмы комплексное гормональное исследование кроликов показал снижение концентрации тестостерона, ФСГ и пролактина в сыворотке крови.

Таким образом, холодовая травма сопровождается выраженным воздействием на сперматогенез и гормональный фон экспериментальных кроликов.

#### **Литература**

1. Ахмедов А.П. Диагностика мужского бесплодия. / А.П. Ахмедов //Методические рекомендации. – Душанбе, 2009.
2. Острый паротитный орхит у взрослых //Урология. - 2011№6.- С. 42-44.
3. Клинические формы острого паротитного орхита у взрослых // Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинической медицине: Тез. науч.-практ. конф., посвящ. 70-летию 395 Рязан. воен. госпиталя. - Рязань, 2001. - С. 18-21.
4. Robert I. McLachlan. New developments in the evaluation and management of male infertility // International Congress Series. - 2004. - 1266. - P.10-20.
5. Gannon K, Glover L, Abel PD. Masculinity, infertility, stigma and media reports // SocSci Med, 2004. - 59. - P. 1169-1175.

*Мухаббатов Дж.К., Нозимов Ф.Х., Хоркашев Ф.М., Хамроев Б.М.*

#### **ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА НА ФОНЕ ДОЛИХОСИГМЫ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино». Таджикистан

**Актуальность.** Хронический запор является медико-социальной проблемой вследствие широкой распространённости, который снижает социальную активность пациентов и качество их жизни. Хроническим запором страдают до 30-40 % взрослого населения [1,2]. Причинами запора могут быть как анатомические особенности (удлинение, перегибы, опущение, повышенная подвижность различных её отделов, атрофия гладкомышечной мускулатуры, аномалии фиксации и интрамуральных нервных сплетений), так и функциональные факторы: стрессы, неправильное питание, малая физическая активность. Одной из ведущих причин хронического запора является долихосигма, частота которой среди колопроктологических больных составляет 9,4% [С.И. Ачкасов 3,4]. Пациенты с единственной причиной хронического запора встречаются редко. При всестороннем обследовании больных можно выявить не менее двух причин, которые усугубляют тяжесть запоров и требуют соответствующее лечение [5,7]. Пациенты с долихосигмой в сочетании с нарушением фиксации и аномалией положения различных отделов толстого кишечника встречаются от 8,3-20,8% (Каххаров А.Н. 2014).

Другим из важнейших аспектов у данной категории больных является до и интраоперационная находка, а также гистологический анализ резецированного участка толстого кишечника.

Немаловажное значение для постановки диагноза запора и играет важную роль информативность рентгенологических исследований (антиградная и ретроградная ирригографии), эндоскопических исследований (колоноскопия, фиброколоноскопия, виртуальная колоноскопия), УЗИ, сфинктерометрия, и монометрия.

Таким образом, залог успешного лечения хронического запора — это выявление истинной его причины из существующего целого ряда причин и факторов и ее устранение.

**Цель исследования.** Изучение информативности методов исследования толстого кишечника больных хроническим запором, обусловленным долихосигмой.

**Материал и методы исследования.** Проанализирован опыт лечения 136 больных с хроническим колостазом, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии Городской клинической больницы №5 – клинической базе кафедры общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2014 по 2018 годы. Из них женщин было 80 (58,8%), мужчин – 56 (41,2%). Возраст колебался от 18 до 57 лет. Средний возраст пациентов составил  $30 \pm 3$  лет. Для диагностики пациентов с хроническим колостазом использовали следующий алгоритм обследования: анамнез; физикальное исследование; общеклинические; лабораторные исследования; гистологическое, микробиологическое и эндоскопические методы (ректороманоскопия, колоноскопия, виртуальная колоноскопия), рентгенологические исследования (ирригография, проктография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-

кишечному тракту), сфинктерометрия и анальная манометрия. При проведении ирригографии обязательным условием является выполнение снимков в положении стоя и лёжа для выявления аномалий фиксации различных отделов толстого кишечника, и синдрома Пайра. Для исключения или подтверждения причин неврологического или психогенного генеза хронического запора проводилась консультация невропатолога, психотерапевта.

Основной жалобой у больных была задержка стула сроком от 12 недель и более, вздутие и боли в животе, диспептическое расстройство. У 20 больных боли в животе находились с левой стороны (долихосигма), у 30 как с левой, так и с правой стороны живота (долихосигма и аномалия правой половины толстого кишечника) и у 10 внизу живота и вокруг пупка (недостаточность баугиновой заслонки, долихосигма). Фрагментированный стул отмечался у 18 больных, ощущение неполного опорожнения кишечника у 15 больных.

**Результаты исследования и обсуждение.** По результатам инструментального метода исследования (колоноскопия, ирригография и виртуальная колоноскопия) выявлены различные варианты аномалии развития толстого кишечника. Необходимо отметить, что каждый из этих методов инструментального исследования имеет свою информативность, и считаем их проведение необходимым и обязательным для обследования этой группы больных. (таб. 1).

Таб 1. Информативность некоторых методов исследования толстого кишечника

Метод исследования	Состояние слизистой оболочки	Положение и фиксации толстого кишечника	Состояние стенки толстого кишечника	Тонус стенки толстого кишечника	Лучевая нагрузка	Состояние Баугиновой заслонки
Колоноскопия	+++	-	++	++	-	-
Виртуальная колоноскопия	++	+++	+++	++	+	-
Полипозиторная ирригография	+	+++	-	+++	+	+

**Примечание:** знак «-» неинформативно, «+» малоинформативно, «++» среднеинформативно, «+++» высокоинформативно.

Как видно из таблицы, наибольшую информацию о состоянии слизистой оболочки толстого кишечника можно получить при помощи колоноскопии, виртуальной колоноскопии и ирригографии, которая менее информативна в этом плане. Преимущество полипозиторной ирригографии заключается в определении положения и фиксации толстого кишечника и недостаточности Баугиновой заслонки. Большую информацию об истончении и утолщении различных отделов толстого кишечника можно получать при помощи КТ-виртуальной колоноскопии. Недостатками виртуальной колоноскопии и ирригографии это лучевая нагрузка больного. Следует отметить, что сфинктерометрия и анальная манометрия даёт информацию только о функциональном состоянии наружного и внутреннего сфинктера и рефлекса на акт дефекации, который имеет большое значение для диагностики проктогенного запора.

У 12 больных выявлен мегодолихоколон, у 12 - транзверзоптоз, у 20 синдром Пайра и у 83 больных выявлена долихосигма различного варианта: у 7 - однопетлевая, у 14 - двухпетлевая и у 22 - многопетлевая. У 49 больных долихосигма сочеталась с аномалиями других отделов толстого кишечника: у 10 - с подвижной слепой кишкой, у 15 больных с удлинением и расширением восходящей отдел толстого кишечника у 10 с синдромом Пайра и у 14 больных с недостаточностью Баугиновой заслонки.

Среди обследуемых нами больных больше всего встречалась долихосигма у 83 пациентов, которая часто сочетается с патологиями других отделов толстого кишечника. У 40 больных долихосигмой при сочетании с удлинением и расширением восходящего отдела толстого кишечника при колоноскопии взята биопсия слизистой оболочки из различного отдела толстого кишечника. Признаки воспалительного процесса более выражены в удлинённых участках толстого кишечника. Также у этих групп больных при помощи КТ выявлено истончение стенок толстого кишечника в удлинённых отделах, что говорит об атонии этих участков и при этом можно установить линии резекции кишечника. У 5 больных долихосигма сочеталась с недостаточностью Баугиновой заслонки и этот вариант мы считаем одной из осложнений хронического запора. Изучая анамнез заболевания, у 20 (14,7%) больных установлено, что они с молодости страдают запором и это явление мы считали как врождённая аномалия развития толстого кишечника. У 116 (85,2%) больных симптомы запора появились в последние годы и, судя по этому, можно сказать, что запор у этих больных имеет приобретённый характер.

Выбор способа оперативного вмешательства зависел от варианта сочетания патологии.

Интраоперационная находка показала, что у 80% больных соответствовала дооперационная диагностика и в 20% случаев выявлена аномалия расположения и развития связочного аппарата толстого кишечника. У больных долихосигма подтвердилась в 100% случаев

**Вывод.** Хирургическое лечение запоров может проводиться только после тщательного всестороннего обследования больных в специализированных проктологических клиниках. Выбор вмешательства зависит от установленной в ходе комплексного обследования причины синдрома колостазы и функционального состояния кишки.

#### Список литературы.

1. Джавадов Э.А., Курбанов Ф.С., Ткаченко Ю.Н. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -№ 9. — 2010. — С. 53-56.
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 700 с.
3. Алёшин Д.В. Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостазы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. —М., 2007.
4. З.Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Макоев С.Н. Оценка эффективности хирургического лечения запоров. Проблемы колопроктологии. 1998. Вып. 16. С. 269–271.
5. Каххаров А.Н., Каххаров М.А. Аномалия фиксации и положения ободочной кишки у взрослых и их клиническое значение. Здравоохранение Таджикистан, № 3, 2014. С 12-21.

**Актуальность.** Среди хирургической патологии дистального отдела прямой кишки геморрой является одной из самых частых заболеваний, частотой, которой составляет от 25% до 40%. По данным большинства авторов распространенность геморроя составляет 130-145 случаев на 1000 взрослого населения и значительную их долю составляют лица трудоспособного возраста[1,2].

Актуальность проблемы связана не только с распространенностью, но и тем, что для геморроя характерна высокая частота осложнений заболевания и послеоперационных осложнений в виде 6-9% сужения ануса, 1,8-4% недостаточности анального сфинктера. Несмотря на постоянное совершенствование методик геморроидэктомии, сохраняется опасность развития осложнений: выраженного болевого синдрома, кровотечения, гнойно-воспалительных осложнений, дизурических явлений, формирование стриктур анального канала, недержания кишечного содержимого, которые составляют до 19% наблюдений[3].

Причиной развития послеоперационные осложнения и неудовлетворительные результаты в отдаленном периоде является возрастание число больных с сопутствующими заболеваниями, к которым относятся сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ИБС и др[4].

Исходя из этого, целенаправленно проведение исследование, направленное на изучение частоты геморроя и его осложнения у больных с сахарным диабетом и определения прогноза заболевания.

**Цель исследования.** Изучить клинико-функциональные особенности течения геморроя у больных с сахарным диабетом.

**Материал и методы исследования.** Проведено комплексное обследование и лечения 138 больных геморроя с СД II типа, из них 96 мужчин и 52 женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 15 лет. Все больные были с СД II типа и степени тяжести течения и фазы компенсации заболевания определялись согласно рекомендациям ВОЗ(2002) и Национального стандарта по СД (2002). С целью изучения клинико-функциональные особенности течения геморроя у больных с СД больные были распределены на 2 группы. В первую группу 68 больных геморроем с СД II типа и во вторую группу – 70 пациентов с геморроем без СД.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По возрастному показателю в основной группе больных средний возраст больных составлял  $47,8 \pm 1,9$  лет, а во второй группе –  $42,0 \pm 1,1$  лет. Изучение различия по возрасту показало, что у больных геморроем с СД по сравнению с контрольной группы преобладали лица пожилого возраста. По сравнению групп по средней продолжительности заболевания ( $8,6 \pm 1,7$  года) и по полу значимых различий не установлено.

Проведенное исследование показывает, что в основной группе преобладали II - III стадии геморроя, по сравнению с контрольной группе, где преобладали III - IV стадией заболевания. По клинической картины заболевания жалобы на боли различной интенсивности предъявляли в обеих группах (86% и 87% соответственно) больных. Более выраженный болевой синдром наблюдали у больных контрольной группе, и был связан с сочетанной патологией анального канала – хронической анальной трещиной. Проведенное исследование показало, что кровотечение разной степени выраженности наблюдалось у 61 (87,1%) пациентов контрольной группы и у 59 (86,7%) – основной группы. Постгеморрагическая анемия различной степени тяжести выявлена у 8 (11,4%) больных контрольной группы и у 10 (14,7%) пациентов - в основной группы. Частота выявляемости проктит (проктосигмоидит) преобладала у больных геморроем с СД, т.е. в основной группе больных и составила 12 (17,6%) случаев.

Также выявлены значительные изменения функциональные состояние анального сфинктера у больных геморроем с СД. Выявлена существенной взаимосвязи между прогрессированием тяжести СД и функциональные изменения анального сфинктера, особенно внутреннего сфинктера прямой кишки, что вероятно указывает на ведущую роль диабетической миопатии в развитии недостаточности анального сфинктера. Явление недостаточности анального сфинктера преобладала в основной группе больных по сравнению с контрольной группе, что составило 5 (7,3%) и 3 (4,2%) соответственно.

#### **Выводы.**

1. Геморрой у больных с сахарным диабетом встречается относительно чаще, чем в общей популяции населения и протекает тяжелее.

2. Проведенный анализ показал, что у больных геморрой с сахарным диабетом, чаще, чем без него, отмечается явление недостаточности анального сфинктера.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Благодарный, Л. А. Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя / Л. А. Благодарный, Ю. А. Шельгин // Consilium Medicum. Хирургия. 2006. - Т. 8, № 1. - С. 49-52.
2. Воробьев, Г. И. Геморрой : практ. руководство. / Г. И. Воробьев, Ю. А. Шельгин, Л. А. Благодарный. -М. : Митра-Пресс, 2002. 191 с.
3. Геморроидэктомия с использованием генератора для электролигирования сосудов LIGASURE / В. М. Тимербулатов и др. // Колопроктология. -2003.-Т. 6, №4.-С. 3-6.3.
4. Минбаев, Ш. Т. Выбор лечения геморроя у больных повышенного риска: Автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / ГНЦ колопроктологии / Ш.Т. Минбаев. - М., 1991. - 28 с.
5. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. М. : Медпрактика, 2001. — 300 с.

*Мухаббатов Д.К., Амиров Ш.Р., Расулова С.И., Сафолова Ф.М.*  
**ОСОБЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ЖЕНЩИН**  
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Недостаточность анального сфинктера (НАС) составляет от 1,5% до 40% наблюдений и от 30 до 50% у пациентов старшего возраста [1,2]. В среднем, эта проблема затрагивает приблизительно 1-10% в популяции. В структуре колоректальных заболеваний этот процент составляет 3-7%. У женщин анальное недержание встречается с частотой 4-5 : 1 по отношению к лицам мужского пола [3].

Недостаточность анального сфинктера по характеру подразделяется на органическую, функциональную и смешанной формы. Органическая форма НАС связана с посттравматическим, послеоперационным, послеродовым повреждением анального сфинктера, или же его врожденными аномалиями развития. Функциональная форма НАС, в отличие от органической формы, не обусловлена структурными повреждениями анального сфинктера, а возникает в результате различных расстройств нервного аппарата[4].

В настоящее время разработано более 60 методов и продолжается поиск оптимальных методов лечения и улучшения отдаленных и функциональных результатов органической или функциональной форм заболевания. Гнойно-воспалительные осложнения и несостоятельность швов в раннем послеоперационном периоде, по данным разных авторов, имеют место в 2-35% случаев. По данным разных авторов, после 5 и 10-летнего периода, лишь 40-45% пациентов были удовлетворены результатом операции, и только у 14% пациентов, после 69 месяцев проблема недостаточности анального сфинктера была решена полностью [5].

Вопросы целенаправленной диагностики и лечения смешанной формы НАС остается неизученными.

**Цель работы.** Изучить частоту встречаемости и клинической картины смешанной формы недостаточности анального сфинктера у женщин.

**Материал и методы исследования.** Проведено проспективное исследование, обследование и хирургическое лечение 234 пациенток, находившихся в отделении колопроктологии ГКБ № 5 г. Душанбе в период с 2006 по 2020 гг с выпадением прямой кишки и послеродовым разрывом промежности. Возраст пациенток варьировал от 18 до 60 лет. Выпадение прямой кишки I степени выявили у 22, II степени - у 49 и III степени – у 43 пациенток. Послеродовой разрыв промежности II степени выявили у 46 (38,4%) женщин, III- степени – у 48 (40%) и IV– степени – у 26(21,6%) больных. НАС I степени выявили у 62 (26,4%) женщин, II степени – у 105(45%) и III степени – у 67(28,6%) больных. Всем больным проведены общеклинические, функциональные и специальные методы исследования. Диагностика и дифференциальная диагностика смешанной формы НАС осуществлялись на основании анамнеза, анкетирования, осмотра больной в гинекологическом кресле, определения функциональных проб (кашлевой пробы, пробы Вальсальвы).

**Результаты исследования.** Проведенное исследование показало, что в зависимости от клинической картины заболевания и результатов функциональных методов исследования, больные разделились на 2 группы. В первой группе больных 172(73,5%) - выявили жалобы на выпадение прямой кишки, анальной недостаточности различной степени и дискомфорт. Вторую группу составили 62(26,5%) больных, которые наряду с жалобами по поводу основной патологии, также выявили признаки пролапса органов малого таза.

У всех больных первой группы установлено, что недостаточность анального сфинктера происходила за счет нарушения держания кишечного содержимого, т.е. имела органический характер и выявлен сохранный позыв на акт дефекации.

Во второй группе больных, выявили нарушение механизма удержания кишечного содержимого и отсутствие позыва на акт дефекации, в большинстве случаев, во время сна. Проведенные исследования показали, что во второй группе больных в 20(32,3%) случаях составили много рожавших женщин. Кроме того, преобладали женщины возрастной категории выше 30 лет(56,8%) и частота заболевания увеличивалась с возрастом. В 14(22,6%) случаях, имело место перенесенные повторные операции, по поводу недостаточности анального сфинктера, в других лечебных учреждениях. Анализ объективных показателей показал, ослабление анального рефлекса у 50(80,6%) пациенток, нарушение тонуса внутреннего сфинктера и удержание у всех больных. У больных этой группы недостаточность анального сфинктера имела смешанный характер, т.е. наряду с органической, изменения также выявили нервно-рефлекторной патологии анального сфинктера. У 38(61,3%) пациенток, превалировала органическая форма недостаточности анального сфинктера над функциональной и у 24(38,7%) больных – имел место обратный характер патологии. Результаты исследования показали увеличение частоты эпизодов недержания кала, уменьшение объема ампулы прямой кишки выраженности частоты стула у больных второй группы по сравнению с первой.

Проведение сравнительного анализа результатов функциональных и специальных методов исследования показало, что во второй группе больных нарушение запирающего аппарата прямой кишки было связано не только с нарушением сократительной функции наружного анального сфинктера, но и с выявленной дисфункцией внутреннего сфинктера прямой кишки.

Таким образом, диагностика смешанной формы НАС сложна и является компетенцией высококвалифицированных специалистов, определяющих выбор этапности лечения этой категории больных.

**Выводы.** Проведенное исследование показывает, что смешанная форма недостаточности анального сфинктера у женщин с выпадением прямой кишки и послеродовым разрывом промежности составляет 26,5% случаев. Степени НАС зависят от стадии заболевания, выраженность держания - от степени дисфункции внутреннего сфинктера прямой кишки и удержания - от наружного сфинктера прямой кишки.

#### **Литература**

1. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера/ Т.К. Камолов, З.И. Муртазаев, К.У. Шеркулов [и др.] // Национальная Ассоциация Ученых. - 2016.- №17-1.- С. 120-121.



2. Ривкин, В.Л. Анальная инконтиненция: состояние проблемы / В.Л. Ривкин// Consiliummedicum. Приложение. Хирургия. - 2016. - №1. - С. 24-25.
3. Хирургическое лечение больных недержанием кишечного содержимого/ С.А. Фролов, Т.С. Одарюк, Л.Ф. Подмаренкова [и др.]// Хирургия. - 2014. - №14. - С. 27-33.
4. Шелыгин, Ю.А. Справочник по колопроктологии/ Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный - М.: Литтерра, 2012. - 596с.
5. Nevler A. The epidemiology of anal incontinence and symptom severity scoring // Gastroenterology Report. - 2014. - № 2 (2). - P. 79-84.

*Мухаббатов Д.К., Анаев М.Б., Нозимов Ф.Х., Аёнов С.С.*

### **СТЕНОЗ АНАЛЬНОГО КАНАЛА**

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Послеоперационные осложнения хирургической патологии дистального отдела прямой кишки, в частности стенозы анального канала представляют сложную проблему, несмотря на относительно малой встречаемости. Удельный вес послеоперационные стенозы анального канала среди хирургической доброкачественной патологии анального канала по данным разных авторов составляет 1,7-9% наблюдений[1,2].

Необходимо отметить, что наиболее частой причиной развития стеноза анального канала являются геморроидэктомия, иссечение трещины анального канала и иссечение свищей прямой кишки. Разработаны многочисленные методы консервативного и хирургического лечения стеноз анального канала. Однако частота развития ретенноз анального канала и другие послеоперационные осложнения по данным разных авторов составляет от 3 до 15% случаев[3,4,5].

Для выбора метода лечения стеноз анального канала основное значение придается формы, степени компенсации заболевания и морфологической характеристики рубцового процесса. В доступной нами литературе мало сведений о наличии гнойно-воспалительного процесса и методы диагностики у больных со стенозом анального канала. Указанные выше сведения немаловажное значение имеют для выбора метода лечения больных со стенозом анального канала.

**Цель исследования.** Изучить клиническое течение стенозов анального канала с учетом фактора гнойно-воспалительного процесса.

**Материал и методы исследования.** Настоящее исследование основано на результатах обследования и хирургического лечения 42 больных со стенозом анального канала на базе кафедры общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Из общего количество больных мужчин было 28 и женщин -14. По возрасту преобладали лиц трудоспособного возраста, и средний возраст больных составил  $46,1 \pm 8,4$  лет. Для диагностики заболевания использовали данные жалоб, анамнез заболевания и жизни, наружного осмотра анальной области, показатели лабораторных (в том числе, прокальцитонин (ПКТ) и С-реактивный белок (СРБ)) и инструментальных методов исследований. Степени стеноза анального канала оценили согласно классификацию А.М.Аmineва(1973) с дополнением по В.И.Помазкину(2011). Из общего количество больных компенсированной степени стеноз анального канала составил 14 случаев, субкомпенсированный – 18 и декомпенсированный – 12.

Для сравнительного анализа клинического течения заболевания пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 31 больных со стенозом анального канала различной степени без гнойно-воспалительного процесса и во вторую группу - 11 пациентов с гнойно-воспалительным процессом.

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Проведенный анализ показал, что больные первой группы в большинстве случаев(81,3%) перенесли геморроидэктомия и иссечение трещины анального канала и в 18,7% наблюдений - симультанные оперативные вмешательства по поводу геморроя в сочетании с хронической анальной трещиной или свищей прямой кишки. В тоже время, во второй группе больных преобладали симультанные операции и неоднократные оперативные вмешательства (63,8%) в амбулаторных условиях или же в неспециализированных стационарах.

По форме стенозов анального канала во второй группе относительно преобладала частота стенозов за счет слизистой с вовлечением волокна анального сфинктера и во время операции установили наличие внутренних неполных и лигатурных свищей. Кроме того, в 18,9% случаев стеноз анального канала был обусловлен пектенноз анального сфинктера на фоне рецидивного свища прямой кишки у больных перенесших симультанные операции по поводу геморроя в сочетании со свищами прямой кишки. В первой группе вышеперечисленные явления встречались относительно редко и составили в 5,1% случаев.

В обеих группах у всех больных выявили жалобы на болевой синдром, усиливающийся при дефекации и выделение крови из заднего прохода. Однако во второй группе больных болевой синдром в 42,2% случаев имел постоянный характер, и его интенсивности было связано с обострением хронического парапроктита. Также больные этой группы отмечали выделение крови и гнойное отделяемое во время дефекации. Интенсивности остальные симптомы заболевания в виде вздутие живота, снижение аппетита, общую слабость было связано от степени стеноза анального канала.

Результаты анализ лабораторных показателей крови показали, что в зависимости от степени стеноза анального канала установлены различные степени гемоконцентрация крови с увеличением гематокритного числа и гипопроteinемии. Во второй группе больных в 48,1% случаях выявили лейкоцитоз крови со сдвигом влево и увеличения показателей ПКТ (у здорового человека значение 0,05 нг/мл) и С-реактивный белок (в норме -190 мг/л). При УЗИ параректальной области у данной группы больных было выявлено различные по размеру и объему гнойной полости.

#### **Выводы.**

1. Стенозы анального канала с гнойно-воспалительным процессом выявлено в 14,1% случаев и установлено особенности клиническое течение заболевания.
2. Выявленные объективные факторы и показатели клинико-лабораторные показатели необходимо учитывать для выбора метода лечения больных со стенозом анального канала.

#### Список литературы

1. Ан В.К. Стриктуры анального канала и выбор метода их хирургического лечения: автореф. дисс. канд. мед. наук / М., 1996. -С.13-16.
2. Макаров В.П. Выбор способа лечения больных Рубцовыми стриктурами прямой кишки. Дисс. канд. мед. наук. М. - 1986. - С. 180-204.
3. Черкасов М.Ф. Профилактика послеоперационных осложнений у больных хроническим комбинированным геморроем с «циркулярным» расположением геморроидальных узлов / М.Ф. Черкасов, А.А. Иванова, А.А. Помазков // Колопроктология. – 2011. – № 2. – С. 33–37.
4. Помазкин В.И. Хирургическое лечение рубцовых стриктур анального канала/В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров// Хирургия им.Н.И.Пирогова.-2011.-31.-С.48-52.
5. Brisida G. Surgical treatment of anal stenosis/ G.Brisida, S.Vanella, F.Cadeddu[et al.]/World JGastroenterol.-2009.- №15(16).-P1921-1928.

*Мухамедова И.Г., Курбонов С.Х., Аскарлов А.Т., Назаров И.Р.*

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

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

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения среди дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов нижних конечностей особое внимание привлекают преимущественно нагрузочные суставы. К ним относятся, в первую очередь, коленные суставы, составляющие 13-29% среди поражений всех суставов и выявляемые чаще в возрасте от 45 до 65 лет. А в возрасте старше 65 лет рентгенологические проявления дегенеративных изменений опорно-двигательного аппарата обнаруживаются у 97% населения. При этом существующие на сегодняшний день способы лечения ОА направлены на реализацию одной цели – остановить, или замедлить дегенеративные процессы, происходящие в поврежденном суставе и облегчить болевой синдром. Тем самым, традиционно, основу лекарственной терапии ОА составляют нестероидные противовоспалительные препараты, обезболивающие препараты, средства с хондропротективными свойствами и при неэффективности НПВС внутрисуставное введение глюкокортикоидов [3,4]. Однако, следует отметить, медикаментозное лечение лекарственными препаратами у 30-40% больных оказывает лишь кратковременное противовоспалительное действие и не обеспечивает достаточного качества жизни больного.

Поиск безболезненных, эффективных и безопасных средств терапии заболевания оставляет задачу актуальной. Между тем, в мировой практике, на сегодняшний день, для улучшения консервативного лечения остеоартрозов в качестве альтернативного метода предлагается применение внутрисуставного введения аутологичной, обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП).

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность внутрисуставного применения аутологичной, обогащенной тромбоцитами плазмы «Plasmolifting™» при лечении ОА коленного сустава.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов лечения 19 больных, обратившихся по поводу суставного синдрома, сопровождающегося артралгиями в коленных суставах. Преимущественно преобладали женщины (17 - 89,5%) в возрасте 45-67 лет и с длительностью заболевания от 2 до 15 лет. Мужчин было – 2 (10,5%). По доминирующему клиническому признаку наблюдалось 11(57,9%) больных с ярко выраженной болевой симптоматикой в пораженном суставе, которая носила постоянный характер; 9 (42,8%) больных с болью, беспокоящей ночью и усиливающейся при длительной нагрузке. У 6 (31,6%) из них отмечался двусторонний гонартроз. Также, у больных старшего возраста, достоверно чаще выявлялись жалобы на припухлость в области пораженных суставов ( $p < 0,01$ ), хруст в суставах ( $p < 0,05$ ), ограничение при движении и скованность ( $p < 0,001$ ). Все больные прошли комплексное клинико-инструментальное обследование, после которого был выставлен окончательный диагноз – гонартроз. Рентгенологическую стадию заболевания определяли по J. Kellgren.

Всем больным был проведен курс аутоплазмотерапии, состоящий из 3-5 инъекций в коленные суставы, с периодичностью 1 раз в неделю. До манипуляции производили забор венозной крови в специальные пробирки «Plasmolifting™», кровь центрифугировали в течение 10-12 минут в режиме 3500 об/мин. Введение аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) в коленный сустав осуществляли из стандартных передненаружного или переднезаднего доступов после соответствующей обработки кожи растворами антисептиков.

Основными методами эффективности лечения были оценка выраженности болевого синдрома и функциональной несостоятельности коленного сустава в сроки 3, 6 и 9 недель 10-балльной шкалой боли по ВАШ и Лекена.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 13 (68,4%) больных была диагностирована 1-2Rg стадия остеоартроза, у 6 (31,6%) больных старшего возраста, преобладала дегенерация – 2-3 Rg стадия заболевания. Выраженность болевого синдрома оценивали до лечения, через один месяц после третьей инъекции и через 6 месяцев после 3-5 инъекции. До начала лечения все больные имели высокий по интенсивности болевой синдром (в среднем  $7,7 \pm 0,5$  баллов по ВАШ), с более высокими значениями у больных со 2-3 Rg стадией ( $p < 0,01$ ). Критерием оценки результатов лечения послужило наличие или отсутствие боли в покое, при ходьбе по ровной местности, интенсивность ночных болей и объём активных движений в исследуемом коленном суставе.

Эффективность лечения оценивалась в ходе динамических наблюдений во время внутрисуставных инъекций ОТП, клинических проявлений и обозначили как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Изучение

интенсивности болей и функции коленного сустава выявило отчетливо положительную динамику. Вводимая в сустав ОТП оказывала обезболивающее действие, что подтверждали уменьшение индекса Лекена и оценка по ВАШ. Уменьшение выраженности болевого синдрома происходило путём кумуляции от первой инъекции к последующей, с наибольшей положительной динамикой уже после первого введения. В ближайшем периоде результаты распределились следующим образом: отличные (возвращение больных к полноценной жизни). Это после первой внутрисуставной инъекции у 2 (10,5%) больных с гонартрозом 1 стадии интенсивность боли по ВАШ снизилась через 3 дня на 60% ( $(M \pm \sigma)$  2,6 $\pm$ 0,25 баллов), 1 (5,3%) больная отметила купирование боли в покое и отсутствие её беспокойства в ночное время или при ходьбе. Хорошие - значительное уменьшение болевого синдрома через 10 дней – на 40% ( $(M \pm \sigma)$  3,45 $\pm$ 0,21 балла) наблюдалось у 7 (36,8%) и улучшение функции коленного сустава у 8 (42,%) со 2-й стадией заболевания. Удовлетворительные - боль в покое уменьшилась на 10% ( $(M \pm \sigma)$  4,6 $\pm$ 0,5 балла) от исходного и составила 4,0 $\pm$ 0,7 балла, и отмечалось небольшое затруднение при ходьбе - у 4 (21,05%) больных с 3-й стадией заболевания. При этом оценка индекса тяжести гонартроза отметила уменьшение индекса Лекена и свидетельствовала о некотором улучшении функциональных возможностей коленного сустава.

Через 1 месяц после третьей внутрисуставной инъекции ОТП интенсивность боли у больных со 2 стадией заболевания составила –1,5 $\pm$ 0,5 балла ( $p < 0,05$ ), у больных с 3-й стадией заболевания – 3,1 $\pm$ 0,19 балла. При этом у больных с 1-2 стадией заболевания отмечалось полное купирование болевого синдрома. Наиболее заметное снижение индекса Лекена (от 14 баллов до 8 ( $p < 0,05$ ) баллов) с улучшением функциональных возможностей поражённых суставов, как и в случае оценки с помощью ВАШ, было достигнуто через 3 недели после первого введения плазмы.

Контрольные исследования на сроках 3 и 6 месяцев после лечения также показали значительное улучшение функции коленных суставов и нижних конечностей. Выраженность болевого синдрома у больных со 2 стадией была 1,26 $\pm$ 0,29 балла, у больных с 3 стадией – 2,77 $\pm$ 0,2. Тем самым, стоит отметить, что выбранная тактика лечения позволила не только значительно снизить интенсивность болевого синдрома, улучшить ходьбу пациентов, длительность передвижения, но и сохранить результат в течение 6 месяцев после лечения. При этом 64% (12) пациентов отказались от дополнительной опоры. При рентгенологическом исследовании у 13 (68,4%) пациентов отмечалось незначительное расширение суставной щели, со сглаженностью суставной поверхности кости, что свидетельствует об эффективности процедуры для стимуляции репаративно-восстановительных процессов в поражённом суставе.

Во время лечения ОТП, каких - либо осложнений и побочных эффектов не отмечалось. Полученные результаты дали возможность убедиться в возможности уменьшения болевого синдрома, улучшения показателя эмоциональной сферы и способности больного к самообслуживанию.

**Выводы.** Применение внутрисуставной инъекции аутологичной, обогащённой тромбоцитами плазмы (ОТП) при лечении больных с остеоартрозом коленного сустава позволяет в большей степени уменьшить выраженность болевого синдрома и улучшить функцию коленного сустава.

Сопровождается увеличением объема движений в суставе, улучшением опорно-двигательной функции нижних конечностей, а также удлинением периода ремиссии заболевания и усилением мотивации к лечению.

#### **Список литературы.**

1. Ахмеров Р.Р. Применение технологии Plasmolifting в травматологии и восстановительной медицине / Р.Р. Ахмеров, Р.Ф. Зарудий, Ф.Р. Хайруллин // Сборник методических рекомендаций по применению тромбоцитарной аутологичной плазмы. Технология Plasmolifting™. – Москва, 2016. – С.24-33.
2. Горбатенко А.И., Костяная Н.О. Применение обогащённой тромбоцитами аутоплазмы в комплексной терапии остеоартроза коленных суставов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2016. № 2. С.40-43.
3. Губарь Е.А., Плеханов А.Н., Ринчинов Р.Д., Алексеев С.А. Опыт применения обогащённой тромбоцитами аутоплазмы в лечении остеоартроза коленного сустава // Вестник Бурятского Государственного Университета «Медицина и Фармация» № 3. С.42-45.
4. Колесников С.В. Оценка консервативного лечения больных коксартрозом II-III стадии по различным шкалам и тестам / С.В. Колесников, К.В. Колчанов, Э.С. Колесникова, М.С. Тертышная // Гений ортопедии. — 2013. — №3. — С. 33–36.
5. Халимов Э. В., Савельев С.Н., Халимов Р.Ф., Нуриев Э.А., Окчуренко А.А. Возможности применения обогащённой тромбоцитами аутоплазмы в лечении остеоартроза коленного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2016. № 3. С. 23-25.

*Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.*

### **ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

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

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) рассматривается в настоящее время как неинфекционная пандемия, охватившая большинство стран планеты. В настоящее время на планете только лишь по обращаемости насчитывается 366 млн. больных с СД (7% населения всего мира), причем около 50% из них приходится на наиболее активный, трудоспособный возраст 40-59 лет. Учитывая темпы распространения этого заболевания, эксперты Всемирной Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты [1,5]. Заболеваемость и смертность больных СД от сердечно-сосудистых заболеваний в 5 раз выше, поражение магистральных артерий нижних конечностей в 3-5 раз чаще. А частота критической ишемии в 5 раз выше, чем в остальной популяции. СД – полиэтиологическое заболевание и факторы, способствующие развитию его осложнений, требуют вовлечения всех современных профилактических, диагностических и лечебных возможностей [4]. Синдром диабетической стопы (СДС) является одной из

важнейших проблем, требующих качественного подхода в лечении, как медикаментозного, так и хирургического. Согласно официальным статистическим данным в России в 2011 г. зарегистрировано 3,27 млн больных сахарным диабетом. Однако реальная численность в 3-4 раза превышает зарегистрированную, достигая 10 млн человек [2,3].

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения при осложненных формах синдрома диабетической стопы (ОФ СДС).

**Материал и методы исследования.** В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 79 больных с осложненными формами СДС (диабетическая стопа IV-V ст. по Вагнеру), госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутого на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3. Среди них мужчин было 51 (64,5%), женщин – 28 (35,5%). Возраст больных колебался от 30 до 70 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 2 (2,5%), СД 2-го типа - у 77 (97,5%). Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследования биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по клиническим признакам и состояние регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии стопы. Для оценки микрогемодинамики и тканевого обмена на этапах лечения исследовали динамику транскутанного напряжения кислорода ( $TspO_2$ ) с помощью аппарата TSM-400 фирмы «Radiometer» (Дания). Прогноз возможностей сохранения опорной функции стопы, основывается также на комплексной оценке состояния артериального кровотока по данным ангиографии сосудов нижних конечностей. Ангиография выполняли при помощи аппарата Simens (Германия).

**Результаты исследования и их обсуждение.** На фоне комплексного лечения с целью дистализации уровня ампутации и сохранения опорной функции стопы при сохранённом магистральном кровотоке, у 42 больных применяли двухэтапную оперативную тактику, на первом этапе была произведена трансметатарзальная ампутация, в последующем осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом, толщиной от 0,2 до 0,4 мм взятым с передне-наружной поверхности бедра. Показателем готовности раны послеоперационной культы к кожной пластике служило наличие равномерных, зернистых, сочных и достаточно плотных некроточащих грануляций, с умеренным отделяемым и развитой периферической эпителизацией по краям раны. После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутowymi швами. Хорошая фиксация ауто трансплантата в ране является необходимым условием его приживления. На донорский участок также накладывали кожные узловые швы. В 29 случаях отмечено полное приживление трансплантата в 9 случаях - частичное приживление и лишь у 4 больных произошел полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях корригированного углеводного обмена и сохраненной регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности.

Реампутации конечности, после малых хирургических вмешательств, выполнены лишь 12 (28,5%) больным (2-ампутация на уровне в/3 голени, 10-ампутация на уровне в/3 бедра). Высокие ампутации конечностей больным произведены из-за прогрессирующего гнойно-некротического процесса и сохраняющейся критической ишемии конечности, после предшествовавших трансметатарзальной ампутации стопы по поводу гангрены. Частота первичных высоких ампутаций составила 13 (17,8%) случаев (11-ампутации на уровне в/3 голени, 2-ампутация на уровне с/3 бедра).

При сохраненном магистральном кровотоке на нижней конечности, подтвержденной данными ультразвуковой доплерографии, у 12 - больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, произведена ампутация на уровне верхней трети голени с рассечением культы и иссечением всех сухожилий. При этом одновременно произведена некрэктомия и внутрикожно вдоль краев раны, отступая на 1,5-2 см проксимальнее, проведены две спицы Киршнера. Свободные концы обеих спиц сближали и фиксировали лигатурой так, чтобы не было натяжения краев рассеченной культы голени. После очищения раны культы от некроза, ликвидации признаков воспаления и появления грануляции производили формирование культы с активно-проточным дренированием и орошением раствором декасана. Применение данного способа позволяет надежно фиксировать края рассеченной культы голени, предупреждая выворачивание краев раны и в последующем, дает возможность формировать функционально выгодную культю без кожных дефектов. При этом улучшаются процессы регенерации, и снижается риск возникновения вторичных гнойных осложнений. При развитии сепсиса и переходе процесса из голени на бедро выполнены реампутации на уровне бедра лишь у 4 (5,6%) больных. Летальность удалось снизить до 6,3%. У 12 больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, произведена ампутация на уровне бедра. После опиления бедренной кости обработана и наложена пластина Тахокомб для профилактики послеоперационных гематом культы. При визуальной оценке мышцы при наличии бледно-розового цвета с малым капиллярным кровотоком и не сокращения мышцы, произведено формирование культы путём наложения фасциальных и кожных швов с одним активно-проточным дренированием под фасцией. Применение данного способа позволяет не нарушать микроциркуляцию мышц. При этом улучшаются процессы регенерации, и снижается риск возникновения вторичных гнойных осложнений.

#### **Выводы**

1. Основным моментом в лечении больных с ОФ СДС является правильный выбор уровня ампутации, при котором необходимо придерживаться функционально-щадящей тактики с сохранением коленного сустава с перспективой последующего протезирования, что способствует предотвращению развития рецидивов СДС и улучшению качества жизни больных
2. Модифицированный способ формирования культы - во первых при неушивании мышцы в процессе формирования культы, существенно не нарушается их кровоснабжение. Во вторых – наложение швов приводят к критическому ухудшению микроциркуляции которое, вызывает мионекроз с последующей несостоятельностью культы.

## Список литературы

1. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы. Вестник хирургии. Том 175. № 5.2016. с. 63-68.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Анналы хир. 2013, №6. С.48.
3. Галимов О.В., Ханов В.О., Иванов А.В. и др. Комплексный подход в терапии больных с синдромом диабетической стопы // Хирургия. 2014. №3. С.80-85.
4. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. и др. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // Вестник хирургии. Том 174. №5. 2015. С. 61-65.
5. Дедов И. И., Шестаковой М. В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» // Сахарный диабет. 2013. Т. 16, №25. Спецвыпуск 2. С. 2-16.

*Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.*

## НЕКРОТИЗИРУЮЩАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

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

**Актуальность.** Проблема лечения хирургических инфекций мягких тканей за последние годы не только не потеряла актуальности, но и приобрела новое значение, что обусловлено, с одной стороны, неуклонным ростом числа больных с признаками вторичной иммунодепрессии, с другой - изменением структуры и свойств доминирующих микробных возбудителей [1,4]. В структуре гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей существуют формы хирургических инфекций, которые характеризуются прогрессирующим некрозом фациальных образований, отличающихся особой тяжестью клинического течения, сопровождаясь развитием эндотоксинемии с исходом в тяжёлый сепсис и полиорганную недостаточность с летальным исходом [2,3,5].

**Цель исследования.** Целью исследования является улучшение результатов диагностики и хирургического лечения некротизирующих инфекций мягких тканей.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 82 больных с различными формами НИМТ за период 2010-2018 г.г., госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 42(51,2%), женщин 40(48,8%). Возраст больных варьировал от 28 до 84 лет. Наибольшее число составили больные в возрасте от 40 до 53 лет. Среди них у 32 (39,1%) больных имело место некротическая форма рожи, у 50 (60,9%) - некротизирующий фасциит и мионекроз. У 56(68,2%) пациентов патологический процесс локализовался в области нижних конечностей. В анамнезе более чем у 90% больных выявлены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали сахарный диабет – 85,3%, гипертоническая болезнь - 91,4%, атеросклероз и ИБС - 75,6% и анемия разной степени тяжести у 74,3% пациентов. Диагноз НИ устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследования биоптатов тканей, изучали динамику течения раневого процесса по клиническим признакам. Состояние регионарной гемодинамики устанавливали по данным ультразвуковой доплерографии, степень распространённости костной деструкции по данным рентгенографии. Возбудитель верифицировали с помощью качественного и количественного бактериологического исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные поступали в тяжёлом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие некрэктомии. Почти всем больным потребовались этапные некрэктомии, в связи с развитием вторичных некрозов. В зависимости от степени вовлечённости в патологический процесс мягких тканей можно выделить следующие формы некротизирующей инфекции мягких тканей и от глубины поражения патологическим процессом больные выделены: инфекции 1-го уровня - некротическая рожа у 32 (39,1%) больных, 2-го уровня - некротизирующий фасциит у 33-х (40,2%) пациентов и 3-ий уровень – мионекроз у 17 (20,7%) больных. Некротическая форма рожи в своём развитии проходит последовательный путь от неосложнённых форм к осложнённым. Диагностика заболевания, как правило, не представляет трудностей, а показанием к хирургическому лечению являлся некроз кожи. Клиническая картина некротизирующего фасциита (n=33) и мионекроза (n=17) на ранних стадиях имеют существенные отличия и характеризуются отсутствием патогномичных признаков. Характерными симптомами являлись интенсивная боль (жгущего, распирающего характера), отёк на фоне незначительной гиперемии кожи. Местные проявления сопровождались выраженными признаками системной воспалительной реакции, при этом обращало на себя внимание несоответствие тяжести общего состояния больного местному статусу заболевания. Отсутствие гноя в очаге воспаления при пункции и по результатам УЗИ у 21 больного трактовался как серьёзная фаза воспаления, и показания к оперативному лечению не выставлялись. В последующем, прогрессирование патологического процесса приводило к вторичным изменениям - некрозу кожи, диагноз становился очевидным, однако хирургическое лечение на этой стадии нельзя считать своевременным. При исследовании посевов из гнойных очагов у 42 (51,2%) больных микробные ассоциации включали от 2 до 4 видов микроорганизмов, причем смешанная (анаэробно- аэробная) инфекция диагностирована у 31 больных (45,5%), только аэробная у 27 (39,7%), в 10 (14,8%) рост микроорганизмов не обнаружена, несмотря на продолжающегося гнилостно-некротического процесса в мягких тканях.

Показатели летальности при этих формах НИМТ составляли 26 (31,7%) больных. Частота первичных высоких

ампутаций при этом составила 14 (17,1%). Этапные, высокие ампутации конечности, после вскрытия и малых хирургических вмешательств, выполнены лишь у 6 (7,3) больных, а у 36 больных формировались обширные постнекрэктомические дефекты, требующие пластического закрытия. В этой связи сложно переоценить актуальность ранней диагностики заболевания. Во всех сомнительных ситуациях, не позволяющих исключить диагноз некротизирующей инфекции (n=11) прибегали к диагностической операции, позволяющей визуально оценить состояние мягких тканей и при необходимости перевести эту манипуляцию в разряд лечебных. Интраоперационно обнаруживались следующие данные, свидетельствующие о некротизирующей инфекции: подкожная жировая клетчатка, фасция в ране тусклые или некротизированы, пропитаны мутным экссудатом. Объем операции при этом включало в себя нанесение протяженных разрезов и мобилизации кожно-жировых лоскутов в пределах очага инфекции, некрэктомию, дренирование раны и подлоскутного пространства рыхлыми марлевыми тампонами, пропитанными растворами перекиси водорода. Этапные хирургические обработки выполнялись в интервале 12-24 ч, хирургическое лечение дополнялось комплексным консервативным.

Следствием хирургического лечения некротизирующей инфекции неизбежно становились обширные послеоперационные раны, требующие пластического закрытия. При этом хирургическое лечение изначально выполнялось на фоне формирования вторичных некрозов кожи, что сопровождалось значительными потерями кожи, раневой дефект становился обширным, что зачастую позволяло закрыть его лишь с помощью свободной кожной пластики расщепленным трансплантатом из-за обширности дефекта в нескольких этапах, принципиально не позволяющим восстановить полноценный кожный покров (n=21). У 36 (43,9%) больных, осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведены пластические замещения дефектов тканей свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом, толщиной от 0,2 до 0,4 мм взятым с передне-наружной поверхности бедра и измеряли ТсрО<sub>2</sub> до пластики. У этих больных ТсрО<sub>2</sub> находилось в пределах 31-42 мм.рт.ст. (среднее значение 35,8±2,4 мм.рт.ст.). Всем больным перед аутодермопластикой брались посевы раневого отделяемого, в 100 процентах- посев роста не дал. Показателем готовности раны к кожной пластике служило наличие равномерных, зернистых, сочных и достаточно плотных некроотоочащих грануляций, с умеренным отделяемым и развитой периферической эпителизацией по краям раны. После пересадки лоскут фиксировали к культю узловыми швами (Vicry Plus 3-0). Хорошая фиксация аутодермотрансплантата в ране является необходимым условием его приживания. На пересаженные участки кожи и раны бедра накладывались повязки Branolind-N. Последующие перевязки также выполнялись с использованием Branolind N. Средний срок нахождения больных в стационаре после выполненной аутодермопластики - 12 суток. При этом первую перевязку больным производили через трое суток и в течении всего этого времени повязку постоянно смачивали раствором декасана. В 30 (83,3%) случаях отмечено полное приживание трансплантата, в 4 (11,1%) случаях- частичное приживание и лишь у 2 (5,5%) больных произошел полный некроз трансплантата. Приживание трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и сохраненной регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности. Основным противопоказанием к выполнению аутодермопластики были тяжелые общие состояния больных, вследствие декомпенсации сахарного диабета, прогрессирующее его осложнений и сопутствующих заболеваний.

Высокие ампутации у больных с некротизирующей инфекцией на нижних конечностях произведены 14 больным на уровне бедра, что составило – (17,1%). У 6 (7,3%) - больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, после малых операций, произведены высокие ампутации на уровне в/3 голени. Летальность после высоких ампутаций произошли у 8 (40%) из 20 больных. Общая летальность составила - 21,9%. (18-больных). Основными причинами смерти больных были острая сердечно - сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

**Выводы.** Таким образом, во всех сомнительных ситуациях, не позволяющих исключить диагноз некротизирующей инфекции, полностью следует прибегать к диагностической операции, позволяющей визуально оценить состояние мягких тканей и при необходимости перевести эту манипуляцию в разряд лечебных.

#### **Список литературы.**

1. Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы, осложнённого гнойно-некротическими процессами//Вестник Авиценна.2014; (2):69-73.
2. Алиев С. А., Алиев Э. С., Зейналов Б. М. Гангрена Фурнье в свете современных представлений //Хирургия. 2014; (4): 34-39.
3. Алиев С. А., Алиев Э. С., Некротизирующий фасциит: узловы аспекты проблемы в свете современных представлений//Вестник хирургия. 2015;(6): 106-110.
4. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Теплякова О.В., Дробушевская А.И., Пожиленкова Е.А., Моргун А.В., Шапран М.В., Коваленко А.О. Комбинированная озонотерапия в лечении инфекционных заболеваний мягких тканей у больных сахарным диабетом// Хирургия; 2015;(2): 63-69.
5. Гостищев В.К., Липатов К.В., Комарова Е.А. Стрептококковая инфекция в хирургии//Хирургия. 2015; (12): 14-17.

*Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.*

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

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

**Актуальность.** В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 366 млн. больных с сахарным диабетом (СД) (7% население всего мира), причем около 50% из них приходится на наиболее активный трудоспособный возраст 40-59 лет. Учитывая темпы распространения этого заболевания, эксперты Всемирной

Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты. [2,5]. Заболеваемость и смертность больных СД от сердечно-сосудистых заболеваний в 5 раз выше, поражение магистральных артерий нижних конечностей в 3-5 раз чаще. А частота критической ишемии в 5 раз выше, чем в остальной популяции. СД – полиэтиологическое заболевание и факторы, способствующие развитию его осложнений, требуют вовлечения всех современных профилактических, диагностических и лечебных возможностей. [3,4]. Высокая частота развития диабетической нейропатии, снижение активности репаративных процессов, свидетельствуют о необходимости включения у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы в комплексное лечение препаратами нейротропного действия, которые активизируют процессы очищения раны и её репарации.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с осложненными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы.

**Материалы и методы исследования.** В нашем исследовании изучены результаты лечения 42 больных с осложненными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы. Длительность сахарного диабета составляла от 10 до 20 лет. Мужчин было 24 (57,2%), а женщин 18 (42,8%). Больные были разделены на основную группу - 22 (52,3%) и контрольную-20 (47,7%). Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследования биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по клиническим признакам и состояние регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степени распространённости костной деструкции по данным рентгенографии стопы. Электронейромиография (ЭНМГ) позволила оценить функциональное состояние периферических нервов и мышц. При проведении ЭНМГ анализировали скорость проведения импульса по нерву, латентный период, амплитуду м-ответа. ЭНМГ проводили аппаратом нейромиографом NMV-5 фирмы Sinapsis, производства Германии с Данией. После анализа жалоб больных с подозрением на ДПН тщательно осмотрели стопы и провели исследование тактильной, болевой, температурной, вибрационной чувствительности.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В процессе и на 10, 20 и 30-ые сутки лечения у больных основной группы определили тактильную, болевую, температурную, вибрационную чувствительность, что указывает на наличие у больных улучшения нейропатии. При определении тактильной чувствительности пациенты ощущали два прикосновения, болевая чувствительность чувствовали боль от укола и температуру, а также улучшилась вибрационная чувствительность. Электронейромиография (ЭНМГ) позволила оценить функциональное состояние периферических нервов и мышц. При проведении ЭНМГ анализировали скорость проведения импульса по нерву, латентный период, амплитуду м-ответа. ЭНМГ проводили аппаратом нейромиографом NMV-5 фирмы Sinapsis, производства Германия. Исследование проводилось в Республиканском национальном диагностическом центре. Проведённая электронейромиография (n=24) позволила выявить отклонения у пациентов с отсутствием клинических признаков поражения периферической нервной системы (табл. 1).

Таблица 1

Результаты ЭНМГ до и после лечения (M±m)

Исследуемые группы	Большеберцовый и малоберцовый нерв (до лечения)			Большеберцовый и малоберцовый нерв (после лечения)		
	СПИ (м/с)	Амплитуда М-ответа (мВ)	Латентный период (м/с)	СПИ (м/с)	Амплитуда М-ответа (мВ)	Латентный период (м/с)
Основная группа (n=12)	18,4 ± 0,3	2,1 ± 0,1	4,25 ± 0,05	15,3 ± 0,2	1,8 ± 0,5	3,73 ± 0,06
Контрольная группа (n=12)	18,6 ± 0,4	2,2 ± 0,2	4,29 ± 0,07	15,4 ± 0,3	1,7 ± 0,4	3,86 ± 0,07
P	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

**Примечание:** р-статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Результаты исследования показали снижение скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нерву у всех пациентов основной и контрольной группы. А также отмечалось увеличение латентного периода у двигательных нервов нижних конечностей. Независимо от степени выраженности нейропатии, больным основной группы назначили инсулипон. В комплексное лечение больных обеих групп включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная и общеукрепляющая терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводилась плазмо-гемотрансфузия.

При поступлении у больных обеих групп на ЭНМГ отмечалось снижение скорости проведения импульса, амплитуда м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нерву, а также отмечалось увеличение латентного периода у двигательных нервов нижних конечностей. На 8-10 сутки традиционного лечения эти явления сохранились. Внутривенная инфузия 600 мг инсулипона в течение 10 дней в комплексном лечении у больных основной группы с осложненными формами синдрома диабетической стопы приводил к повышению скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нерву, а также отмечалось уменьшение латентного периода у двигательных нервов нижних конечностей. При поступлении у всех больных в ране имелись участки некротизированных и частично лизированных тканей. Сроки очищения ран от некротических тканей в основной группе составили 8-10 суток. Появление грануляции наблюдалось через 10 суток. Во второй группе (контрольной) эти показатели соответствовали, очищение раны наблюдалось на 14-16 сутки, уменьшение отёков, гиперемии и появление признаков грануляции начало на 16-18 сутки. Клиническая эффективность инсулипона путем в/в введения в



комплексе консервативной терапии пациентов наблюдали у больных основной группы по сравнению с традиционной терапией, что способствовало более выраженному повышению скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нерву.

В целом, у больных основной группы анализ динамики клеточных элементов цитогрaмм отражает благоприятное течение раневого процесса. Существенный клинический эффект отмечался уже после 10 дней терапии, в отличие от контрольной группы. У пациентов основной группы снизилась интенсивность спонтанных болевых ощущений, возросла вибрационная, тактильная и температурная чувствительность соответственно в 3 и 4 раза. Средний срок заживления язв в основной группе составил  $14,48 \pm 3,02$  койко-дней и  $21,0 \pm 4,35$  – в контрольной. Хирургическому вмешательству были подвергнуты все больные, которым выполнены некрэктомия – 11 больных, экзартикуляция пальцев стопы с последующей резекцией головок плюсневых костей у 11 больных, вскрытие флегмоны стопы и голени у 8 и трансметатарзальные ампутации стопы у 5 больных. Частота высоких ампутаций у больных контрольной группы составила 5 (25,0%) а в основной группе составлял лишь у 2 (9,1%) больных. Этапные, высокие ампутации конечности, после малых хирургических вмешательств у 2 больных контрольной группы. Общая летальность у больных, контрольной группы 15% (3-больных). Основной причиной смерти больных были явления продолжающегося эндотоксикоза. При использовании инсулипона у больных основной группы летальность наступила у 1 (4,5%) больного, причиной которого был инфаркт миокарда.

**Выводы.** Таким образом, высокая частота развития диабетической нейропатии, снижение активности репаративных процессов, свидетельствуют о необходимости включения у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы в комплексное лечение препаратами нейротропного действия, которые повышают скорость проведения импульса, по малоберцовому и большеберцовому нерву, а также уменьшает латентный период у двигательных нервов нижних конечностей, активизирует процессы очищения раны и её репарации и снижает количество высоких ампутаций и госпитальной летальности.

#### Список литературы

1. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы // Вестник хирургии. Том 175. № 5.2016. с. 63-68.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Анналы хир. 2013, №6. С.48.
3. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // Вестник хирургии. Том 174. №5. 2015. С. 61-65.
4. Дедов И. И., Шестаковой М. В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» // Сахарный диабет. 2013. Т. 16, №25. Спецвыпуск 2. С. 2-16.
5. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свёртывающей системы крови у больных с синдромом диабетической стопы // Здоровоохранение Таджикистана. №3. 2017. С. 55-61.

*Наджбидинов М. Дж., Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д.*

#### КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО–МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Травматизм, в частности, черепно–мозговая травма, становится в XXI веке все более актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом. В развитых странах травматизм в структуре причин смерти населения следует за сердечно – сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

Нейротравма остается одной из наиболее трудных и нерешенных задач здравоохранения. Эта ситуация усугубляется в настоящее время еще и тем, что в связи с нарастанием технического прогресса ежегодно увеличивается число травматических случаев среди населения.

Если учесть, что в наибольшей степени от травматизма страдают молодые люди, то становится понятным, почему по наносимому обществу суммарному экономическому и медико–социальному ущербу травматические поражения и, прежде всего, черепно–мозговые травмы, занимают первое место, опережая сердечно–сосудистые и опухолевые заболевания. Черепно–мозговая травма обуславливает как прямые затраты на оказание экстренной, стационарной помощи и последующей реабилитации пострадавших, так и весьма значительные не прямые расходы на адаптацию выживших с последствиями черепно–мозговой травмы.

При этом следует отметить, что соответствующие исходы лечения черепно–мозговой травмы в значительной степени зависят от своевременности и качества оказания пострадавшим медицинской помощи [2,4].

В связи с компенсаторными механизмами организма диагностика тяжести состояния больных в остром и особенно в отдаленном периоде после травмы крайне сложна, что часто приводит к затруднению в оценке неврологических последствий. Данное обстоятельство определяет поиск дальнейших объективных подходов к оценке функционального состояния головного мозга при разных формах закрытой черепно–мозговой травмы в остром периоде, с применением комплексной оценки нейропсихологических методов обследования, чем и обуславливает актуальность данной проблемы.

В отдаленном периоде независимо от тяжести перенесенной травмы у 40–60% больных отмечаются стойкие неврологические расстройства, которые могут приводить к инвалидизации.

Поражение нервной системы при закрытой черепно–мозговой травме стоит на первом месте по значимости. Это связано с множеством патогенетических поражений центральной нервной системы [1,3,5].

Когнитивные нарушения, включая деменцию, вызывают повышенный интерес мирового медицинского сообщества к организации системы здравоохранения и врачей.

Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира. К когнитивным функциям относятся память, гнозис, речь, праксис и интеллект.

Для оценки когнитивных функций используются нейропсихологические методы исследования. Они представляют собой различные тесты и пробы на запоминание и воспроизведение слов и рисунков, узнавание образов, решение интеллектуальных задач, исследование движений и т.д. Полное нейропсихологическое исследование позволяет выявить клинические особенности когнитивных нарушений и поставить топический диагноз. Умение диагностировать когнитивные нарушения на ранней стадии становится все более важной задачей для врачей.

**Цель исследования.** Изучить особенности когнитивных нарушений при черепно–мозговой травме с помощью нейропсиходиагностического тестирования. Установить частоту клинического течения когнитивных нарушений по поводу закрытой черепно–мозговой травмы. Определить выраженность когнитивных нарушений у больных с закрытой черепно–мозговой травмой.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положен анализ 95 больных, получивших черепно–мозговую травму в период от 01.01.2019г по 15.09.2019г находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”. Возраст обследованных больных колебался от 18 до 89 лет. Средний возраст 36 лет. Мужчин было 68 (71.6%), женщин – 27 (28.4%).

**Таблица 1. Распределение больных по полу**

Мужчины	68	71.6%
Женщины	27	28.4%
Всего	95	100%

Среди распространенности травматизма преобладал бытовой травматизм 65 (68.4%), автотранспортную травму получили 27 (31.6%).

**Таблица 2. Вид травматизма**

Бытовая травма	65	68.4%
Транспортная травма	30	31.6%
Всего	95	100%

Среди всех черепно–мозговых травм на долю сотрясения головного мозга приходился 71 (74.7%) случай, ушиба головного мозга легкой степени – 9 (9.5%), ушиба головного мозга средней степени – 4 (4.2%), ушиба головного мозга тяжелой степени – 11 (11.6%).

**Таблица 3. Распределение больных по нозологии**

Сотрясение головного мозга	71	74.7%
Ушиб головного мозга легкой степени	9	9.5%
Ушиб головного мозга средней степени	4	4.2%
Ушиб головного мозга тяжелой степени	11	11.6%
Всего	95	100%

Диагноз был установлен на основании клинико–неврологических, лабораторных, нейроофтальмологических, рентгенологических, компьютерно–томографических данных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследование провели с помощью клинических данных и шкалы краткого исследования психического статуса (MMSE) (Mini–Mental State Examination). В исследовании использовалась бальная система– критерия : ориентация (5 баллов), запоминание (3 бала), внимание и счет (5 баллов), воспроизведение (3 бала), речь (от 1 до 3 баллов) и конструктивный праксис (1 бал). В итоге сумма составляла 30 баллов. В исследование не были включены пациенты с психическими заболеваниями. С помощью программы Microsoft Office Excel 2010 (в среде Windows) был произведен вариационно статический анализ данных среди всех больных. У 47 (49.5%) пациентов не было нарушений когнитивных функций (28 – 30 баллов). У 23 (24.2%) пациентов наблюдались умеренные когнитивные расстройства (24 – 27 баллов). Деменция легкой степени выраженности наблюдалась у 11 (11.6%) пациентов (20 – 23 балла). У 7 (7.4%) пациентов отмечена деменция умеренной степени выраженности (11 – 19 баллов). Тяжелая деменция наблюдалась у 5 (5.3%) пациентов (0 – 10 баллов). У 2 (2.0%) пациентов, которые находились в состоянии вегетативного статуса в остром периоде закрытой черепно–мозговой травмы, не было возможности провести данное исследование.

**Таблица 4. Распределение больных по уровню когнитивных нарушений.**

Нарушение когнитивных функций не наблюдалось	47	49.5%
Умеренные когнитивные расстройства	23	24.2%
Деменция легкой степени выраженности	11	11.6%
Деменция умеренной степени выраженности	7	7.4%
Деменция тяжелой степени выраженности	5	5.3%
Невозможность исследования в связи с вегетативным статусом больного	2	2.0%
Всего	95	100.0%

**Выводы.** Когнитивные нарушения у пациентов по поводу закрытой черепно–мозговой травмы составили 48 (50.5%). У 47 (49.5%) когнитивные нарушения не были отмечены. У 2 (2.0%) в связи с состоянием вегетативного статуса не было возможности провести данное исследование.

Таким образом, клиническая картина когнитивных дисфункций у наблюдаемых нами пациентов выражалась в снижении умственной работоспособности, внимания, памяти, что явилось причиной их социально-бытовой дезадаптации и снижения качества жизни.

#### Список литературы

1. Лёвкин, О. А. Тактика ведения пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе / О.А. Лёвкин, К.В. Сериков // Скорая медицинская помощь. – 2014. – № 4. – С.18-20.
2. Крылова, В. В. Лекции по черепно-мозговой травме / В.В. Крылова. – М.: Медицина, 2010. – 320 с.
3. Исхаков, О. С. Внутрочерепное и церебральное перфузионное давление в патогенезе тяжелой черепно-мозговой травмы у детей и прогнозе исходов / О.С. Исхаков // Детская хирургия. – 2008. – №5. – С. 32-47.
4. Яковенко, И.В. Медико-социальные аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы и пути совершенствования медицинской помощи пострадавшим (в городах с различной численностью населения)/И. В. Яковенко // Автореф. д-ра мед. наук. СПб.:– 2008.
5. A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury /Cicerone, K. D. Mott T. Azulay J. et al. // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2008. – Vol. 89, № 12. – P.2239 – 2249.

*Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Негматов Д.*

### СОСТОЯНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ ДИСТОНИЙ

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Таджикистан

**Актуальность.** В нашей стране среди кардиологов и терапевтов наиболее признанным обозначением дисрегуляторных расстройств сердечно-сосудистой системы является термин «нейроциркуляторная дистония» (НЦД), впервые предложенный Г.Ф.Лангом представлявшим НЦД как синдром, создающий опасность для развития гипертонической болезни.

В настоящее время нейроциркуляторная дистония (НЦД) рассматривается как полиэтиологическое функциональное заболевание сердечно – сосудистой системы, в основе которого лежат расстройства нейроэндокринной регуляции с множественными и разнообразными клиническими симптомами, возникающими или усугубляющимися на фоне стрессовых воздействий, отличающиеся доброкачественным течением, хорошим прогнозом, не приводящие к кардиомегалии и сердечной недостаточности.

Работы последних лет подтвердили возможность активизации местных гормонов, повреждающих, в частности, миокард, в условиях нарушенной нейрогуморальной и регуляции сердечно-сосудистой системы, вызывая изменения типа дистрофии.

Состав и концентрация свободных аминокислот в сыворотке крови чувствительны к изменению функционального состояния организма. Нарушение аминокислотного обмена в организме человека играет важную роль в патогенезе некоторых болезней нервной системы как наследственных, так и приобретенных. Работ об обмене аминокислот при нейроциркуляторной дистонии очень мало и данные при этом противоречивы. Особенно мало работ по изменению концентрации аминокислот в результате лечения различными препаратами.

Актуальность изучения обусловлена тем, что до настоящего времени не систематизированы многообразия клинических симптомов в зависимости от формы сосудистой дистонии. Нет анализа об информативности тех или иных инструментальных исследований. Недостаточно сведений о роли аминокислотного обмена при различных формах НЦД и возможности использования этих показателей в оценке тяжести заболеваний и эффективности их лечения.

**Цель исследования.** Изучить состояние аминокислотного обмена при различных формах нейроциркуляторных дистоний с установлением количественных и качественных критериев оценки.

**Материал и методы исследования.** Сделан анализ аминокислотного обмена 54 больным с различными формами нейроциркуляторной дистонии и 10 практически здоровых людей.

Из показателей аминокислотного обмена определяли концентрацию тирозина и фенилаланина, так как эти аминокислоты являются предшественниками катехоламинов. Концентрация этих кислот определяли в сыворотке крови. Кровь для определения аминокислотного состава брали из вены локтевого сгиба. Кровь сразу после отбора центрифугировали при 3000 об/мин. В течение 20 минут для получения сыворотки, которую затем до исследования хранили в морозильнике. Определяли содержание и состав свободных аминокислот с помощью автоматического аминокислотного анализатора марки Т-339, фирмы “Microtechna” (Чехословакия).

Все показатели катехоламинового и аминокислотного обмена определяли у больных до и после лечения. При этом контролем служили результаты исследования этих показателей у практически здоровых людей. Состав свободных аминокислот и аминокислотный состав пептидов сыворотки крови определяли с помощью аминокислотного анализатора марки Hitfching АН Фирмы “JEOL” Япония.

Обработка собранного материала осуществлялась на компьютере “Pentium-4” с использованием стандартных и специальных математико-статистических программ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты показателей аминокислотного обмена отображены в таблице 1

Из таблицы видно, что во всех формах отмечается достоверное увеличение концентрации тирозина и фенилаланина. При этом отмечается существенное увеличение концентрации тирозина и фенилаланина при гипотонической и кардиальной форме. На втором месте смешанная и гипертоническая форма.

### **Состав свободных аминокислот в сыворотке крови больных различной формы нейроциркуляторной дистонии (в моль %)**

Амино-кис-лота	Контроль-ная группа (n=10)	Кардиаль-ная форма (n=15)	Гипертони-ческая форма(n=13)	Гипони-ческая форма (n=13)	Смешанная форма (n=13)
Тирозин	0,025+0,001	0,138+0,036	0,118+0,025	0,153+0,051	0,128+0,022
Фенил-аланин	0,047+0,004	0,110+0,09	0,088+0,013	0,150+0,046	0,094+0,018

Результаты показателей аминокислотного обмена после лечения в сравнении со здоровыми отображены таблице 2.

### **Состав свободных аминокислот в сыворотке крови больных различной формы нейроциркуляторной дистонии после лечения (в моль %)**

таблица 2.

Амино-кис-лота	Контроль-ная группа (n=10)	Кардиаль-ная форма (n=15)	Гипертони-ческая форма(n=13)	Гипони-ческая форма (n=13)	Смешанная форма (n=13)
Тирозин	0,025+0,001	0,136+0,038	0,115+0,028	0,138+0,032	0,200+0,038
Фенил-аланин	0,047+0,004	0,115+0,025	0,079+0,005	0,100+0,024	0,083+0,024

Из таблицы видно, что после лечения концентрации тирозина и фенилаланина снижается значительно и при всех формах НЦД остается выше нормы.

Таким образом, несмотря на отсутствие клинических симптомов, после проведенного лечения показатели аминокислотного обмена не возвращаются до исходного уровня, отмечаемого в норме. Наибольшая разница отмечается при кардиальной и смешанной форме. Более объективным критерием эффективности лечения является возвращение концентрации тирозина и фенилаланина до уровня, отмечаемого у здоровых людей.

**Выводы.** Таким образом, динамика значений аминокислотного обмена показывает, что эти показатели можно использовать для дифференциальной диагностики, контроля эффективности лечения и для оценки тяжести заболевания.

#### **Список литературы.**

1. Каретникова В. Оценка прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента st и сахарным диабетом 2- го типа / В. Каретникова//Кардиология.-2013.-№4.-С.12-18.
2. Хайбуллина З.Р.Характеристика метаболических нарушений у больных с различными типами поражения коронарных артерий при ишемической болезни сердца /З.Р.Хайбуллина, Л.Г.Баженов, И.В. Косникова//Вестник НГПУ-2014 -№5.-С,137-145
3. Sudha J. Antioxidant status and level of oxidants in patients od coronary heart disease. International Journal of Biomedical and Advance Research, 2013, Vol. 4 pp 824-826.

*Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Наджбидинов М.Дж*

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИМТОМОВ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ**

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Одно из самых распространенных заболеваний сердечно- сосудистой системы человека – сосудистые дистонии. Долгие годы сосудистая дистония рассматривалась как функциональное заболевание согласно которому при так называемой функциональной патологии имеется и морфологический субстрат болезни, который первоначально развивается только на молекулярном, субклеточном или клеточном уровне.

Работы последних лет подтвердили возможность активизации местных гормонов, повреждающих, в частности, миокард, в условиях нарушенной нейрогуморальной и регуляции сердечно-сосудистой системы, вызывая изменения типа дистрофии.

В настоящее время нейроциркуляторная дистония (НЦД) рассматривается как полиэтиологическое функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы, в основе которого лежат расстройства нейроэндокринной регуляции с множественными или усугубляющимися на фоне стрессовых воздействий, отличающиеся доброкачественным течением, хорошим прогнозом, не приводящие к кардиомегалии и сердечной недостаточности.

Следует отметить что нейроциркуляторной дистонией болеют преимущественно молодые люди- дети, подростки, молодые мужчины и женщины, однако, развитие болезни возможно и в более старшем возрасте.

Актуальность изучения обусловлена тем, что до настоящего времени не систематизированы многообразия клинических симптомов в зависимости от формы сосудистой дистонии. Нет анализа об информативности тех или иных инструментальных исследований.

**Цель исследования.** Изучить взаимодействие комплекса клинической симптоматики у больных с различной формой сосудистой дистонии.

**Материал и методы исследования.** Материалы нашего исследования базируются на данных четырехлетней обращаемости населения за медицинской помощью во все типы лечебно-профилактических учреждений.

После алфавитизации и уточнения данных, на каждое лицо были заведены индивидуальные медицинские карты и на них перенесены подробный перечень симптомов, паспортные данные, сведения обращаемости за четыре года в лечебно-профилактическое учреждение, установленные при проведении медицинского осмотра .

Всего было выявлено 386 больных с сосудистой дистонией. Из них 232 (60,1%) были диагностированы как кардиальная форма, у- 68 (17,6%) гипертоническая у -45 (11,7%) гипотоническая у- 41 (10,6%) смешанная от общего

числа больных дистонией. Мужчин- 126 (32,6%) , Женщин -260 (67,4%).

Все больные, находящиеся под нашим наблюдением, подвергались тщательному изучению клинического, общесоматического и неврологического статуса, а также инструментальному и биохимическому обследованию. При изучении клинического статуса обращали внимание на жалобы, анамнез. При изучении соматического и неврологического статуса обращали внимание на рефлексы и неврологические реакции. Из инструментальных методов исследования были проведены: электрокардиография, рентгенография грудной клетки, черепа, позвоночника, состояние глазного дна, велоэргометрия, эхоэнцефалография.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами было обнаружено 38 симптомов, встречающихся при сосудистой дистонии. У каждого больного встречаются по меньшей мере от 9 до 26 симптомов . Для гипертонической формы характерно повышение артериального давления, а при гипотонической форме снижение, при кардиальной форме и смешанной формах такой зависимости нет. Пульс и частота сердечных сокращений при кардиальной форме склонно к тахикардии, а при гипотонической склонно к брадикардии. При гипертонической и смешанной форме то и другое встречается в равной степени. При гипотонической форме отмечается сонливость, а при других формах изменения незначительны. Потоотделение при гипотонической повышено, а при гипертонической снижено. Боли в области сердца в 100% случаев характерны для кардиальной формы, а при других формах встречается в 25-35% случаев. Головные боли и метеозависимость в 100% случаев встречаются при гипертонической форме. В других формах такая зависимость отмечается от 12- 80% случаев. Повышение температуры тела, изменение цвета кожи, дермографизм, влажность, слезотечение встречается в каждой форме нейроциркуляторной дистонии от 28- 73% случаев. При гипотонической форме влажность характерна в 100% случаев. Это связано с превалированием парасимпатической нервной системы. Другие симптомы встречаются в различных формах сосудистой дистонии в равной степени .

Такая полисимптомность часто вызывает трудности в дифференциальной диагностике форм. Все полученные формы были объединены в доминирующие синдромы и проведён анализ частоты встречаемости их при различных формах сосудистой дистонии.

Характерным для кардиальной формы сосудистой дистонии является кардиальный синдром. Однако достаточно часто (55%) этот синдром встречается при гипертонической форме. Следует отметить, что для кардиальной и гипертонической форм очень частыми синдромами являются гиперкинетический (84% и 92%) невротический (82% и 86%) аритмический (100% и 92%) и астенический (94% и 88%). Следует отметить что последний синдром достаточно часто встречается (93%) и при гипотонической форме. Из 6 доминирующих синдромов для кардиальной и гипертонической форм сосудистой дистонии является не характерным лишь респираторный (12% и 11%), остальные 5 встречаются довольно часто. При гипотонической и смешанной формах довольно частым синдромом является респираторный (82% и 64%) и астенический (93% и 54%). Такое распространение частоты встречаемости синдромом значительно затрудняет дифференциальную диагностику различных форм сосудистой дистонии.

**Выводы.** Таким образом, выделено 38 клинических симптома, встречающихся у больных сосудистой дистонии, которые объединены в 6 доминирующих клинических синдрома: кардиальный, гиперкинетический, неврологический, аритмический, респираторный, астенический. Анализ частоты встречаемости этих синдромов показывает на некоторые особенности их проявления в зависимости от формы сосудистой дистонии.

#### **Список литературы.**

1. Гоибзода М.А. Основные аспекты и перспективы межсекторальной деятельности по защите прав пациентов в Республики Таджикистан/М.А. Гоибзода, А.Г. Гоибов, Б.С. Негматов //Вестник таджикского национального университета.- 2019 - №2. С. 191-195.
2. Миняева В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – М МЕДпресс-информ , 2009. – 656 с.
3. Каретникова В. Оценка прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента st и сахарным диабетом 2- го типа / В. Каретникова//Кардиология.-2013.-№4.-С.12-18.
4. Хайбуллина З.Р.Характеристика метаболических нарушений у больных с различными типами поражения коронарных артерий при ишемической болезни сердца /З.Р.Хайбуллина, Л.Г.Баженов, И.В. Косникова//Вестник НГПУ-2014 -№5.-С.137-145
5. Sudha J. Antioxidant status and level of oxidants in patients od coronary heart disease. International Journal of Biomedical and Advance Research, 2013, Vol. 4 pp 824-826.

*Назаров И.Р., Раззоков А.А, Аскарлов А.Т, Хасанов Б.Н*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ХОНПРО-ritz» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ГОНАРТРОЗА**

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

**Актуальность.** Проблема деформирующего гонартроза занимает одно из ключевых мест в клинической ортопедии [1, 2, 3]. В начальных стадиях заболевания в комплексном лечении данного заболевания широкое распространение получило применение хондропротекторов и других компонентов гиалинового хряща [3], а при запущенных стадиях применяют эндопротезирование коленного сустава [1]. Если в предыдущем десятилетии актуальная проблема лечения деформирующих артрозов в организационном аспекте заключалась в отсутствии широкого выбора хондропротекторов, то в настоящее время она заключается в выборе наиболее эффективного препарата из многочисленных существующих в рынке лекарств.

**Цель исследования.** Несмотря на чрезмерное распространение деформирующего гонартроза, в нашей стране комплексные исследования по этой проблеме с применением современных методов не проводились. Это обстоятельство и определило выбор темы настоящего исследования.

**Материал и методы исследования.** В основу наших наблюдений положен анализ данных 100 больных с деформирующим гонартрозом в возрасте от 50 до 60 лет. Лиц женского пола было 61 (61,0%), мужского – 39 (39,0%). Левостороннее поражение отмечено у 25 (25,0%) больных, правостороннее – у 31(31,0%), двухстороннее – у 44 (44,0%) пациентов. При обследовании больных использовали анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического исследования, а также магнитно-резонансную томографию (МРТ). 21 больному в комплексной диагностике и лечении деформирующего гонартроза применяли артроскопию коленного сустава, в том числе у 10 пациентам из основной и у 11 – из контрольной группы. Обязательным условием включения больных в настоящую выборку явилось наличие второй стадии деформирующего гонартроза и отсутствие декомпенсированных соматических заболеваний. В зависимости от базисной терапии гонартроза больных делили на две группы. В основной группе 50 больным (50,0%) в качестве базисной терапии гонартроза применяли хондропротектор «Хондро-ritz», в контрольной – 50 (50,0%) пациентам использовали другой, наиболее используемый и доступный хондропротектор. Хондро-ritz применяли в течение 20 дней: в первые 2-3 дня по 1капсуле (200 мг), в остальные дни – по 2 капсуле (400 мг).

**Результаты исследования и их обсуждение.** При комплексном лечении гонартроза в обеих группах применяли:

- мероприятия, направленные на снижение нагрузки на пораженные суставы (похудание, диета, разгрузочное манжеточное вытяжение);
- введение активного образа жизни с включением лечебной физкультуры, массажа;
- противовоспалительную терапию нестероидными препаратами, а также внутрисуставное введение гормонов при наличии синовита;
- борьбу с болью и снижением рефлекторного мышечного спазма(анальгетики, миодакальм и др.);
- физиотерапевтическое лечение (аппликации озокерита и парафина, электрофорез с новокаином);
- артроскопическую санацию коленного сустава;
- местное лечение (мази «хондроксид», «синепар» и другие).

В нашем материале аллергических проявлений и других осложнений препарата «хондро-ritz» не отмечены.

Оценка результатов лечения проводилась с помощью клинических и рентгенологических данных, а также результатов МРТ.

При клиническом обследовании в динамике оценивались критерии, описанные в шкале P.A. Dieppe (1995). Мониторинг рентгенологической картины проводился спустя 6 и более месяцев от начала лечения. По данным МРТ определяли деградацию коллагеновой сети в поверхностных слоях хряща, наличие горизонтальных трещин в глубоком кальцифицированном слое хряща, отслойку хряща от субхондральной кости, субхондральный склероз кости, хондромалицию, утолщение синовиальной оболочки, наличие жидкости, наличие травматических и дегенеративных изменений менисков, связок и других элементов сустава.

Комплексную оценку результатов проводили с помощью модифицированной нами шкалы, основанной на балльной оценке клинических признаков, используя шкалы P.A.Dieppe (1995); рентгенологических признаков с применением шкалы В.Н.Коваленко, О.П. Борткевич (2003); оценки данных МРТ. Модификация заключалась в присвоении баллов всем вышеописанным симптомам заболевания, общая сумма которых составила 100 баллов. Ближайшие результаты лечения оценивались через 3 месяца от начала лечения, отдаленные – после 6 и более месяцев. При этом среднее значение суммы баллов через 3 месяца в основной группе составило  $62,2 \pm 3,4$  балла, в контрольной –  $51,5 \pm 2,9$  баллов ( $t < 0,05$ ). Особо следует отметить, что к этому сроку в основной группе наиболее позитивное влияние «Хондро-ritz» отмечено на снижение интенсивности и продолжительности болей, увеличение амплитуды движения в коленном суставе и уменьшение проявлений синовита. До лечения проявления последнего были отмечены у 17 (34,0%) больных из основной и у 15 (30,0%) - из контрольной группы. В ближайшем периоде частота синовита под влиянием лечения в вышеуказанных группах соответственно составила 4,0% и 22,0%.

При оценке отдаленных результатов по клиническим критериям среднее значение суммы баллов с помощью модифицированной шкалы в основной группе составила  $79,9 \pm 3,4$  баллов, в контрольной –  $63,9 \pm 2,9$  баллов ( $t < 0,05$ ). К этому сроку удельный вес перехода деформирующего гонартроза в третью стадию в основной группе составил 3 (6,0%), в контрольной – 7 (14,0%).

**Выводы.** Результаты проведенного исследования выявили высокую эффективность драстопа в комплексном лечении деформирующего гонартроза, что проявляется снижением болевого синдрома, проявлений синовита, восстановлением двигательной активности и регрессом других проявлений заболевания. Эти данные коррелируют с результатами рентгенографии, МРТ и артроскопии, которые указывают на уменьшение проявлений дегенеративно-дистрофического процесса, пролиферации суставного хряща и других проявлений деформирующего гонартроза по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, на основании результатов проведенного исследования препарат «Хондро-ritz» можно рекомендовать для широкого применения в клинической ортопедии и артрологии.

#### **Список литературы:**

1. Коваленко В.Н. Остеоартроз. /В.Н.Коваленко, О.П. Борткевич.–Морион, 2003. -446 с. 402
2. Гонартроз, как одно из осложнений высокоэнергетических повреждений нижних конечностей.// Кривенко С.Н. [и др.].- Летопись травматологии и ортопедии.- Киев. -2013. №3-4. –С.61-64.
3. Haskisson E. Hyaluronic acid in the treatment of osteoarthritis of the knee / E.Haskisson, S.Donnelly.- Reumatology. -1999. –V. 38. –P. 602-607.
4. Носков С.М. Консервативное остеоартроза/ С.М. Носков. – СПб.: Спец. Лит, 2014. - 121с.
5. Возможности комбинированного препарата кальция и витамина Д в профилактике сенильного остеопороза /Е.Г.Зоткин (и др)/ РМЖ. Ревматология 2006- Том 14 №25 с.1-7

## СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УЩЕМЛЕНИЯХ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

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

**Актуальность.** В структуре ургентных хирургических заболеваний ущемленные грыжи по своей частоте уступают только острому аппендициту, острому панкреатиту и холециститу [1, 2, 4]. В настоящее время общее число грыженосителей составляет около 3% населения, среди которых у 20% больных наблюдается ущемление [2, 3, 5].

Одной из опасных для жизни больного ситуаций у таких больных является ущемление петли кишечника, которое по данным литературы составляет около 42% случаев и почти у 24,3% больных требует проведения резекции ущемленного участка, что повышает риск развития послеоперационных осложнений [1, 2, 4]. В раннем послеоперационном периоде из-за нарушения перистальтики в ущемленном участке кишки может развиваться послеоперационный парез кишечника и расширение, которое способствует повышению внутрибрюшного давления, что, в свою очередь, может стать причиной ухудшения кровотока во внутренних органах, в том числе в стенке самого кишечника [3, 5].

Вышесказанное может стать причиной развития ряда послеоперационных осложнений и даже летального исхода, который, по данным современной литературы, составляет около 20%, а у больных пожилого и старческого возраста этот показатель (особенно при поступлении в стационар позднее 24 часов) может достигать до 35% случаев [1, 3, 5].

**Цель исследования:** улучшить непосредственные результаты хирургического лечения больных с ущемленной грыжей.

**Материал и методы исследования.** Материал включает в себя результаты лечения 63 больных с ущемленными грыжами, которые были госпитализированы в Государственное учреждение клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе с 2018 по 2020 года. Женщин было 44 (69,8%), мужчин - 19 (30,2%). Возраст больных колебался от 19 до 82 лет, при этом удельный вес больных пожилого и старческого возраста составлял 46% случаев. Срок госпитализации с момента ущемления до госпитализации составлял от 25 минут до 26 часов. В критерии исключения входили пациенты с наличием перитонита или флегмоны грыжи. Среди всех пациентов ущемленные послеоперационные вентральные грыжи наблюдались в 32 (50,8%) случаях. Ущемленные паховые грыжи выявлены у 17 (27%) больных, среди которых у 5 (8%) больных имел место рецидив заболевания. Пупочные ущемленные грыжи имели место у 11 (17,5%) больных, а в остальных 3 (4,8%) случаях имелись ущемленные бедренные грыжи.

В 23 (36,5%) случаях грыжесечение было выполнено под местной анестезией, в 11 (17,5%) случаях операции осуществлялись под общим обезболиванием, в остальных 29 (46%) случаях была проведена спинальная анестезия. Для улучшения реологии крови и кровообращения в стенках кишечника интраоперационно и в первые сутки послеоперационного периода внутривенно применяли раствор реополиглокина по 400,0 мл.

Все оперативные вмешательства были проведены в неотложном порядке, характер которых показан в таблице 1.

Таблица 1

### Виды операции при проведении грыжесечения у больных с ущемленными вентральными грыжами (n=63)

Характер герниопластики	Количество	
	Абс.	%
Метод Сапежко	26	41,2
Метод Кукуджанова	10	15,9
С использованием эксплантата	9	14,3
Использование собственных местных тканей	8	12,7
Метод Лихтенштейна	7	11,1
Метод Бассини	3	4,8

С целью проведения сравнительной оценки все больные были разделены на две группы: I группа (основная) включала 29 (46%) больных, которым была проведена спинальная анестезия, II группа включала в себя 34 (54%) больных, которым операция была проведена с другими видами обезболивания.

Всем больным были проведены общеклинические, лабораторные (общеклинические и биохимические) и инструментальные (ЭКГ, обзорная рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ грыжевого выпячивания и органов брюшной полости) методы диагностики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При вскрытии грыжевого мешка в 34 (54%) случаях содержимым являлся большой сальник, который в 26 (41,3%) случаях имел изолированный характер (только большой сальник), а в остальных 8 (12,7%) случаях отмечалось его сочетание с петлями тонкой кишкой. Ущемление только петли тонкой кишки наблюдалось в 23 (36,5%) случаях, в то время как ущемление толстой кишки установлено у 4 (12,5%) больных. В 1 (1,6%) случае ущемленным органом оказался дивертикул Меккеля.

В 8 (12,7%) случаях из-за выраженного воспалительного изменения и в 5 (7,9%) случаях из-за некроза была проведена резекция ущемленного участка большого сальника, у 4 (6,3%) больных из-за наличия нежизнеспособной петли тонкого кишечника потребовалась резекция ущемленного участка в объеме от 50 см до 70 см. При ущемлении дивертикула Меккеля была проведена клиновидная резекция дивертикула через герниотомный разрез.

В послеоперационном периоде в 3 (4,8%) случаях наблюдался инфильтрат послеоперационной раны, в 1-ом (2,9%) случае нагноение послеоперационной раны, в 7 (11,1%) - послеоперационный парез кишечника. Во всех случаях парез кишечника наблюдался у больных, которым было проведено внутривенное и местное обезболивание.



У больных основной группы наблюдалось раннее восстановление функционального состояния кишечника, что способствовало снижению риска развития послеоперационных осложнений.

#### **Выводы.**

Содержимым ущемлённой грыжи в 42,9% случаев являются петли кишечника, при котором в 6,3% случаев требует проведение её резекции. Применение спинальной анестезии с препаратами, улучшающими реологию крови, способствует раннему восстановлению перистальтики кишечника, что снижает риск развития послеоперационных осложнений.

#### **Список литературы:**

1. Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении паховых грыж в экстренной хирургии / Ш.И. Каримов [и др.] // Вестник экстренной медицины. – 2017. – Т.11, №3. - С. 34-37.
2. Нарезкин Д.В Ретроспективные результаты хирургического лечения больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами / Д.В. Нарезкин, Е.В. Сергеев // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2014. - №3. - С.66-72.
3. Хаджибаев А.М. Профилактика абдоминального компартмент-синдрома при ущемлённых вентральных грыжах путём применения «ненатяжной» герниоаллопластики / А.М. Хаджибаев, Ф.К. Гуломов // Вестник экстренной хирургии. - 2016. – Т.9, №4. - С.88-92.
4. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M.P. Simons [et al.] // Hernia. – 2014. - V13. – P. 343-403.
5. The impact of surgical site infection on the development of incisional hernia and small bowel obstruction in colorectal surgery / B.W. Murray [et al.] // Am J Surg. – 2011. – V.202, N5. – P.558–560.

*Назаров Х.Ш., Назаров Ш.К., Расулов Н.И., Кадамов М.Д.*

### **ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОТОМИИ**

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

**Актуальность.** Использование огромных технических возможностей и стремительное появление в арсенале хирургов большого числа новых способов оперативной коррекции хирургических заболеваний органов брюшной полости не смогло снизить частоту развития острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН), которая до сих пор является основной формой острой кишечной непроходимости (ОКН) [1, 2, 5]. Высокий показатель частоты рецидива ОСТКН, составляющей от 12–63,9%, развития послеоперационных осложнений, наблюдающихся до 43% случаев и летального исхода, достигающего до 9,3% случаев, показывают актуальность проблемы диагностики и лечения этого контингента больных [1, 3, 4].

Одной из важных причин, приводящих к внутрибрюшному спайкообразованию, является наличие в брюшной полости микроорганизмов, продуцирующих факторы, повреждающие мембраны клеток, которые приводят к нарушению метаболизма мезотелия брюшины, вследствие чего происходит дисбаланс между фибринолитическими свойствами брюшины и активностью эндотелиального тромбопластина, а образовавшийся фибрин приводит к склеиванию петель кишечника между собой или с брюшной стенкой [3].

Вышесказанные обстоятельства диктуют необходимость проведения исследований, касающихся изучения вопросов профилактики спайкообразования, диагностики и лечения ОСТКН.

**Цель исследования.** улучшение результатов лечения больных с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

**Материал и методы исследования.** Материал включает в себя результаты диагностики и лечения 67 больных с ОСТКН, госпитализированных в хирургические отделения Государственного учреждения клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе в период с начала 2017 по август 2020гг. Женщин было - 29 (43,3%), мужчин - 38 (56,7%). Возраст пациентов варьировал от 21 до 76 лет, а длительность заболевания с момента появления первые признаков заболевания до госпитализации варьировала от 2 часов до 3 суток.

С целью оценки результатов проведенного лечения всех больные были разделены на 2 группы: В I-ую (основную) группу входили 34 (50,7%) больных, которым операция была завершена промыванием брюшной полости нагретым до 37°C раствором хлорида натрия и 0,02% антибактериальным раствором декасана в количестве от 200 до 400 мл (в зависимости от распространенности и характера перитонита). II-ую (контрольную) группу составили 33 (49,3%) больных, которым промывание осуществлялось с применением изотонического раствора хлорида натрия и раствора фурациллина. Среди причин проведения оперативного вмешательства превалировали больные с перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и ОКН (табл. 1)

**Таблица 1**

#### **Причины проведения операции (n=67)**

ЗАБОЛЕВАНИЯ	Мужчин	Женщин	ИТОГО	
			Абс.	%
Перфорация язва желудка или двенадцатиперстной кишки	15	4	19	28,3
Острая кишечная непроходимость	11	8	19	28,3
Аппендицит	8	7	15	22,4
Гинекологические заболевания	0	8	8	12
Травматическое повреждение внутренних органов	4	2	6	9

Следует отметить, что во всех случаях заболевания осложнялись развитием перитонита, что вызывало воспаление брюшины.

Для диагностики заболевания, выбора хирургической тактики и динамической оценки результатов проведенного лечения проводились клинические, лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические (обзорная и при необходимости контрастная) и по показаниям лапароскопические исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проводимого исследования в раннем послеоперационном периоде оценивали по данным клинического (вздутие живота, сухость во рту, повышение температуры, тахикардия), лабораторных (уровень лейкоцитоза) и инструментальных (УЗИ и по показаниям обзорная и контрастная рентгенография брюшной полости) методов исследования. При этом, по сравнению с больными контрольной группы у больных основной группы установлено более раннее нормализация клинических, лабораторных и ультразвуковых (ранее исчезновение пареза кишечника и восстановление её перистальтических движений) показателей - в среднем на 1-2 суток раньше.

Также была оценена частота развития ранних послеоперационных осложнений, при котором у больных основной группы только в 2 (3%) случаях наблюдалось нагноение и в 1 (1,5%) инфильтрат послеоперационной раны. Среди больных контрольной группы в 2 (3%) случаях наблюдалось нагноение послеоперационной раны и в 2 (3%) случаях развитие ранней спаечной кишечной непроходимости, которую в 1-ом случае удалось разрешить консервативным способом, а у другом случае потребовалось проведение релапаротомии и рассечение спайки. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Летальные исходы в обеих группах не наблюдались.

**Выводы.** Таким образом, применение антибактериального раствора широкого спектра действия декасана при лечении хирургических и гинекологических заболеваний осложнившихся перитонитом, позволяет снизить частоту ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и спайкообразования в брюшной полости, что, в свою очередь, способствует снижению частоты повторных лапаротомии и уменьшению количества койко-дней в стационаре.

#### **Список литературы:**

1. Влияние азатиоприна на формирование спаечного процесса брюшной полости в эксперименте // Д.Б. Аужанов и др.// Новости хирургии.-2019.- Том 27.-№ 4.-С.369-378
2. Миннуллин М.М. Диагностика и хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью//М.М. Миннуллин, Д.М. Красильников, Я.Ю. Николаев//Практическая медицина.-2014.-№2 (78).-С.115-120
3. Хаджибаев А.М. Дифференцированный подход к использованию назоэнтеральной интубации при острой кишечной непроходимости и перитоните //А.М. Хаджибаев, Р.З. Мадиев, А.С. Халилов// Вестник экстренной медицины.-2015.-№ 2.-С.54-59
4. Is non-operative management still justified in the treatment of adhesive small bowel obstruction in children? // A. A. Nasir. et al./ J. Pediatr. Surg.-2013.- 10 (3).-P.259–264.
5. Prevention of intra-peritoneal adhesions in gynaecological surgery: theory and evidence. //Pados G. et al./ Reprod Biomed Online.-2010.-№.-21(3).-P.290-303.

### **Назаров Х.Ш., А.Р. Сараев, Б.Н. Джонов, Р.С. Одинаев** **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

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

**Актуальность.** Несмотря на появление новых способов диагностики и лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости, до сих пор проблема касающейся вопросам диагностики и лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) остаётся одной из актуальных в современной абдоминальной хирургии, так как частота её встречаемости, по данным литературы, достигает до 9,5% случаев среди всех пациентов, находящихся в хирургическом стационаре, а летальность при этом колеблется от 3,2% до 47% случаев [1, 2, 4]. Из общего числа больных, госпитализированных с ОКН, лидирующее место занимает острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН), частота которой, по данным литературы, за последние десятилетия увеличивается и на сегодняшний день составляет до 87,4% случаев [3, 5].

Следует отметить, что после проведения лапаротомии до 97% случаев образуются висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные спайки в брюшной полости, которые до 17% случаев приводят к развитию ОСТКН, требующей проведения повторной операции, что ведёт к рецидиву заболевания у 13–68,7% больных [1, 3, 5].

Вышесказанные обстоятельства диктуют, как правило, необходимость проведения комплексной диагностики больных с ОСТН, что поможет хирургам в выборе метода лечения у этого контингента больных.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

**Материал и методы исследования.** Материал включает в себе анализ результатов диагностики и лечения 54 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), которые были госпитализированы в Государственное учреждение клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе. Женщин было - 23 (42,6%), мужчин - 31 (57,4%). Возраст больных варьировал от 21 до 76 лет, а длительность заболевания до госпитализации составляла от 3 часов до 1,5 суток. Исключением для включения пациентов в исследование являлось наличие перитонита. При изучении причины проведения первичной операции установлено превалирование больных с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (таблица 1).

Причины проведения первичной операции у больных с ОСТКН (n=54)

ЗАБОЛЕВАНИЯ	Мужчины	Женщины	ИТОГО	
			Абс.	%
ЖКБ. Калькулёзный холецистит	2	4	6	11,1
Перфорация язва желудка или двенадцатиперстной кишки	11	3	14	26
Гинекологические заболевания		8	8	14,8
Острая кишечная непроходимость	6	3	9	16,6
Аппендицит	9	4	13	24,1
Травматическое повреждение внутренних органов	3	1	4	7,4

Следует отметить, что среди 9 (16,6%) больных с ранее перенесенными операциями по поводу острой спаечной кишечной непроходимости в 3 (5,5%) случаях отмечался рецидив заболевания.

С целью диагностики заболевания и выбора адекватной тактики лечения всем больным были проведены клинические (клинические проявления заболевания), лабораторные (общеклинические и биохимические анализы крови и мочи), ультразвуковые, рентгенологические (обзорная и при необходимости контрастная) и по показаниям лапароскопические исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе проведения исследования было уделено особое внимание клиническим и инструментальным методам исследования. При этом была выделено особое внимание 5 основных признаков острой кишечной непроходимости (ОКН), по которым определяли тактику дальнейшего лечения больных. К этим критериям относились: боль в животе, вздутие живота, выделение кишечного содержимого из вставленного желудочного зонда, маятникообразные движения кишечника при ультразвуковом исследовании и наличие чаши Клойбера и кишечных арок на рентгенограмме (или задержка контрастного вещества в желудке). Так как при отсутствии перитонита обычно не имеются изменения в лабораторных показателях мы не включили такие данные в критерии выбора метода лечения.

С целью выбора тактики лечения в зависимости от количества вышеуказанных диагностических критериев были выделены три группы показаний к оперативному вмешательству: «абсолютное показание», «относительное показание» и «отсутствие показаний к проведению операции».

Следует отметить, что при всех случаях, не зависимо от количества диагностических критериев первично всем больным были проведены необходимые консервативные лечебные процедуры (в том числе сифонная клизма, промывание желудка и инфузионная терапия), после чего проводилась оценка критериев выбора метода лечения.

В случае выявления всех пяти критериев диагностики ОКН показания к экстренному оперативному лечению считались абсолютными, при наличии трёх или четырёх критериев показания являлись сомнительными и этим пациентам было проведено динамическое наблюдение с продолжением консервативной терапии (при необходимости дополнительные исследования - лапароскопия). При наличии менее трёх диагностических критериев больным было проведено только консервативное лечение.

Применяя данным метод выбора тактики лечения, среди всех 54 (100%) больных в 34 (63%) случаях установлены абсолютные показания и этим больным было проведено оперативное лечение, в 4 (7,4%) случаях относительные, что этим больным была проведена лапароскопия и одновременное иссечение штрэнга, являвшегося причиной развития ОКН. В 16 (29,6%) случаях больным была проведена успешная консервативная терапия, после которой они были выписаны в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** Таким образом, применение приведенных диагностических критериев выбора метода лечения больных позволяет выбрать оптимальный способ лечения, тем самым, снизить частоту проведения повторных лапаротомии, что способствует уменьшению количества дней нахождения пациентов в стационаре и раннему восстановлению их трудоспособности.

#### Список литературы:

1. Выбор тактики лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости / П.В. Мельников [и др.] // Хирургия. - 2013. - №10. - С.84-87.
2. Доброквашин С.В. Результаты лечения и пути профилактики гнойно-септических осложнений у больных острой тонкокишечной непроходимостью // С.В. Доброквашин, Д.Е. Волков, А.Г. Измайлов / Практическая медицина. - 2013. - №2 (67). - С.35-37.
3. Опыт ведения пациентов со спаечной кишечной непроходимостью // Е.Ю. Дьяконова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2015. - Т. 14, №2. - С. 256-259.
4. Laparoscopy for small bowel obstruction: the reason for conversion matters // D. Dindo [et al.] / Surg. Endosc. - 2010. - Vol.24. - P. 792-797.
5. Peritoneal adhesions in human and veterinary medicine: from pathogenesis to therapy. // A. Rizzo [et al.] // Immunopharmacol Immunotoxicol. - 2010. - №32(3). - P.481-494.

*Назаров Ш.К., Сайдалиев Ш.Ш., Мавджудов М.М., Нажмудинов Ф.Н.*

### ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИИ УЛЬЦЕРОГЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ (обзорная статья)

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

Сочетанные осложнения язвенной болезни встречаются у 52-71% больных с язвенной болезнью желудка (ЯБ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Наиболее склонны к развитию сочетанных осложнений язвы пилорoduodenальной зоны. Осложнённые язвы этой локализации наблюдаются у 44,5-79% оперированных больных [3,4]. В резуль-

тате частых обострений ЯБ и заживления пенетрирующих язв образуются грубые рубцы с резкой деформацией желудка или ДПК. При локализации язвы в пилорическом канале заживление язвы довольно часто (до 74,0%) приводит к развитию стеноза привратника. Однако, наиболее часто (в 93,3% наблюдений) пилородуоденальный стеноз развивается именно при дуоденальной локализации язв [2]. Выраженность стеноза привратника усугубляется тем, что больные слабеют, теряют массу тела и возникают метаболические нарушения. Такое сочетание осложнений как кровотечение на фоне стеноза пилородуоденального канала встречается от 3,8-29,6% случаев [1,4,5]. В настоящее время основным методом терапии данного контингента пациентов все еще остается оперативное лечение.

В плане качества рекомендуется интенсивная предоперационная подготовка больных при выявлении у них субкомпенсированного или декомпенсированного пилородуоденального стеноза, поскольку у них имеется выраженная энтеральная недостаточность. Пациентам вначале назначают парентеральное введение электролитных, глюкозо-электролитных и аминокислотных растворов. Кроме того, осуществляют наружную декомпрессию желудка с периодическими промываниями. Обычно через 3-4 дня наружная декомпрессия желудка с периодическими промываниями приводит к уменьшению воспалительных изменений слизистой оболочки в зоне стеноза и частичному восстановлению пассажа жидкой пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. Также данные авторы осуществляют нутритивную поддержку посредством энтерального зондового питания.

У авторов оперативная находка выявило сужение выходного отдела желудка у 47 больных из 126, по поводу перфоративной язвы, что составило 37,3%. Другие отметили значительную частоту развития сочетания язвенного кровотечения со стенозом выходного отдела желудка, пенетрацией и перфорацией язвы при гигантских их размерах. По ихним данным это имело место у 27,7% пациентов. Из них по экстренным показаниям было оперировано 49,6% больных, по срочным показаниям – 43,8%, в плановом порядке – 6,6%. Основным видом операции была резекция желудка. Она выполнена в 71,4% наблюдений. Как вынужденную меру в 18,8% случаев применяли паллиативные операции. Послеоперационная летальность составила 2,2%, общая летальность – 2,8%.

Лечение больных с кровотечениями из гастродуоденальных язв при наличии стеноза выходного отдела желудка представляется весьма сложным. Поэтому авторы [3,4,5] относят такие язвы к категории «трудных». Основным методом лечения таких язв авторы считают выполнение операции резекции желудка. Такой вид операции осуществлен у 72,2% лиц с язвенным кровотечением. При этом чаще всего операцию резекцию желудка производили по методу Бильрота I.

А.И. Черепанин и О.Н. Антонов с соавт. [1,5] пациентов с сочетанием язвенного кровотечения и пилородуоденального стеноза относят к группе высокого риска рецидива геморрагии из язвы. Они наблюдали рецидив кровотечения у 17,0% больных при компенсированном пилородуоденальном стенозе, в 36,0% наблюдений при субкомпенсированной его форме и в 67,0% случаев при декомпенсированной форме. Частота летальных исходов при рецидиве кровотечения возрастала до 37,5%. У больных с сочетанием язвенного кровотечения с пилородуоденальным стенозом в стадии субкомпенсации и декомпенсации хирургическое лечение авторы старались осуществлять в отсроченном порядке при условии устранения угрозы рецидива геморрагии из язвы и компенсации метаболических нарушений в организме. Это дало возможность снизить летальность пациентов с кровотечениями из язв до 2,8%.

Другие в своих исследованиях показали, что правильно выбранная хирургическая тактика и своевременное проведенное хирургическое вмешательство дают возможность получить обнадеживающие результаты лечения язвенных кровотечений, в том числе, сочетающихся со стенозом. В зависимости от конкретной интраоперационной ситуации авторы выполняли экономные резекции желудка в сочетании с комбинированной ваготомией. При сочетании язвенного кровотечения с пенетрацией язвы и стенозом придерживались активно-выжидательной тактики. Они выполняли различные по виду и объему операции резекции желудка по Бильроту I и Бильроту II, по Ру, а также прошивание язвы с пилоропластикой по Микуличу [4].

Черепанин А.И. с соавт. [5] стараются уменьшить травматичность операции. Пациентам с язвенным кровотечением на фоне субкомпенсированного пилородуоденального стеноза и пенетрации язвы в головку поджелудочной железы они произвели по срочным показаниям «мануально-ассистированную видеолапароскопическую резекцию желудка по Бильроту II в модификации Гофмейстера-Финстерера» (цитировано).

Кадыров Д.М. с соавт. [2] считают, что приоритетом хирургического лечения больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом является выполнение функциональных операций. Основным видом хирургических вмешательств была дуоденопластика. У отдельных больных ее дополняли селективной проксимальной ваготомией. Послеоперационные осложнения после органосохраняющих операций составили 7,8%, после резекций желудка – 16,6%. Летальных исходов после дуоденопластики не было, после операции резекции желудка умерло 3,3% больных. Клинический опыт показывает, что трудности выполнения операции резекции желудка у больных с пилородуоденальным стенозом во многом обусловлены сложностями обработки культи двенадцатиперстной кишки. Трудное ушивание культи двенадцатиперстной кишки достигает 70,0%. В результате весьма часто (в пределах 12,0-35,0%) возможно развитие несостоятельности швов ушитой культи двенадцатиперстной кишки.

Вместе с тем, после остановки язвенного кровотечения и стабилизации состояния больных Д.М. Кадыров и соавт. [2] рекомендуют производить селективную проксимальную ваготомию при наличии стенозирующих дуоденальных язв. Они считают эту операцию обоснованной и выполняют ее у данной категории пациентов без каких-либо осложнений.

Пажитнов С.М. [3] выявили, что среди пациентов с осложненной язвенной болезнью сочетание язвенного кровотечения с пилородуоденальным стенозом наблюдается у 4,2% наблюдений. Компенсированный стеноз имел место у 27,2% больных, субкомпенсированный – у 50,0 лиц, декомпенсированный – в 22,25 случаях. Неустойчивый гемостаз диагностирован эндоскопически в 88,9% наблюдений. Рецидив геморрагии из язвы отмечен у 46,9% пациентов. Чаще всего указанные авторы выполняли операции по экстренным показаниям. Основным видом была операция прошивание язвы в сочетании со стволовой ваготомией и пилоропластикой по Финнею. Послеоперационная

летальность достигла 21,5%, общая летальность 11,1%.

Практические врачи на основании огромного опыта работы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского считают, что выбор вида и объема операции следует осуществлять в зависимости от результатов клинического, лабораторного и эндоскопического обследования пациентов с осложненной язвенной болезнью. Поэтому в конкретных ситуациях, когда необходимо выполнение экстренных или срочных хирургических вмешательств, рекомендуют, как операцию резекции желудка, так и селективную проксимальную ваготомию с иссечением язвы и дуоденопластикой, а у отдельных больных – только иссечение язвы из-за их критического состояния. Операции ваготомии выполняются по строгим показаниям. Обязательно исследуют кислотность желудочного сока методом компьютерной рН-метрии с проведением атропиновой пробы на выраженность блокады вагуса.

С учетом кислотности желудочного сока считается необходимым выполнять таким больным радикальные операции. По мнению большинства, для предупреждения рецидива язвенного кровотечения наиболее оптимальными являются хирургические вмешательства, при которых удаляют источник кровотечения. К таким операциям обычно относят резекцию желудка, стволовую ваготомию с иссечением язвы или только иссечение язвы. По мере возможности так же рекомендуют пациентам с пилородуоденальным стенозом выполняют лапароскопические операции резекции желудка по Бильроту II с хорошими результатами. Многие хирурги сочетали эндовидеохирургические операции с операциями через минидоступ. При сочетании кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки с пилородуоденальным стенозом применяли медикаментозно-термическую селективную проксимальную ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой по Холле или Финнею. Пилоропластику производили через минидоступ после выполнения ваготомии. Операция резекция желудка по Бильроту II показана при наличии гастростаза, дуоденостаза, нарушении моторной функции желудка или двенадцатиперстной кишки отсутствии возможности для наложения гастродуоденоанастомоза.

Учитывая вышеизложенное, по нашему мнению, до сих пор проблема оперативного лечения пациентов с язвенными кровотечениями, возникшими при наличии сужения пилородуоденального канала скудна освещена в работах последних лет. В литературных источниках этому вопросу уделено мало внимания. Несмотря на это, она все еще сохраняет свою актуальность в urgentной хирургии пищеварительного тракта, и должна учитываться практическими хирургами в повседневной их работе.

#### **Список литературы:**

1. Антонов О.Н. Анализ рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений на фоне пилородуоденального стеноза / О.Н. Антонов // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. – 2012.- № 5, Прилож. 40.- С. 172.
2. Кадыров Д.М. Тактика хирурга при сочетанных осложнениях язвенной болезни 12 кишки / Д.М. Кадыров // Сборник матер. науч.-практ.конф. ГУ “Институт гастроэнтерологии Респ.Таджикистан”, посвященной 28-летию Независимости РТ. –Душанбе, 2019. - С.129-132.
3. Пажитнов С.М. Хирургическая тактика при одновременном сочетании язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки и кровотечения / С.М. Пажитнов // В сб.: Пироговская хирургическая неделя.- СПб, 2010. - С. 193.
4. Толстокоров А.С. Сравнительная оценка непосредственных результатов хирургического лечения больных сочетанными осложнениями язвенной болезни / А.С. Толстокоров // В сб.: Материалы III съезда хирургов Юга России.- Астрахань, 2013.- С. 99.
5. Черепанин А.И. Тактика лечения стенозирующей кровоточащей пилородуоденальной язвы / А.И. Черепанин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2006. - №1. - С.69.

*Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш., Фарзонаи Иброхим*

#### **ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ**

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

**Актуальность.** По мнению большинства современных авторов, основными методами диагностики абсцессов печени являются УЗИ и КТ [1,5]. Благодаря использованию этих методов диагностический процесс значительно оптимизировался, среди выявляемых АП возрастает удельный вес неосложненных абсцессов. Внедрение в клиническую практику УЗИ повысило эффективность диагностики АП до 85 - 90% [3]. Чувствительность УЗИ в выявлении АП варьирует, по данным разных авторов, в пределах 81,9 - 95% и даже 100%, специфичность – 84,4%, точность - 72 - 90,5% [2,3]. УЗИ и КТ практически не имеет противопоказаний и является в настоящее время доминирующим методом медицинской визуализации [1,3,5]. Достоинствами его являются доступность, мобильность, динамичность, отсутствие негативного влияния. УЗИ позволяет оценить: количество, основных размеры и конфигурацию очагов печени, их расположение очагов относительно: ствола воротной вены, ее долевых и сегментарных ветвей; долевых и сегментарных желчевыводящих протоков, гепатикохоледоха, желчного пузыря; собственно, печеночной артерии и печеночных вен, степень васкуляризации очагового образования, наличие или отсутствие капсулы, наличие портальной и билиарной гипертензии, асцита, состояние плевральных синусов [5]. КТ признаками АП считают выявление в паренхиме печени образования округлой, овальной, эллипсоидной или неправильной формы с жидкостным компонентом, окруженного инфильтративно измененной, нередко гипозоженной паренхимой [1,5].

**Цель исследования** – изучить ценность УЗИ и КТ в диагностике абсцессов печени.

**Материал и методы исследования.** В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования и хирургического лечения 81 больного с абсцессами печени, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «Городской центр неотложной скорой медицинской помощи города Душанбе», являющегося клинической базой кафедры хирургических болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, с 2015 по 2019 гг. В

ходе исследования у всех больных при поступлении использовались своевременная и точная диагностика деструктивного процесса.

Возраст исследованных больных с абсцессами печени в обеих исследуемых группах варьировал от 21 до 85 лет, при этом преобладали лица трудоспособного возраста от 21 до 49 лет. Мужчин было 39(48, %), женщин 42(51,8%). Подгруппы были однотипны по возрастному и половому составу, не имели статистически значимых различий в этиологии АП и степени тяжести клинического состояния, что позволило использовать их для сравнительного анализа эффективности предложенных инноваций. При статистической обработке анамнестических данных, преобладающим фактором было холангиогенные абсцессы, и она выявлено у 43(53,0%), а на втором месте по частоте встречаемости фактора, амёбные абсцессы у 25(30,1%) и посттравматические абсцессы у 13(16,1%). Ультразвуковое исследование проводилось на эхотомографе HDI 5000 фирмы “Philips” и фирмы “Siemens” в режиме серой шкалы, тканевой гармоникой, цветового и энергетического доплеровского картирования по стандартной методике с конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц.

Компьютерная томография выполнялась на 64-х срезовом компьютерном томографе Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions по программе AbdomenMultiPhase с толщиной слоя 5 мм в два этапа, до и после болюсного контрастного усиления («Ультравист» 370 мг/йода на 100 мл со скоростью введения 3,0 мл/сек). При подозрении на абсцесс печени выполняли сканирование в паренхиматозной и портальной фазе контрастирования. РКТ-исследование проведено 39(48,1%). Более чем в 20% случаев РКТ больным с абсцессом печени проводили в динамике. При абсцессах печени на фоне имеющегося некроза и полости некроза определялась выраженная инфильтрация стенок полости, множественные включения газа.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Отмечено, что развитие абсцесса проходит в несколько стадий, имеющих характерные ультразвуковые признаки. В стадии инфильтрации выявляли участки преимущественно гипо- изоэхогенные с нечеткими границами со смазанными контурами, изменением зернистости по сравнению со здоровой паренхимой. И доплерографически кровотоков в этих зонах не определяется. Данная картина соответствовала формированию интрапаренхиматозного инфильтрата стадия (стадия лизиса). На 5-7 сутки от начала заболевания наблюдали переход стадии инфильтрации АП в стадию лизиса. В проекции формирующегося АП определялся переход изоэхогенных зон в гипоэхогенные и общее снижение эхогенности инфильтрата до гипоэхогенного. По мере прогрессирования лизиса размеры зон изменяются. В стадии сформированного АП визуализировали гипоэхогенную или аэхогенную зону более правильной формы, окруженную изогиперэхогенной зоной демаркации. Характерной особенностью указанной зоны было отсутствие в ней естественных анатомических структур (сосудов, желчных протоков). Установлено, что в этой фазе эхокартина является патогномичной для АП и не вызывает трудностей в диагностике. Установлено, что степень компрессии растущей полости АП на кровеносные сосуды возможно оценить в режимах ЭДК и ЦДК. В ходе исследования холангиогенные АП наблюдали у 31(38,2%) пациентов. Отличительными особенностями холангиогенных АП были: четкий контур, отсутствие капсулы, отсутствие демаркации, в подавляющем большинстве случаев – анэхогенность содержимого, без включений. При ЭДК холангиогенные АП определялись как образования, в которых сосудистые локусы не визуализировались. В 7(8,6%) из 31 случаев холангиогенные АП были множественными. Одиночные холангиогенные АП располагались интрапаренхиматозно и достигали размера до 10 см. У 6(7,4%) пациентов с холангиогенными АП определялась связь с внутрипеченочными протоками. Холангиогенные АП сопровождалась перихолангитической и перипортальной инфильтрацией различной степени выраженности, что эхографически проявлялось в виде повышения эхогенности паренхимы вдоль желчных протоков. При прогрессировании заболевания множественные полости АП увеличивались в размерах и сливались в одну или несколько крупных, которые сохраняли характерные эхографические признаки холангиогенного АП. В 5(6,1%) случаях наблюдали эхопризнаки газа в желчных протоках, что расценивали как признак связи холангиогенного АП с протоковой системой.

Амёбные абсцессы печени диагностированы у 25(30,8%) пациентов, в ходе исследования были выявлены следующие характерные признаки и особенности. Также у всех пациентов выявлен гипоэхогенный со слабым эхосигналом от содержимого из-за включений, отмечается узловатость внутренних перегородок с умеренным задне акустическим усилением.

Посттравматический абсцесс печени диагностирован у 13 (16,1%) больных основной группы. Источником посттравматических АП были гематомы печени. На начальных стадиях формирования посттравматическую АП определяли, как анэхогенная полость без признаков демаркации в которой впоследствии визуализировалось флотирующие гипер- или изоэхогенными полиморфные включения, субстратом которых являлся тканевой детрит, секвестры печеночной ткани, сгустки фибрина. Характерной особенностью была зона демаркации, менее выраженная по сравнению с АП иной этиологии. В наших исследованиях максимальный диаметр посттравматического АП варьировал от 5 до 18 см. Не наблюдали признаков значимой компрессии желчных протоков и крупных кровеносных сосудов. В 6(7,4%) случаях визуализация зоны АП была затруднена вследствие наличия посттравматических и послеоперационных изменений-отека, послеоперационного рубца; для получения достаточной диагностической информации применяли полипозиционное сканирование из абдоминального, бокового, межреберного доступов.

Компьютерная томография выполнена у 47(58,1%) пациентов с абсцессом печени. Показанием к проведению КТ служили: Трудности дифференциальной диагностики с другими объёмными образованиями в начальных стадиях развития абсцесса. Наличие множественного поражения печени. Для решения тактических вопросов. При абсцессе печени не менее чем в 75-90% наблюдений выявлено капсула, толщина которой составило от 0,5 до 1 мм. Наибольшая толщина наблюдалась при длительном существовании абсцесса. В ходе исследования при амёбном абсцессе печени выявлены следующие признаки, что абсцесс имеет круглое или овальное гиподенсивное образование (10-20 HU) на периферии органа, при этом капсула контрастируется в виде ободка, узловатая стенка, временами отмечается гиподенсивный ореол из-за отека окружающих тканей.

**Выводы.** УЗИ и КТ является единственным методом, позволяющим до операции не только судить о толщине и наличии капсулы, но и выявлять участки разрушения, и плотность содержимого. Этим подтверждается необходимость индивидуального подхода и целесообразность выбора метода хирургического вмешательства. С помощью УЗИ и КТ достоверный диагноз абсцесса печени был установлен в 96,7% случаев. Ошибки в диагностике наблюдались у 2 пациентов с ранними проявлениями абсцесса печени. В подобных случаях целесообразно было сочетанное использование УЗИ-доплерографию и КТ, что позволило уточнить диагноз у 2 пациентов. Практически у 100% обследованных больных с абсцессом печени с помощью КТ представилось возможным точно установить долевую и 98-99% сегментарную локализацию абсцесса.

#### **Список литературы:**

1. Ахаладзе, Г. Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени / Г. Г. Ахаладзе // *Анналы хирургической гепатологии*. -2012. - Т. 17. - № 1. - С. 53 - 58.
2. Мошківський, Г. Ю. Роль черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження у лікуванні позаорганичних післяопераційних обмежених скупчень рідини / Г. Ю. Мошківський // *Клініч. хірургія*. -2010. -№ 8. -С. 45 - 50.
3. Ahmed, Z. Pyogenic liver abscess caused by *Fusobacterium* in a 21-year-old immunocompetent male / Z. Ahmed, S. K. Bansal, S. Dhillon // *World J. Gastroenterol.* -2015. -V. 28, № 21(12). -P. 3731 - 3735.
4. Chen, Y. C. Epidemiology and clinical outcome of pyogenic liver abscess: an analysis from the National Health Insurance Research Database of Taiwan, 2000-2011 / Y. C. Chen, C. H. Lin, S. N. Chang, Z. Y. Shi. // *J. Microbiol. Immunol. Infect.* -2017. -V. 20.
5. Dulku, G. Percutaneous aspiration versus catheter drainage of liver Abscess: A retrospective review / G. Dulku, G. Mo-han, S. Samuelson [et al.] // *Australas. Med. J.* -2016. -V. 31.-№ 8 (1). -P. 7 - 18.

*Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш., Амиров Дж.Н.*

### **ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ**

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

**Актуальность.** В неотложной абдоминальной хирургии оптимальный выбор метода лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов трудно оспорить, учитывая количество острых хирургических воспалительных заболеваний органов брюшной полости и послеоперационных гнойных осложнений [1,3]. Несмотря на успехи, достигнутые в миниинвазивной хирургии, а успех в решении проблем лечения внутрибрюшных абсцессов преждевременно. В 25-35% случаев острая хирургическая патология органов брюшной полости зачастую осложняется формированием гнойников. А этиология интраабдоминальных абсцессов разнообразна: это зачастую острый деструктивный холецистит, острый деструктивный аппендицит, деструктивный панкреатит, закрытые травмы живота, дивертикулез толстой кишки [2]. Количество больных с перфорациями полых органов, острым деструктивным панкреатитом, травмами органов живота имеет тенденцию к увеличению [3,4,5].

Весомую часть в структуре абсцессов брюшной полости занимают послеоперационные гнойники, которые развиваются у 0,12-4% оперированных больных и летальность в этих случаях составляет 12,5-29%. И послеоперационные абсцессы стоят на втором месте среди причин релапаротомий в раннем послеоперационном периоде. В случае неадекватного лечения смертность от данной патологии достигает 25% и более [4,5].

**Цель исследования** – изучить ценность УЗИ и КТ в диагностике послеоперационных абсцессов брюшной полости.

**Материал и методы исследования.** В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 49 больных с послеоперационным абсцессом брюшной полости, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «городской центр неотложной медицинской помощи города Душанбе» с 2008 по 2020 гг. структуре представленных больных большую часть составляли пациенты трудоспособного возраста как среди мужчин, так и среди женщин. Наибольший процент патологии пришелся на возрастную группу 30- 60 лет. Установлено, что часто встречалась под печёночная локализация абсцессов - около 22 %, далее по частоте встречаемости абсцессы сальниковой сумки, боковых каналов брюшной полости. Примерно одинаково часто встречалась под диафрагмальная локализация, меж кишечные, абсцессы тазового расположения, и наименее часто встречались внутрипеченочные абсцессы. Внутрибрюшные абсцессы явились следствием: деструктивного холецистита у 18(40,0%) пациентов, деструктивного панкреатита - у 9(20,0%), деструктивного аппендицита - у 11(24,4%) пациентов, травмы и заболевания верхних отделов ЖКТ - у 7(15,5%) пациентов. В ходе исследования при сборе анамнеза учитывали длительность заболевания, наличие сопутствующей патологии, перенесенных заболеваний, предшествовавших оперативных вмешательствах. Клинический контроль осуществлялся путем опроса больных и ежедневного осмотра. Производилась регистрация общего состояния больных, температуры тела, а также местных признаков воспаления: болевого синдрома, изменения цвета кожных покровов, наличия лихорадки, слабости, пальпируемого образования в брюшной полости, перитонеальных симптомов. Также оценивали показатели деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и выделительной систем. Ультразвуковое исследование проводилось на эхотомографе HDI 5000 фирмы “Philips” и фирмы “Siemens” в режиме серой шкалы, тканевой гармоникой, цветового и энергетического доплеровского картирования по стандартной методике с конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц. Компьютерная томография выполнялась на 64-х срезовом компьютерном томографе Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions по программе AbdomenMultiPhase с толщиной слоя 5 мм в два этапа.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В начале заболевания при любом виде абсцесса брюшной полости имеется выраженная симптоматика: интоксикация, интермиттирующая лихорадка с гектической температу-



рой, ознобами, тахикардией. Интоксикационный синдром, более или менее выраженный, наблюдался у всех больных, проявлялся жалобами на слабость, головокружения, тошноту, нарушение аппетита. Тошнота наблюдалась у всех 45(100%) пациентов, рвота - у 34(75,5%) пациентов, анорексия - у 22(48,8%) пациентов, сухость во рту - у 44(97,7%) пациентов. Лихорадка, имеющая в основном гектический характер, отмечена у 36(80,0%) пациентов. Лихорадка имела интермиттирующий характер, сопровождалась ознобами и тахикардией. Тахикардия была отмечена у 43(95,5%) пациентов, одышка - у 31(68,8%) пациентов, олигурия - у 17(37,7%) пациентов. Во всех случаях наблюдали общие симптомы интоксикации, в 44(97,7%) случаях признаки системной воспалительной реакции организма. При диагностике, в зависимости от локализации ультразвуковая картина внутрибрюшного абсцесса может быть весьма различной. Жидкостные скопления брюшной полости по локализации были разделены следующим образом: абсцессы поддиафрагмального пространства, подпеченочные, боковых каналов, полости малого таза, сальниковой сумки и межкишечные. Сонографическая картина абсцессов поддиафрагмального пространства чаще всего встречались в виде серповидной формы, что объясняется анатомическими границами: сверху покрытый куполом диафрагмы, снизу - выпуклой поверхностью печени или селезенки. При этом характер содержимого полости абсцесса зависел от этиологии его образования. В нашем исследовании было 18(40,0%) случаев поддиафрагмальных абсцессов. Картина наличия крови в поддиафрагмальном пространстве, то содержимое менее прозрачное, с гиперэхогенными включениями сгустков. Если гематома длительно существующая, то структура ее будет эхопрозрачная, но в полости также могут быть нити фибрина, капсула будет более толстой. В 17(37,7%) случаях они явились следствием деструктивного холецистита, 9(20,0%) – на фоне панкреонекроза, 13(28,8%) случаев послеоперационные осложнения, 11(24,4%) – после аппендэктомии, 7(15,5%) – после ушивания перфоративной язвы желудка и после холецистэктомии 18(40,0%). В случае образования абсцесса после холецистэктомии содержимое было эхопрозрачным при биломе, а контуры были похожи на желчный пузырь. У 14 (31,1%) случаев при первичном УЗИ не удалось обнаружить никаких жидкостных скоплений в брюшной полости.

КТ выполнена при поступлении 29(64,4%) больным. Особенно это было важно у больных, у которых на первичном УЗИ брюшной полости не было обнаружено жидкостных скоплений. По данным КТ более точно можно было определить локализацию абсцесса, анатомические отношения к окружающим органам, наличие связи с полым органом, возможные причины внутрибрюшных абсцессов, либо обнаружить абсцесс, не найденный на УЗИ при поступлении, с последующим более прицельным исследованием и определиться с возможностью дренирования под контролем УЗИ и КТ выполнена 29(64,4%) пациентам, при этом жидкостные образования визуализированы у всех пациентов. Размеры абсцессов колебались от 12-15 до 220 — 360 мм. Плотность образований была от 15 до 80 единиц Хаунс-фильда. По данным компьютерной томографии, жидкостный компонент был выявлен у всех больных. Выявить сообщение с полым органом не удалось ни в одном случае в дальнейшем 28 (62,2%) больным выполнялось КТ- исследование в динамике на 7 сутки, 12 (26,6%) больным - исследование в динамике на 7 и 14 сутки. Из них 9 (20,0%) больным контрольное КТ- исследование выполнялось в сочетании с фистулографией, что позволило в дальнейшем выполнить реконструкцию изображения и оценить анатомические взаимоотношения, размеры и форму абсцесса.

**Выводы.** УЗИ на сегодняшний день является единственным методом, позволяющим судить о толщине и наличии капсулы, но и выявлять участки разрушения, и плотность содержимого послеоперационного абсцесса брюшной полости. Подтверждением является необходимость индивидуального подхода и целесообразность выбора метода миниинвазивного или открытого вмешательства. С помощью сочетания УЗИ и КТ достоверный диагноз послеоперационного абсцесса брюшной полости был установлен в 95,1% случаев. Ошибки в диагностике наблюдались у 6 пациентов с ранними проявлениями послеоперационного абсцесса брюшной полости. В подобных случаях целесообразно было сочетанное использование УЗИ и КТ, что позволило уточнить диагноз у пациентов. Практически у 100% обследованных больных с послеоперационным абсцессом с помощью КТ представилось возможным в 96-98% случаях точно установить локализацию послеоперационного абсцесса брюшной полости.

#### **Список литературы:**

1. Барсуков, К. Н. Абсцессы брюшной полости как причина послеоперационного перитонита / К. Н. Барсуков, Г. П. Рычагов // *Новости хирургии.* – 2011. – № 4. – С. 71-76.
2. Оптимизация диагностики и тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости / Ф. Г. Назыров, А. В. Девятов, Д. Ш. Ходжиев [и др.] // *Новости хирургии.* – 2012. – № 3. – С. 48-54.
3. Chung, Y. F. A. Pyogenic liver abscess - predicting failure to improve out-come / Y. F. A. Chung // *The Netherlands journal of Medicine.* – 2018. – Vol. 66, N 5. – P. 183-184.
4. Factors affecting the successful management of intra-abdominal abscesses with antibiotics and the need for percutaneous drainage / R. R. Kumar, J. T. Kim, J. S. Haukoos [et al.] // *Dis Colon Rectum.* – 2016. – Vol. 49, N 2. – P. 183-189.
5. Paseawski, M. Imaging of abdominal abscesses / M. Paseawski, J. Szafrank-Pyzel, J. Zeomaniec // *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska.* – 2014. – Vol. 59, N 2. – P. 284-288.

*Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш., Начмиддинов Ф.*

### **СОНОГРАФИЧЕСКИЙ ЛОКАЛЬНЫЙ АНГИОМОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ МЭЛЛОРИ – ВЕЙССА**

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

**Актуальность.** В настоящее время проблема острого желудочно-кишечного кровотечения при СМВ является одной из актуальных в неотложной абдоминальной хирургии, так как наблюдается рост количества больных с этим заболеванием, что обуславливает необходимость детального изучения этой проблемы [1,2]. В последние годы, по данным литературы, отмечается увеличение количества больных с желудочно-кишечными кровотечениями из

общего количества хирургических, поступивших в стационар. При этом частота встречаемости СМВ остаётся достаточно высокой и составляет - 13,7% среди всех больных с желудочно-кишечными кровотечениями [1,5]. Весьма интересным представляется изучение Регионарного кровотока желудка, которое было предложено исследовать с помощью реографии, однако метод позволяет оценить только кровоснабжение определенной области, но не кровоток по сосуду. Предпринимались попытки оценки методом реографии состояния кровотока желудка при синдроме Мэллори-Вейсса, но широкого внедрения в практику он не получил в силу возможности оценить лишь зональный кровоток. В единичных работах показана возможность визуализации левой желудочной артерии с помощью ультразвукового дуплексного сканирования, но нет методического описания способа и параметров оценки и статистических данных о показателях кровотока в норме и при отдельных патологических состояниях, включая синдром Мэллори-Вейсса [3,4,5].

**Цель исследования** – изучить особенности кровотока при синдроме Мэллори-Вейсса.

**Материал и методы исследования.** В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 25 больных с синдромом Мэллори-Вейсса, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «городской центр неотложной скорой медицинской помощи города Душанбе» являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» с 2015 по 2019 гг. и 23 здоровых лиц. Ультразвуковое исследование и ультразвуковое дуплексное сканирование выполнялось на аппаратах TOSHIBA Corevision Pro (Япония) и SIEMENS ACUSON CV (Германия), снабженные смотровыми датчиками 3,5 и 5-7 Мгц, приставками для и доплерографии. Ультразвуковое исследование абдоминального отдела пищевода проводили натощак, после обычной стандартной подготовки органов брюшной полости, предварительно, накануне производя очистительную клизму с дачей препаратов домперидона. Сканирование проведено позиционно лежа и на боках, из эпигастрального доступа. Исследование проведено в три этапа. В первом этапе исследования условие проведения строго натощак. Исследовали кардиальный отдел желудка, большую и малую кривизну желудка, доходя до двенадцатиперстной кишки, оценивая такие параметры как положение желудка и денситометрические параметры желудка равномерность складки. На втором этапе исследования желудок заполняли путём приёма тёплой воды в количестве до 1000 мл. для полного расправления стенок с целью визуализации и денситометрических измерений стенок во всех анатомических областях. Также исследована моторно-эвакуаторная функция желудка. В В-режиме изучали центральное давление крови. Исследование проведено полипозиционно. При этом в эпигастральной области проведено сканирование брюшной аорты, дифференцирован и чревной ствол, и верхняя брыжеечная артерия в различных плоскостях. После оценки кровотока анализировано состояние гемодинамики в режиме импульсно-волнового Доплера (Р/У), зарегистрировали спектр доплеровского сдвига, определяли количественные и качественные параметры, кривые, указывающие на артериальный тип кровотока в сосуде с определением периферических сопротивлений. При исследованиях определяли пиковую систолическую скорость кровотока ( $V_{max}$ ) и конечную диастолическую скорость кровотока ( $V_{min}$ ) и индекс резистентности. В режиме цветного доплеровского сканирования регистрировали диаметр, среднюю линейную скорость ( $V_{mean}$ -см/сек), объемную скорость кровотока ( $V_{vol}$ -мл/мин) и конгестивный индекс (КИ) в воротной, селезеночной и верхней брыжеечных венах. Дуплексное сканирование вен портальной системы у 25 больных СМВ проводилось при поступлении на фоне остановившегося кровотечения и на 3-4 сутки после проведения комплексного лечения с применением сандостатина.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ультразвуковое сканирование брюшного сегмента пищевода в В-режиме выполнены у 25 больных СМВ (основная группа) и для достоверности исследования здоровым лицам ( $n=23$ ) аналогичного возраста. При этом длина абдоминальной части пищевода в контрольной группе составила  $25,4 \pm 3,1$  ( $P > 0,05$ ) мм, а в основной  $31,2 \pm 3,4$  ( $P > 0,05$ ) мм., на 2-3 сутки после кровотечения, Толщина стенок пищевода в контрольной группе было  $0,30 \pm 0,10$  мм, а в основной  $0,39 \pm 0,18$  ( $P > 0,05$ ) мм. Утолщение стенок пищевода при синдроме Мэллори-Вейсса, по нашему мнению, обусловлено отёком и вовлечением его в воспалительный процесс. Процедура исследования желудка в обеих группах проходила натощак. В контрольной группе стенки желудка были ровными, чёткими, равномерными на всём протяжении, дифференцированными. В основной группе контуры желудка были менее чёткими, ровной дифференциации. При исследовании после наполнения желудка с расправлением складок слизистой оболочки, в основной группе были визуализированы зоны утолщения, локализованные преимущественно по малой кривизне. В кардиоэзофагеальной части желудка толщина стенок в исследуемой нами контрольной группе составила  $5,09 \pm 0,53$  мм. В то же время в основной группе, на 2-3 сутки она составила  $7,34 \pm 0,3$  ( $P < 0,05$ ) мм. а на 6-9 сутки  $6,19 \pm 0,88$  ( $P > 0,05$ ) мм. У больных с рецидивами кровотечения - (на 2-4 сутки после первого кровотечения) толщина стенки желудка оставалась в пределах  $4,4 \pm 0,35$  ( $P < 0,05$ ) мм. Следовательно, в ходе проведённых исследований установлены статистические значимые различия толщины стенок желудка при СМВ во всех эпизодах кровотечения по сравнению с контрольной группой. У больных без повторного кровотечения толщина стенок желудка на 6-7 сутки статистически значимо уменьшалась по отношению к данным на 2-4 сутки. Однако изменений толщины стенок у больных СМВ с рецидивным кровотечением не выявило. Исследования показали, что на 2-4 сутки после кровотечения у больных с СМВ происходит увеличение толщины стенок кардиоэзофагеальной зоны желудка. Оно связано с отёком и воспалительными явлениями вследствие разрыва слизистой. При этом, выраженных изменений в перистальтической функции желудка в обеих исследуемых группах не выявлены. Исследование кровотока левой желудочной артерии у больных СМВ на фоне комплексного лечения с применением сандостатина проведено по методу дуплексного сканирования из трансабдоминального доступа. При изучении пиковой систолической скорости кровотока левой желудочной артерии нами выявлена статистически достоверная разница между группами. Если в контрольной группе пиковая систолическая скорость была  $0,29 \pm 0,04$ , м/с, то в основной группе она достоверно повысилась и составила  $0,40 \pm 0,02$  ( $P < 0,05$ ) м/с, на фоне комплексного лечения с применением сандостатина отмечено тенденция ее снижения на 8 сутки до  $0,34 \pm 0,03$  ( $P > 0,05$ ). Однако, у больных с рецидивом кровотечения

пиковая систолическая скорость вновь возросла до  $0,42 \pm 0,03 (P > 0,05)$  м/с, что возможно обусловлено спазмом сосуда. Нами установлено снижение индекса резистентности кровотока по левой желудочной артерии в основной группе до  $0,66 \pm 0,03$ , по сравнению с контрольной ( $0,76 \pm 0,06$ ) ( $P < 0,05$ ), и его возвращение к исходному уровню  $0,75 \pm 0,09$  на 6-8 сутки. При рецидивах кровотечения индекс резистентности вновь снизилась до уровня  $0,67 \pm 0,03 (P < 0,05)$ . Статистически достоверной разницы среднего значения диаметра левой желудочной артерии между контрольной и основной группами не выявлено. Однако, у больных с рецидивом кровотечения наблюдались уменьшение среднего значения диаметра левой желудочной артерии до  $2,1 \pm 0,2 (P < 0,05)$ , (в контрольной -  $2,6 \pm 0,3$ ) вероятно из за спазма сосуда. В ходе проведённых исследований получены статистически значимые различия пиковой систолической скорости по левой желудочной артерии у больных с СМВ. У больных на 3-4 сутки фоне применения сандостатина отмечалась тенденция к снижению пиковой скорости кровотока с нормализацией индекса резистентности. При этом максимальная систолическая скорость в исходных спектрах кровотока была представлена двухфазной кривой, которая в дальнейшем менялась в монофазную кривую. Анализ результатов проведённых исследований, свидетельствует о том, что нормализация показателей кровотока и индекса резистентности в левой желудочной артерии наступает на 7-8 сутки на фоне комплексной терапии с применением сандостатина. Рецидив кровотечения при СМВ сопровождается достоверным сужением просвета артерии на фоне повышения пиковой систолической скорости и снижением индекса резистентности, что возможно обусловлено спазмом сосуда. Нами у 25 пациентов с СМВ изучены показатели портальной гемодинамики методом УЗ-доплерографии до и на 3-4 сутки после применения сандостатина. В ходе исследования у больных с СМВ с остановившимся кровотечением, показатель портального кровотока достоверно не отличился от показателей здоровых лиц ( $n=23$ ). На 3-4 сутки от начала комплексного лечения с применением сандостатина отмечено ускорение линейных и объёмных скоростей кровотока по воротной, селезеночной и верхней брыжеечной венам с достоверным снижением конгестивного индекса, что косвенно свидетельствует о падении уровня давления в портальной системе.

**Выводы.** Нормализация показателей кровотока и индекса резистентности в левой желудочной артерии наступает на 7-8 сутки на фоне комплексной терапии с применением сандостатина. Рецидив кровотечения при СМВ сопровождается достоверным сужением просвета артерии на фоне повышения пиковой систолической скорости и снижением индекса резистентности, что возможно обусловлено спазмом сосуда.

Применение сандостатина сопровождается снижением пиковой систолической скорости и индекса резистентности кровотока по левой желудочной артерии, а также ускорением линейных и объёмных скоростей кровотока, по воротной, селезеночной и верхнебрыжеечной венам со снижением давления в портальной системе, что способствует замедлению кровотока в области дефектов стенки, а также кардиоэзофагеальной зоны с тромбированием сосудов и снижению риска рецидива кровотечения.

#### **Список литературы:**

1. Верзакова И.В. Способ прогнозирования повторного кровотечения при синдроме Меллори-Вейсса методом дуплексного сканирования / И.В. Верзакова // Мед. Визуализация. - 2010. - №1. - С.24-29.
2. Матвеева Е.А. Диагностика и лечение синдрома Меллори-Вейсса / Е.А. Матвеева / Межд. конгресс Славянский форум. - 2012. - Т.20, №1. - С.105-114.
3. Мухаммадзода Р. Этиология, патогенез, диагностика и хирургическое лечение Синдрома Мэллори-Вейсса / Р. Мухаммадзода // Вестник Авиценны. - Душанбе. - №4. - 2013. - С.45-53
4. Severe forms of Mallory-Weiss syndrome / D. Carre [et al.] // Gastroenterol. Clin. Biol. - 2016. - Vol. 20, № 6-7. - P. 610-612.
5. Skok P. Fatal hemorrhage from a giant Mallory-Weiss tear / P. Skok // Endoscopy. - 2017. - Vol. 35, №7. - P. 635.

*Наимов А.М., Раззоков А.А.*

### **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ**

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

**Актуальность.** Травматизм в современном мире по своей медико-социальной значимости занимает одно из ведущих мест в клинической практике, что, в первую очередь связан с прогрессирующим его увеличением в структуре заболеваемости, летальности и инвалидности [3,4]. Среди всех его проявлений наиболее значимым являются нестабильные переломы длинных костей (НПДК). Среди исследователей в литературе достигнут консенсус в пользу ранней хирургической стабилизации НПДК [1,3,4]. Противниками данного подхода в качестве контраргумента приводятся нередкие случаи развития посттравматического синдрома жировой эмболии (СЖЭ). Так, по данным литературы, при сочетанной травме удельный вес СЖЭ достигает до 80%, где в большинстве случаев клинические его проявления нивелируются другими симптомами острого периода травматической болезни [1,2,3,5]. Считается, что выполнение интрамедуллярного остеосинтеза на этом фоне увеличивает риск развития тяжелых проявлений СЖЭ. В противовес этой точке зрения другие исследователи ратуют за выполнение раннего остеосинтеза как мера профилактики и лечения СЖЭ [1]. В литературе также описана методика предварительного просверливания дистального метафиза оперируемого сегмента, как мера профилактики посттравматического СЖЭ [1]. К сожалению, эти подходы не подкреплены научно-аргументированными фактами, поэтому их рассматривают как эмпирические аргументы. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости научно-обоснованных методов блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза, чему посвящена настоящая работа.

**Цель исследования.** Разработка научно-обоснованных методов раннего блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза с элементами малоинвазивной хирургической профилактики СЖЭ при оперативном лечении НПДК.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на анализе данных 108 больных с НПДК, оперированных с применением блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза. Возраст больных колебался от 21 до 55 лет. Мужчин было 79 (73,1%), женщин – 29 (26,9%). С целью максимального исключения внешних факторов на развитие СЖЭ в настоящую выборку включались только изолированные переломы голени - 67 (62,0%), бедра – 34 (31,5%) и плеча – 7 (6,5%). В зависимости от тактики профилактики СЖЭ больные были распределены на следующие группы:

- основная – 56 (51,9%) больных с НПДК, которым выполнен блокирующий интрамедуллярный остеосинтез с оптимизированными методами хирургической профилактики СЖЭ;
- контрольная – 52 (48,1%) больных с НПДК, которым выполнен традиционный блокирующий интрамедуллярный остеосинтез.

В ходе реализации работы применялись клинические и рентгенологические методы исследования, определение жировой глобулемии экспресс-методом по Корнилову, определение внутрикостного давления (ВКД) с помощью водного манометра Ватмана, а также статистические методы. Анализируемые группы были сопоставимы по основным интегральным показателям.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем больным был выполнен интрамедуллярный остеосинтез был выполнен с применением методики блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС). Операция выполнялась с помощью электронного оптического преобразователя (ЭОП), в отсроченном порядке после стабилизации состояния больных. До и после операции больным обеих групп проводилась медикаментозная профилактика и лечение СЖЭ двумя базисными препаратами [3].

В контрольной группе прибегали к традиционному выполнению БИОС. В основной группе применяли оптимизированную тактику лечения, которая базировалась на интраоперационном мониторинге ВКД. Определение ВКД в проксимальном отломке выполнялась ближе к линии перелома, отступая от нее до 2-3 см, на дистальном отломке – в дистальном метаэпифизе. Перед сверлением костного канала под контролем ЭОП с помощью внутрикостной иглы поочередно измеряли исходное значение ВКД в проксимальном и дистальном отломках. Согласно результатам проведенного исследования исходное ВКД в обеих отломках колебалось от 110 до 120 мм. водного столба. Далее в процессе внедрения сверла в проксимальный отломок повторно определяли ВКД в этом же отломке. По результатам исследования в основной группе (n=56) повышение ВКД в проксимальном отломке в процессе сверления костного канала в пределах 180-200 мм. водного столба отмечено у 5 (8,9%) пациентов с длинным проксимальным и коротким дистальным отломками. Исходя из этого, в последнее время мы отказались от определения ВКД при нормальной (50% от исходной длины кости) или короткой длине (менее 50% от исходной длины кости). При высоком ВКД прибегали к формированию поперечного канала ближе к линии перелома. Если выполнялась открытая репозиция (интерпозиция, сдавливание нервов и др.), то перед введением сверла прибегали к дренированию канала из линии перелома шилой или спицей Илизарова. Далее после репозиции под контролем ЭОП приступали к введению сверла по проводнику в дистальный отломок. При этом этот процесс проводился под мониторингом ВКД – при любом повышении последнего процесс прекращался до сверления поперечного канала в дистальном отломке. К последнему прибегали в 47 (83,9%) наблюдениях. В остальных 9 (16,1%) случаях прибегали к сверлению канала дистального отломка спицей Илизарова с последующим удалением жировой ткани из костного канала дистального отломка. Это дало возможность направить сверло в дистальный отломок без статистического значимого повышения ВКД от исходных величин. Остальные этапы БИОС выполнялись по общепринятой методике.

Эффективность предложенных малоинвазивных хирургических методов профилактики посттравматического СЖЭ при БИОС оценивалась по динамике жировой глобулемии и частоты СЖЭ в послеоперационном периоде. В контрольной группе (n=52) появление жировой глобулемии установлено у 46 (88,5%) пациентов, в то время как этот показатель в основной группе (n=56) составил 15 (26,8%), ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе клинические проявления СЖЭ по критериям Guard в послеоперационном периоде установлены у 32 (61,5%) пациентов, в основной группе – 11 (19,6%). Как видно, проведение операции по предложенным подходам позволило достоверно снизить частоту клинических форм СЖЭ в 3,1 раза по сравнению с традиционными подходами. Кроме того, в основной группе из 11 выявленных клинических проявлений СЖЭ 9 (81,8%) приходится на субклинические формы, остальные 2 (18,2%) составили клинические формы. Летальных исходов не отмечено. В контрольной группе из 32 выявленных клинических проявлений СЖЭ 17 (53,1%) приходится на субклинические формы. У 2 (6,3%) больных установлена классическая форма СЖЭ, один из которых закончился летальным исходом. Остальные 13 (40,6%) составили клинические формы.

**Выводы.** 1. Результаты проведенного исследования выявили выраженную корреляционную зависимость частоты жировой глобулемии и СЖЭ от методики проведения малоинвазивного БИОС. 2. При выполнении БИОС необходимо использовать ЭОП и методы мониторинга ВКД.

#### Список литературы.

1. Борисов М.Б. Синдром жировой эмболии при тяжёлых сочетанных травмах, прогнозирование, профилактика, диагностика и лечение: Дис. канд. мед.наук: 14.00.22. – Санкт-Петербург, 2001. - 164 с.
2. Диагностика жировой гиперглобулемии при травмах и операциях на костях / Н.В.Корнилов и др. // Методические рекомендации. – С-Пб, 2000. - 8 с.
3. Руководство по организации медицинской помощи, диагностики и лечения острого периода сочетанной и множественной травмы / А.А. Раззоков [и др.] // – Душанбе: «Маориф». - 2016. -649 с.
4. Салимов Н.Ф., Раззоков А.А. Динамика ключевых показателей травматизма в Таджикистане / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. - №1 (324). – С. 117 – 123.
5. BurgH.Treatment of adult tibial diaphysis fractures with reamed and locked intramedullary nailing // Acta OrthopTraumatol Turc. – 2009. - Jan-Feb; № 43 (1). - P. 7-13.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

<sup>1</sup>Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,

<sup>2</sup>Таджикский научно – исследовательский институт профилактической медицины и

<sup>3</sup>Национальный медицинский центр «Шифобахи», Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время во всём мире травматизм рассматривается как один из ведущих причин летальности и инвалидности [2,3,5]. В структуре летальности и инвалидности, обусловленные травмами, наиболее часто встречаются сочетанные повреждения [1,2,3]. При сочетанных повреждениях до 80,0% наблюдается развитие синдрома жировой эмболии (СЖЭ), которое нередко заканчивается летальным исходом и является причиной стойкой инвалидизации больных [1,4,5]. При разработке комплексных мер по профилактике данного синдрома ведущее значение имеет учёт факторов риска. Отсутствие обобщающих работ по этой проблеме свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

**Цель исследования.** Определение факторов риска развития СЖЭ в остром периоде при сочетанной травме.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на комплексном анализе данных о 216 больных с сочетанной травмой. Определение факторов риска развития СЖЭ проводилось путём распознавания частоты интегральных показателей у больных с присутствием СЖЭ (n=78) и без этого осложнения (n=138). Диагностика СЖЭ проводилась по клиническим критериям, подкреплёнными результатами экспресс-метода определения жировой глобулемии [2,3]. Результаты считались достоверными, если по критерию Стьюдента значение  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** С целью определения факторов риска СЖЭ нами проведено сравнение интегральных показателей, потенциально влияющих на вероятность развития этого симптомокомплекса среди больных с и без СЖЭ. Удельный вес пациентов, доставленных в сроки от 6 до 24 часов, среди больных с СЖЭ в 5,1 раза был больше, чем больных без СЖЭ (соответственно 33,3% и 6,5%). В целом 175 (81,0%) больных были доставлены непрофильными транспортными средствами. Неадекватная иммобилизация среди больных с СЖЭ немного превосходил, чем больных без СЖЭ (соответственно 93,6% и 49,6%). На развитие СЖЭ повлияла также неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия у 54 (25,0%), диагностические ошибки у 24 (5,8%) больных. Удельный вес больных с тяжестью состояния до 20 баллов среди больных без СЖЭ в 11,8 раза был выше, чем у больных с СЖЭ (соответственно 45,7% и 3,8%). Напротив, среди больных с СЖЭ у 75 (96,2%) тяжесть их состояния была выше 20 баллов, что в 2,2 раза выше, чем у больных без СЖЭ (44,3%). Средняя тяжесть состояния больных с СЖЭ составила  $34,9 \pm 2,3$  балла, при отсутствии СЖЭ -  $27,4 \pm 2,1$  балл. Удельный вес больных с длительной гипотонией среди пациентов с СЖЭ статически доставлено выше, чем у больных без этого симптомокомплекса (соответственно 86,7% и 52,4%). Суммарный удельный вес шока I и II степени среди больных с СЖЭ 1,6 раза превышал аналогичный показатель среди больных без СЖЭ (соответственно 97,4% и 61,6%). Следует также отметить, что частота шока III степени в группе больных с СЖЭ в 4,8 раза была больше, чем среди больных без СЖЭ (соответственно 24,3% и 5,1%). При сравнительном анализе частоты доминирующей травмы установлено статически достоверное преобладание доминирующих травм таза и конечностей среди пациентов с СЖЭ по сравнению с аналогичными показателями из группы больных без СЖЭ (таз - соответственно 20,5% и 6,6% и конечности - соответственно 52,5% и 44,9%). В то же время, среди пациентов без СЖЭ установлено преобладание пациентов с конкурирующими травмами по сравнению с группой больных с СЖЭ (соответственно 31,2% и 14,1%). По результатам проведенного исследования установлено, что у 44,9% больных с СЖЭ величина кровопотери составила более 1,5 литра, удельный вес критической кровопотери (более 3-х литров) составил 6 (7,7%). Среди больных без СЖЭ этот показатель составил 10,9%, т.е. был в 4,1 раза ниже.

Среди больных с СЖЭ (n=78) на одного больного в среднем приходится 2,8 переломов, в то время как среди пациентов без СЖЭ (n=138) этот показатель составил 2,1 перелом. В структуре переломов (n=331) наиболее часто наблюдались переломы бедра (31,7%) и голени (36,5%). Переломы длинных костей в 16,6% наблюдениях локализовались в эпифизе, в 30,2% - в метафизе и в 53,2% - в диафизе. Соотношение локализации переломов в эпифизе, метафизе и диафизе в группе больных с СЖЭ составило 15,4% - 36,5% - 48,1%, в то время как среди пациентов без СЖЭ это соотношение составило 17,7% - 24,6% - 57,7%. Другими словами, в группе больных с СЖЭ метафизарные переломы, которые характеризуются более масштабным повреждением костной ткани, на 11,9% встречались больше, чем в группе больных без СЖЭ. Повреждения черепа диагностированы у 145 пострадавших, из которых 7 (3,2%) случаев они носили доминирующий характер. При дифференцированном анализе в 36 (16,7%) случаях нарушения сознания были обусловлены ЧМТ, в 48 (22,2%) - проявлениями СЖЭ. Повреждения груди установлены у 63 (29,2%) пациентов, среди которых в 15 (6,9%) случаях они носили доминирующий характер. При повреждениях груди (n=63) удельный вес переломов рёбер при СЖЭ (n=29) составил 18 (62,0%), без СЖЭ (n=34) – 14 (41,2%), т.е. установлено статически значимое влияние тяжести повреждений груди на развитие СЖЭ.

Вклад тяжести повреждений живота в развитии СЖЭ не установлен. Повреждения таза в нашем материале установлены у 51 (23,6%) больного, из которых в 25 (11,6%) наблюдениях они имели доминирующий характер. Установлена выраженная статическая зависимость между частотой и тяжестью повреждений таза на развитие СЖЭ - среди больных с СЖЭ (n=38) частота повреждений таза составила 22 (57,9%), без СЖЭ (n=138) – 29 (21,0%). Удельный вес наиболее тяжёлых повреждений таза (II – III группы) у больных с развившемся СЖЭ составил 18 (47,4%), без СЖЭ – 7 (5,1%), т.е. при развитии СЖЭ в 9,3 раза превосходил больных, у которых этот симптомокомплекс не был установлен. При повреждениях мочеполовых органов, сосудов, нервов, ран различных локализаций и челюстно-лицевой области статически значимых закономерностей на развитие СЖЭ не установлены.

На основании полученных данных с использованием методики экспертных оценок разработана усовершенствованная шкала для прогнозирования СЖЭ (таблица 1).

Таблица 1. Усовершенствованная шкала для прогнозирования СЖЭ

Критерии	Значения	Балл
1. Наличие переломов двух и более длинных костей	нет	0
	есть	4
2. Тяжесть травмы таза по шкале Назаренко более 4 баллов	нет	0
	есть	2
3. Общая тяжесть повреждений по шкале Назаренко	до 12 баллов	0
	до 21 баллов	1
	более 21 баллов	2
4. Тяжесть травмы груди по шкале Назаренко	до 4 баллов	0
	> 4 баллов	3
5. Тяжесть состояния по шкале «ВПХ-СП» по Гуманенко	до 35 баллов	0
	> 35 баллов	2
6. Объем кровопотери	до 1,5 литров	0
	более 1,5 литров	1
7. Длительная гипотония при поступлении	до 40 мин	0
	более 40 мин	4
8. Неадекватная иммобилизация	нет	0
	есть	2

При тестировании шкалы результат считали положительным, если общая сумма баллов составляла более 14 баллов. в целом эффективность предложенной шкалы составила 173 (80,1%). Удельный вес неудовлетворительных результатов прогнозирования составил 43 (19,9%), из которых 20 (9,3%) составили ложноположительные и 23 (10,6%) ложноотрицательные результаты.

**Выводы.** 1. Установлено статистически значимое негативное влияние дефектов оказания догоспитальной помощи в развитии посттравматического синдрома жировой эмболии. 2. У больных с СЖЭ наблюдаются более тяжёлые повреждения конечности, груди, таза, которые в сочетании с кровопотерей, шоком и других осложнений способствуют развитию СЖЭ. 3. Вопросы диагностики и лечения при сочетанной травме должны проводиться с применением предложенной шкалы для прогнозирования развития СЖЭ.

#### Список литературы.

1. Жировая эмболия // В.К.Ожегов [и др.] // Мед. неотложных сост. -2007. -Т. 5. -№ 12. -С. 96–98.
2. Совершенствование организации медицинской помощи, диагностики и лечения синдрома жировой эмболии при сочетанной и множественной травме /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, Ф.А. Разоков, М.К. Назаров, Ф.А.Батыров – Душанбе, «Маориф». - 2015. -152 стр. (тираж 500 экз., 19,0 п.л., автора - 6,75).
3. Руководство по организации медицинской помощи, диагностики и лечения острого периода сочетанной и множественной травмы / А.А. Раззоков [и др.] // – Душанбе: «Маориф». - 2016. -649 с.
4. Latif A., Bashir A., Aurangzeb Ghani U. Fat embolism and fat embolism syndrome. // Prof. Med. J. -2008. -Vol. 15. -No 4. -P. 407–413.
5. Maegele M. Changes in transfusion practice in multiple injuries between 1993 and 2006: a retrospective analysis on 5389 patients from the German Trauma Registry // Transfus Med. – 2009. - Jun; № 19 (3). – P. 117-124.

*Ниёзов М.М., Сафаров Д.М.*

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С МАРГИНАЛЬНЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

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

**Актуальность.** Из всего многообразия патологических изменений элементов тазобедренного сустава (ТБС), отмечаемых при дисплазии и требующих реконструктивно-восстановительного оперативного вмешательства, самым сложным является врожденный маргинальный вывих бедра. При маргинальном вывихе головка бедра находится в ложной впадине, расположенной на месте, где должна расти крыша вертлужной впадины. Такое патологическое расположение элементов ТБС не способствует нормальному развитию сустава, а приводит к развитию раннего диспластического коксартроза. Данная патология, обладая скудной клинической картиной, трудностью ранней диагностики, требующей сложных реконструктивно-восстановительных операций обуславливает актуальность данной проблемы.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения маргинального вывиха бедра у детей.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 70 больных с врожденным маргинальным вывихом бедра в возрасте от 2 до 8 лет. Основная масса детей была старше 3 года. При поступлении дети до – и школьного возраста жаловались на умеренную хромоту усталость к концу дня и боли при нагрузке. При осмотре области тазобедренных суставов существенных отклонений не было выявлено. На рентгенограммах в отличие от клинических проявлений все параметры имели значительные отклонения от нормальных величин, что позволило во всех случаях квалифицировать нестабильность сустава как маргинальный вывих бедра.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные после клинико-рентгенологического обследования были подвергнуты оперативному вмешательству. Открытое вправление вывиха в сочетании с корригирующей остеотомией бедра (КОБ) была выполнено 24 больным, Подобное вмешательство в сочетании с лимбопластикой было произведено 18 больным. Реконструкция вертлужной впадины сочетании с КОБ была выполнено 28 больным.

Анализ результатов хирургического лечения в зависимости от выполнения оперативно тактического варианта проведен по 5 бальной системе, основанной на субъективных. Клинических и рентгенологических данных. При выполнении операции открытого вправления в сочетании с КОБ получено 4,6 баллов и при сочетании с остеотомией таза по Солтеру – 3,8; в сочетании с ацетабулопластикой – 3,9. Из всех выполненных оперативных вмешательств наиболее эффективным оказалось, открытое вправление и КОБ в сочетании с лимбопластикой.

**Выводы.** Результаты оперативного вмешательства оказался достаточно эффективным перед консервативным лечением при маргинальном вывихе бедра у детей и тем самым предупреждает развитие тяжелого формы диспластического коксартроза.

#### **Список литературы**

1. Рентгенологическая классификация врожденной дисплазии тазобедренного сустава / Макушин В.Д., Тепленький М.П. // Гений Ортопедии 2010 г. № 2, С.103-108.
2. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей / Камоско М. М. [и др.] // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том I. Выпуск 1. 2013г. С. 26-35.
3. Kim SN, Shin YB, Kim W et al. Screening for the Coexistence of Congenital Muscular Torticollis and Developmental Dysplasia of Hip. J. Ann. Rehabil. Med. 2011;35(4):485-490. Pediatrics. 2010. Nov;126(5):1040-50.
4. Vital L, Alegrete N, Lucas R. Correlação clínica e ecográfica em displasia de desenvolvimento da anca. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. 2013;21(3):363-370.

*Нозимов Ф.Х., Мухаббатов Дж.К., Хоркашев Ф.М., Хайрова Г.Х.*

### **ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА НА ФОНЕ ДОЛИХОСИГМЫ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино  
г. Душанбе. Таджикистан.

**Актуальность.** Считается нормой, что пища, принятая в течение 8 часов после последнего опорожнения кишечника, должна быть эвакуирована в течение последних 24 часов. Стул считается нормальным от 3 раз в день до 3 раз в неделю [1,2]. Следовательно, запором принято считать опорожнение кишечника более чем через 48 часов. Согласно данным ряда авторов хроническим колостазом страдают до 30-40% взрослого населения [4,5].

Среди всех причин запора долихосигма встречается в 45-50% случаев и не часто сочетается с аномалиями развития и положения других отделов толстого кишечника. По мнению некоторых авторов, в 15% случаев долихосигма может встречаться у совершенно здоровых людей и не иметь клинических симптомов, часто обнаруживается случайно (во время операции на органах брюшной полости и профилактических обследованиях).

Местные причины — замедленный пассаж через толстую кишку и патология области анального отверстия (например, геморрой, трещины, ректоцеле, внутренний пролапс прямой кишки), можно рассматривать двояко: и как одну из возможных причин запоров, и как его следствие, то есть как одну из взаимоусугубляющих сторон патологического процесса в толстом кишечнике.

Отсутствие комплексной оценки взаимосвязей между длительностью заболевания, возраста и пола больных хроническим запором на фоне долихосигмы в сочетании с патологиями других отделов толстого кишечника не позволяет определить их значение для уточнения этиопатогенеза хронического запора, оценки тяжести и выбора метода операций.

В связи с вышеизложенным, научная проблема данного исследования является весьма актуальной.

**Цель исследования.** Изучить причины хронического запора, обусловленные долихосигмой и сопутствующей патологией других отделов толстого кишечника в зависимости от пола, возраста и длительности заболевания.

**Материал и методы исследования.** Проанализирован опыт лечения 96 больных с ХЗ, обусловленным долихосигмой, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 им. К.Т. Таджикива, на клинической базе кафедры общей хирургии №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2014 по 2018 год. Среди них были 37 (38,5%) мужчин и 59 (61,5%) женщин в возрасте от 17 до 65 лет. У 63 (65,6%) пациентов выявлено наличие сопутствующей патологии других отделов толстого кишечника. Из них женщин было 45(71,4%), мужчин – 18 (28,6%). Для диагностики пациентов с хроническим запором использовали следующий алгоритм обследования: анамнез, физикальное, общеклинические, лабораторные исследования, эндоскопические методы (ректороманоскопия, колоноскопия, виртуальная колоноскопия), рентгенологическое исследование (ирригография, проктография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту), сфинктерометрию и анальную манометрию.

У 30% больных, во время колоноскопии, с целью уточнения клинического диагноза, проводилось гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки толстой кишки по Свенсену.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При поступлении больные жаловались на задержку стула в сроке от 3-х месяцев и более, вздутие и боли в области живота, диспептическое расстройство, боли и чувство дискомфорта в области анального канала и влагалища у женщин.

С целью выявления связи между запором, обусловленным долихосигмой и сопутствующими патологиями других отделов толстого кишечника в зависимости от пола, возраста и давности заболеваний, все больные были разделены на три группы. Первую группу составили 10 больных длительностью заболевания от 3-х месяцев до 1,5 года. Вторую группу составили 22 больных с длительностью заболевания от 1,5 года до 5 лет и третью группу составили 31 больной с длительностью заболевания от 5 и выше лет. В первой группе у 2-х пациентов долихосигма сочеталась с транзверзоптозом и у 3-х с подвижной слепой кишкой, у 5 с хронической анальной трещиной (ХАТ). У



всех больных ХАТ была последствием хронического запора. У второй группы больных долихосигмой выявили следующие сочетания: ректоцеле I–II степени у 4; цистоцеле I–II ст у 2; хронический геморрой II–III стадии у 3 больных; ХАТ у 2; транзверзоптоз у 3; мобильный цекум у 4 и недостаточность баугиновой заслонки (НБЗ) у 4 больных. В этой же группе больных выявили анемию I–II степени у 2. В третьей группе больных долихосигма сочеталась с ректоцеле III ст. + цистоцеле III ст. у 10 больных; геморрой III–IV ст. у 11; ХАТ у 7 больных и в этой же группе больных у 10 пациентов имела место анемия различной степени геморроидального происхождения. Кроме этого, среди всех больных этой группы у 8 имело место НБЗ. В 7 наблюдениях у второй и третьей групп больных долихосигмой выявили подвижную слепую кишку различной степени (7), атипичное положение толстой кишки, обусловленное ее патологической подвижностью за счёт нарушения процесса фиксации в брюшной полости (5). Субкомпенсированная форма хронического запора была у 30% больных, декомпенсированная форма ХЗ у 70% больных.

Сопутствующие патологии у больных долихосигмой наиболее часто встречаются у пациентов с большей длительностью и давностью заболевания среди женского пола - 78%.

У больных женского пола, пожилого и старческого возрастов аноректальная патология возрастает до 70%, а у больных мужского пола в этом возрасте частота патологии правой половины толстого кишечника встречается чаще - 54%.

Женщины составили 71,4% среди всех пациентов с запорами, при этом в 20% случаев – в возрасте 18–20 лет. Мужчины составили 28,4% и чаще запором страдают после 40–50 лет. Больше всего частота сопутствующих патологий отмечается у больных с более длительной давностью заболевания и у больных пожилого возраста.

Изучая возрастные и половые особенности клинического проявления хронического колостазы в зависимости от длительности заболевания, было выявлено, что при длительной продолжительности заболевания отмечается высокая частота сопутствующих патологий, механизм развития которых связан с хроническим повышением внутрибрюшного и внутрикишечного давления.

**Выводы.** Таким образом, больных хроническим запором необходимо оперировать в ранние сроки заболевания, что предотвращает развитие или возникновение сопутствующих патологий.

#### **Список литературы.**

1. Профилактика, диагностика и лечение колоректального рака: краткий справочник для специалиста. М., 2011 г. 140 с.
2. Джавадов Э.А., Курбанов Ф.С., Ткаченко Ю.Н. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -№ 9. — 2010. — С. 53-56.
3. Каххаров А.Н., Каххаров М.А. Аномалия фиксации и положения ободочной кишки у взрослых и их клиническое значение. Здравоохранение Таджикистан, № 3, 2014. С 12-21.
4. Wexner S.D., Duthie G.D. Constipation. Etiology, evaluation and management. — Springer, 2011. — 265 p.
5. Skoog S.M., Bharucha A.E. Dietary fructose and gastrointestinal symptoms: a review // Am. J. Gastroenterol. — 2010. — 99. — 2046-2050.

*Одилов А.Ю.<sup>1,2</sup>, Холалиев А.А.<sup>1</sup>, Фахриддинов М.Б.<sup>1</sup>*

#### **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии».

<sup>2</sup>Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** Гестационный пиелонефрит (ГП) занимает 2 место после анемии среди экстрагенитальной патологии беременных и является одной из ведущих причин госпитализации в период вынашивания беременности. Около 25% женщин, перенёсших атаку пиелонефрита, имеют риск рецидивов заболевания за остаточный период вынашивания беременности [1].

Национальные сообщества урологов и акушеров-гинекологов мира прикладывают значительные усилия по профилактике и повышению качества лечения гестационного пиелонефрита, с которым связывают такие серьёзные осложнения как острое поражение почек, сепсис, анемию беременных, самопроизвольный аборт, преждевременные роды, и наиболее грозные из них: риски внутриутробной гибели плода и летального исхода матери [2].

**Важнейшим вопросом в лечении ГП у беременных женщин является определение показаний к дренированию верхних мочевых путей (ВМП). Наличие пиелозктазии, болевого синдрома на стороне пиелозктазии, не являются самостоятельными факторами или причинами к дренированию ВМП. Показанием для дренирования почки при ГП является совокупность анамнестических, клинических, лабораторных данных и данных УЗИ, позволяющих сделать вывод о патогенетически значимом нарушении уродинамики в развитии и прогрессировании ГП [3] и изучение данного вопроса является актуальным.**

**Цель исследования.** *Улучшение результатов лечения пациенток с гестационным пиелонефритом.*

**Материал и методы исследования.** В ГУ «Республиканском научно-клиническом центре урологии» с целью восстановления пассажа мочи и улучшения функции почек широко применяют стентирование мочеточников (СМ) или чрескожную пункционную нефростомию (ЧПН) больным при гестационном пиелонефрите с гидронефрозом II или III степени.

Пациенткам, кроме общеклинических и лабораторных методов исследования, определяли индекс массы тела (ИМТ), проводили УЗИ почек, мочевыводящих путей и плода в динамике наблюдения.

С января по сентябрь месяц 2020 года в РНКЦУ 17 больным с гестационным пиелонефритом и гидронефрозом проводили стационарное лечение. Возраст больных варьировал от 20 до 29 лет и составлял в среднем 24,2±2,7 года. Все больные до госпитализации находились под наблюдением семейных врачей. 1 пациентке в анамнезе была проведена операция кесарево сечение однажды и 1 – дважды.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе обследования выявили, что у 8 (47,1%) больных имеется анемия различной степени и у 3 (17,6%) – мочекаменная болезнь. При определении ИМТ выявили дефицит массы тела у 3 (17,6%), нормальная масса тела у 8 (47,1%), избыток массы тела у 5 (29,4%) и ожирение II степени у 1 (5,9%) пациентки.

Гидронефроз II степени выявили у 15 (88,2%), гидронефроз I степени у 2 (11,8%) пациенток, при этом гидронефроз справа был у 10 (58,8%), слева – у 2 (11,8%) и с обеих сторон – у 5 (29,4%) больных.

У 10 (58,8%) пациенток была первая, у 4 (23,5%) – вторая и у 3 (17,7%) – третья беременность. Гестационный пиелонефрит во втором триместре (14-26 недель) отмечен у 10 (58,8%) женщин, в третьем триместре (27 недель – рождение) – у 7 (41,2%). Правосторонний ГП наблюдался в 9 (52,9%) случаях, левосторонний – в 3 (17,7%), двухсторонний процесс – в 5 (29,4%).

Все 17 (100,0%) пациенток при поступлении жаловались на боли в поясничной области, 6 (35,3%) – на тошноту, 3 (17,6%) – на рвоту и 5 (29,4%) – на повышение температуры тела до 38,5 – 39,0°C с ознобом.

Всем пациенткам после госпитализации назначили консервативное лечение, которое включает внутривенную инфузию, анальгетики, антибиотики широкого спектра действия и позиционную терапию (положение тела на здоровом боку, коленно-локтевое положение). Если после назначенной терапии наблюдалось снижение лейкоцитоза крови, нормализовалась температура тела и исчезали боли в поясничной области, продолжали назначенную терапию. При безуспешности консервативной терапии, особенно при появлении признаков сепсиса и постоянных болей в поясничной области, 6 (35,3%) больным произвели стентирование мочеточников с одной стороны. В случае двухсторонней дилатации верхних мочевыводящих путей дренирование производили со стороны клинической симптоматики. Во всех случаях отмечалась положительная клинико-лабораторная динамика и необходимости дренирования контралатеральной стороны не было. У 1 (5,9%) пациентки с ГП и мочекаменной болезнью с обтурирующим камнем мочеточника не удалось произвести стентирование мочеточника, провели чрескожную пункционную нефростомию с одной стороны. Средняя продолжительность СМ и ЧПН равнялась 21,7±4,3 (15-30) минут. Необходимости в гемотрансфузии и плазматрансфузии у пациенток не было.

Всем больным на следующие сутки после операции для оценки динамики дилатации верхних мочевыводящих путей, контроля положения стента и во время консервативной терапии контрольно проводили УЗИ почек и мочевыводящих путей. Во всех случаях после СМ или ЧПН отмечалось разрешение или уменьшение гидронефротической трансформации. После проведения СМ у 1 (5,9%) пациентки наблюдалось ухудшение состояния в виде дискомфорта, ноющие боли в надлобковой области, частые болезненные мочеиспускания удалили стент. В удовлетворительном состоянии 5 больных на 5-6 сутки после госпитализации выписали на амбулаторное лечение под наблюдение семейных врачей и урологов, а остальные пациенты, учитывая соматический статус (различные степени анемии, тяжесть пиелонефрита и септическое состояние), находились на стационарном лечении в течение 8-10 дней. Удаление стентов проводили после 2-4 месяцев от момента стентирования. Рецидивирование пиелонефрита во время беременности и прерывание беременности по медицинским показаниям пациенткам не потребовалось.

**Выводы.** Стентирование мочеточников или чрескожная пункционная нефростомия являются высокоэффективными и малоинвазивными методами лечения в случаях не разрешающегося болевого синдрома, осложнённого атакой пиелонефрита и сепсисом при гестационном пиелонефрите с гидронефрозом. Тем не менее, подавляющее число случаев гестационного пиелонефрита с гидронефрозом может быть успешно пролечено консервативно. При этом консервативное лечение является первой линией лечебных мероприятий.

#### Список литературы

1. Wing D.A. Acute pyelonephritis in pregnancy: an 18-year retrospective analysis / D.A. Wing, M.J. Fassett, D. Getahun // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 210, №3. – P. 219.e1-6.
2. Гестационный пиелонефрит: «традиционная» дренирующая тактика и её результаты / В.В. Левченко [и др.] // Вестник урологии. – 2020. №1 (8). – С. 39-48.
3. Журавлёв В.Н. Урологическая тактика при остром гестационном пиелонефрите / В.Н. Журавлёв [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2017. №2 (146). – С. 122-125.

*Олими М.<sup>1</sup>, Амонов Ш.Ш.<sup>1,2</sup>, Рашидов Ф.Ш.<sup>1,2</sup>*

### МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространенное заболевание во многих странах мира и большинство исследователей отмечают неуклонный рост в последние годы [1,2]. В хирургическом лечении этого заболевания многие хирурги отдают предпочтение мини-лапаротомной и лапароскопической холецистэктомии, как менее травматичному вмешательству. [3] У больных ЖКБ с компенсированными сопутствующими заболеваниями эти методы используются довольно широко и сообщения о выполнении этих операций у больных, перенесших операции на сердце, не достаточны. Так как в последние годы увеличивается количество больных, страдающих сердечной патологией и число больных, перенесших операции на сердце. [4,5] Изучение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни у больных, перенесших операции на сердце, является актуальным.

**Цель исследования.** Оценить результаты малоинвазивных методов лечения больных ЖКБ, перенесших операции на сердце.

**Материал и методы исследования.** Оперативное лечение выполнено у 34 больных ЖКБ, из них женщины

составили 19 (55,9%) и мужчины – 15 (44,1%). Средний возраст больных 62,4 года.

Из числа оперированных больных острый калькулезный холецистит имел место у 14 (41,2%) больных, хроническая форма заболевания у 20 (58,8%) больных, которые поступали в стадии обострения заболевания.

Осложненные формы желчнокаменной болезни встречались у 17 (50%) больных. Из них водянка желчного пузыря – 2 (5,9%), эмпиема желчного пузыря – 6 (17,6%), гангрена желчного пузыря – 2 (5,9%), перивезикулярный инфильтрат – 8 (23,5%), перивезикулярный абсцесс – 2 (5,9%), местный перитонит – 3 (8,8%) и механическая желтуха – 1 (2,9%).

Все больные в анамнезе имели перенесенные операции на сердце. У 14 (41,2%) больных операция на сердце была проведена в условиях искусственного кровообращения сердца и холодовой кардиоopleгии.

Из оперированных больных стентирование коронарных артерий – 20 (58,8%), протезирование клапанов сердца – 12 (35,3%) и аорто-коронарное и мамаро-коронарное шунтирование – 2 (5,9%).

Среди всех 34 больных сопутствующих заболеваний не было выявлено только у одного больного. 28 (82,4%) больных имели ишемическую болезнь сердца, 5 (14,7%) из которых с постинфарктным кардиосклерозом. Аритмии и блокады у 7 (20,6%) больных, артериальная гипертензия у 22 (64,7%), сахарный диабет II типа у 3 (8,8%), ХОБЛ у 8 (23,5%) и реактивный панкреатит у 18 (53%) больных. Ожирением страдали 8 (23,5%) больных.

Для обследования больных использовали объективные данные, общий анализ крови, свертывающей системы крови, определение печеночных и почечных тестов, ЭКГ, ЭхоКГ, ФВД, УЗИ с акцентированием внимания на размерах желчного пузыря, желчных протоках, толщину стенок пузыря, количество конкрементов и их локализацию, обзорная рентгенография грудной клетки, по показаниям провели КТ, МРТ органов брюшной полости и консультацию смежных специалистов.

Из анализируемых больных, все получали антикоагулянтные препараты, из них 22 (64,7%) принимали аспирин, 8 (23,5%) варфарин и 4 (11,8%) клопидогрел.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена нами у 28 (82,4%) больных. Противопоказанием к выполнению этого типа операции служило ожирение 4 степени, сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации и в анамнезе перенесенные операции на верхних органах брюшной полости и наличие кардиостимулятора (N=1).

6 (17,6%) больным холецистэктомия выполнена из минилапаратомного доступа (5-6 см), с использованием набора инструментов Мини-ассистент. Из этого доступа выполняли холецистэктомию как при хроническом, так и при остром холецистите.

По характеру заболевания эта группа больных в сравнении с лапароскопической была более тяжелой.

Продолжительность операции из Мини-доступа -  $53 \pm 10$  мин, а при ЛХЭ -  $48,5 \pm 5,5$  мин. Больные получали периоперационную антибиотикотерапию, дозу подбирали в зависимости от формы калькулезного холецистита.

Интраоперационные осложнения отмечены у 1 больного при лапароскопической холецистэктомии в виде кровотечения из ложа желчного пузыря, гемостаз достигнут с помощью инструмента шарика. У 1 больного после операции из Мини-доступа развилось местное осложнение в виде инфильтрата послеоперационной раны. Летальных исходов не было.

Среднее пребывание больных в стационаре составило  $4,8 \pm 1,8$  койко-дней.

**Выводы.** В хирургическом лечении желчнокаменной болезни у больных, перенесших операции на сердце можно использовать миниинвазивные методы хирургического лечения. Надо отметить, что мини-лапаратомный доступ с использованием набора инструментов Мини-ассистент имеет меньше противопоказаний по сравнению с лапароскопическим.

#### **Список литературы.**

1. Вахрушев Я. М., Хохлачева Н. А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Архив внутренней медицины. – 2016. – №. 3 (29).
2. Грищенко Е. Б. Терапия желчнокаменной болезни: трудности и перспективы // Consilium Medicum. – 2018. – Т. 20. – №. 8.
3. Алимов И. А. и др. Сравнительная характеристика лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из мини-доступа по результатам хирургического отделения Тюменской больницы ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – Т. 20. – №. 3. – С. 122-125.
4. Стяжкина С. Н., Целюсова А. А., Фаттахов И. И. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы у больных хирургического профиля с диагнозом желчнокаменная болезнь // StudNet. – 2020. – Т. 3. – №. 3.
5. Алмазов А. А. и др. Современные методы лечения желчекаменной болезни у пациентов пожилого и преклонного возраста // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2019. – Т. 19. – №. 9. – С. 3-7.

*Олимов Р.Х., Аминов З.А., Абдуллоев М.З., Курбонов К.Б.,*

### **ПРИМЕНЕНИЯ СУМАМОКСА (АЗИТРОМИЦИН) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРЕТРОГЕННЫМ ХЛАМИДИЙНЫМ ПРОСТАТИТОМ**

<sup>1</sup>Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр урологии Душанбе.

Республика Таджикистан

<sup>2</sup>Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

**Актуальность.** По данным современной литературы, хламидиоз относится к числу самых распространенных инфекционных заболеваний. В настоящее время урогенитальный хламидиоз является более частой причиной урогенитальных заболеваний, чем гонорея, в связи с чем актуальность этой проблемы в последние годы резко возросла. Считается, что до 56% всех хронических простатитов имеют хламидийную этиологию. Уретрогенные хламидийные

простатиты чаще всего протекают в форме хронического катарального воспаления. При небольшой продолжительности заболевания они в целом поддаются лечению, но, когда болезнь приобретает затяжной характер, отмечается выраженная резистентность к терапии. Общеизвестно, что, будучи внутриклеточным паразитом, *Chlamydia trachomatis* достаточно трудно поддается лечению. Возможность персистенции данного возбудителя в клетках обусловлена внутриклеточным циклом развития и возможностью внутриклеточной трансформации *C. trachomatis*, в связи с чем специфические антитела не могут воздействовать на ее вегетативную форму.

Далеко не все антибиотики эффективны в отношении *C. trachomatis*. Поскольку рассматриваемый возбудитель является внутриклеточным паразитом, выбор препаратов ограничивается теми, которые способны проникать внутрь клетки и создавать там достаточную терапевтическую концентрацию. В настоящее время предпочтение при лечении хламидийной инфекции гениталий отдается антибиотикам группы макролидов.

Одним из представителей новой подгруппы макролидных антибиотиков азалидов является *азитромицин*. Благодаря устойчивости в кислой среде и липофильности азитромицин быстро всасывается из желудочнокишечного тракта. Высокие концентрации в тканях (в 1050 раз выше, чем в плазме крови) и длительный период его полувыведения обусловлены низким связыванием с белками плазмы крови, а также способностью азитромицина проникать в эукариотические клетки и концентрироваться в среде с низким рН, окружающей лизосомы. Эта способность азитромицина накапливаться преимущественно в лизосомах особенно важна в лечении больных хламидиозом. Доказано, что фагоциты доставляют азитромицин в места локализации инфекции, где он высвобождается в процессе фагоцитоза. Концентрация азитромицина в очагах инфекции выше, чем в здоровых тканях на 24-34% и коррелирует со степенью воспалительного процесса. Несмотря на высокую концентрацию в фагоцитах, азитромицин не угнетает их функцию. Выведение азитромицина из плазмы крови происходит в два этапа: период полувыведения препарата составляет 14-20 ч в интервале от 8 до 24 ч после приема и 41 ч в интервале от 24 до 72 ч, что позволяет применять его однократно в сутки. Помимо этого, азитромицин сохраняется в бактерицидных концентрациях в очаге воспаления в течение 57 дней после приема последней дозы, что позволило разработать короткие курсы лечения.

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения Сумамокса (азитромицин) при лечении уретрогенного хламидийного простатита

**Материал и методы исследования.** ГУ- Республиканский научно клинически центр урология имеет опытом комплексного лечения 29 больных с уретрогенным хламидийным простатитом с использованием азитромицина.

В исследуемой группе возраст больных составил от 19 до 43 лет (в среднем 27,5). Продолжительность симптомов заболевания не превышала 2 мес. Диагноз основывался на характерных жалобах и данных анамнеза, физикального и клиника лабораторного обследования. Большинство больных предъявляли жалобы на боли и ощущение дискомфорта в промежности, иррадирующее в мошонку, легкую дизурию и расстройства половой сферы, проявляющиеся в укорочении времени полового акта, преждевременной эякуляции и ослаблении эрекции. При физикальном осмотре у 7 больных были выявлены скудные слизистые выделения из наружного отверстия уретры, что было расценено, как проявления уретропростатита. У всех больных паховые лимфатические узлы были увеличены и умеренно болезненны при пальпации. При пальцевом ректальном исследовании были отмечены болезненность и пастозность предстательной железы.

Основными лабораторными признаками уретрогенного хламидийного простатита являлись содержание в секрете предстательной железы свыше 10 лейкоцитов в поле зрения и одновременное выявление *Chlamydia trachomatis* при флюоресцентной микроскопии либо методом полимеразной цепной реакции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем больным назначали азитромицин по следующей схеме: в первый день однократный прием 1 г препарата, далее через день: в третий и пятый дни лечения однократно по 500 мг, в седьмой день 250 мг. Кроме того, комплекс лечебных мероприятий включал низкоэнергетическую лазеротерапию (трансректальным лазерным аппликатором), лечебный массаж предстательной железы, а также назначение иммунокорректоров (тактивин, декарис), препаратов, улучшающих микроциркуляцию (трентал, эскузан), витаминов группы В и противогрибковых средств (нистатин).

Контрольное обследование проводили через 10 дней и 1 месяц после окончания курса антибактериальной терапии. Субъективное улучшение состояния было отмечено у 24 больных, что составило 83%. Динамика жалоб до и после лечения представлена в табл. 1. Антибактериальная терапия азитромицином при уретрогенном хламидийном простатите имеет высокий симптоматический эффект: через месяц после окончания антибактериальной терапии 90% больных не предъявляли жалоб на боли и ощущение дискомфорта в промежности. Расстройства мочеиспускания были ликвидированы у всех больных уже к 10 суткам после лечения азитромицином. Вместе с тем расстройства половой сферы были отмечены у 5 из 8 больных, что, однако, могло быть связано и с психосоматической природой половых расстройств при простатите, о чем сообщается в литературе. Выявление увеличенных и болезненных паховых лимфатических узлов лишь у 28% больных через 1 месяц после лечения азитромицином косвенно свидетельствует об эффективности действия препарата на воспалительный процесс в органах малого таза, что подтверждают данные пальцевого ректального исследования. Наконец, полное прекращение слизистых выделений из наружного отверстия уретры уже к 10 суткам после окончания антибактериальной терапии с использованием азитромицина у всех 7 больных, имевших их до лечения, демонстрирует быстрое и эффективное воздействие на течение симптомов хламидийного уретрита. Эффект элиминации *Chlamydia trachomatis* оценивали по результатам лабораторного обследования: при отсутствии возбудителя через 1 месяц после лечения азитромицином эффект оценивали, как полную элиминацию. При выявлении *Chlamydia trachomatis* через 1 месяц элиминацию считали частичной, а при выявлении через 10 дней – констатировали отсутствие элиминации возбудителя.

Полная элиминация возбудителя достигнута у 21 больного (72%), частичная у 2 (7%), отсутствие элиминации - у 6 пациентов (20%). Полученные данные демонстрируют высокую эффективность элиминации *Chlamydia*

*trachomatis* при использовании азитромицина: его эффективность (частичная и полная элиминация возбудителя) составила в общей сложности 79%, что сопоставимо с результатами других исследователей.

Переносимость азитромицина у всех больных была хорошей, лечение не сопровождалось никакими побочными эффектами.

**Выводы.** Таким образом, можно сделать заключение, что азитромицин является эффективным средством для лечения больных уретрогенным хламидийным простатитом. Его действие проявляется как симптоматически, так и в плане элиминации *Chlamydia trachomatis*.

Уникальные особенности фармакокинетики азитромицина позволяют назначать его однократно в сутки короткими курсами и обеспечивают удобство применения.

Высокая клиниколабораторная эффективность и хорошая переносимость со всей очевидностью подтверждают, что азитромицин является препаратом выбора в лечении хламидийной инфекции.

#### **Список литературы:**

1. Гомберг М. А., Соловьев А. М., Некрасов А. В. и соавт. Иммуноterapia при хроническом персистирующем урогенитальном хламидиозе. ЗППП. 1997. № 4. С. 3436.
2. Мортон Р. С., Кингхорн Дж. Р. Урогенитальная хламидийная инфекция: переоценка данных и гипотезы. ЗППП. 2000. № 2. С. 415.
3. Скрипкин Ю. К., Пашинян М. Г. Опыт лечения больных урогенитальным хламидиозом. Акуш. и гинек. 2000. № 1. С. 5052.
4. Тюкавкин В. В. Хламидиоз, иммунобиология, диагностика, лечение. Бюллетень лабораторной службы. 1998. № 7. С. 1021.
5. Тюкавкин В. В., Большаков С. Б., Тюкавкина В. Н., Николаева Н. Б., Брюхов В. В., Конев О. Н. Применение Вильпрафена и Сумамеда для лечения генитального хламидиоза. Сравнительный анализ эффективности. Материалы краевой юбилейной конф. «СПИД: опыт первого десятилетия». Красноярск. 2000. С. 47.

*Пиратов Н.А., Пахомов М.А., Морозов А.М.*

### **РОЛЬ АНТИАГРЕГАНТОВ И АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России. Тверь.  
Россия.

**Актуальность.** В связи с увеличением продолжительности жизни, резко возросла доля сердечно-сосудистых заболеваний в общей структуре смертности населения. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения на первое место по причинам смертности и причин инвалидизации вышли такие сосудистые катастрофы как инфаркты и инсульты [1]. Наиболее часто данные состояния развиваются в результате тромбоза или тромбоэмболии, что свидетельствует о необходимости антитромботической терапии в качестве профилактики [2]. Наиболее часто для этой цели назначаются антиагреганты и антикоагулянты. Антикоагулянты и антиагреганты – это лекарственные препараты, в состав которых входят химические соединения, направленные на борьбу с опасными симптомами путем снижения активности свертывающей системы крови и подавления образования тромбов. Именно данные фармацевтические препараты играют важную роль в профилактике инфарктов и инсультов. В связи с чем особенно важно, чтобы социум был осведомлен кто входит в группу риска и почему так важно вовремя назначить и не прерывать антитромботическую терапию.

**Цель исследования.** Оценить осведомленность населения об использовании антикоагулянтов и антиагрегантов в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материалы и методы исследования.** В качестве метода исследования было использовано проведение социального опроса. В нем приняли участие 350 человек трех возрастных категорий: 20-30, 30-50 лет и старше 50. Данные были статистически обработаны для выявления процента людей, осведомленных об использовании антикоагулянтов или антиагрегантов в качестве профилактики заболеваний ССС. Кроме того, была изучена актуальная литература по данному вопросу.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные результаты показали следующее распределение респондентов по возрастным группам: больше всего опрошенных (55,7%) относятся к возрастной группе 20 – 30 лет. В возрасте от 30 до 50 лет оказалось чуть менее трети опрошенных (33%). Оставшиеся граждане (11,3%) оказались старше 50 лет.

При дальнейшей статистической обработке данных было отмечено, что преобладающая часть респондентов (79,2%) отметили у себя наличие сердечно-сосудистых заболеваний, причем некоторые опрошенные из данной группы перенесли сосудистые катастрофы: у 10 человек (2,8%) случился инсульт, а у 7 (2,0%) инфаркт.

Антитромботическую терапию назначают с целью минимизации риска тромбоэмболических осложнений в послеоперационный период. В противном случае могут возникнуть тяжелые последствия, причиной которых является нарушение или частичное и полное прекращение кровообращения в организме (инсульт, инфаркт) (Табл.2). Среди всех участников опроса у 50% был отмечен факт оперативных вмешательств: вмешательства на органах брюшной полости – 14,1%, грудной полости – 5,6%; операции на сосудах – 8,5%; гинекологические операции – 31% и другие вмешательства. Данные цифры свидетельствуют о том, что люди сталкивались с антитромботической терапией и имеют о ней знание на бытовом уровне. Это подтверждается наглядно: 56,6% респондентов заявило, что они слышали о таком виде терапии и имеют представление о сущности её проведения. При этом 29,7% опрошенных придерживается такого мнения, что антикоагулянты и антиагреганты помогают избежать тромбозов, а 26,9% считают целью приема данных препаратов разжижение крови.

Следует оговориться, что, не смотря на схожий конечный результат, существует принципиальная разница между действием антиагрегантов и антикоагулянтов. Антиагреганты необратимо ингибируют циклооксигеназу 1 и 2 типа тромбоцитов, в результате чего они теряют способность к агрегации и образованию тромбов. Действие антикоагулянтов направлено не на тромбоцитарные, а на плазменные факторы свертывания крови. Инактивируя их, антикоагулянты уменьшают активность свертывающей системы, что улучшает реологические свойства крови и благоприятно влияет на гемодинамику [3].

Исходя из результатов опроса, было выявлено, что на данный момент лишь небольшая часть опрошенных людей принимает антикоагулянты и антиагреганты – 10,4%. При этом распределение приема тех или иных антиагрегантов оказалось следующим: аспирин принимает подавляющее большинство – 24,1%; тиагрелол – 6,9%; клопидогрел и дипиридамол – по 3,4% респондентов. Таким образом, аспирин пользуется большим спросом в сравнении с другими антиагрегантами. Это объясняется тем, что аспирин (или ацетилсалициловая кислота) является эффективным препаратом, а главное его преимущество – это ценовая доступность практически для всех пациентов.

Среди участников опроса оказалось небольшое количество людей, принимающих антикоагулянты: ривароксабан (ксарелто) – 10%; гепарин, варфарин, дабигатран (прадакса) и детралекс по 3,3 % респондентов. Полученные результаты можно объяснить тем, что ксарелто является антикоагулянтом прямого действия; к тому же, данный препарат назначают исключительно в пероральной форме, что обеспечивает удобство в применении. Эти факторы дают преимущества ксарелто над другими антикоагулянтами, в частности над гепарином, который назначают в парентеральной форме, и над варфарином, являющимся антикоагулянтом непрямого действия [4].

Так же, для выявления общественного мнения, был задан вопрос о необходимости назначения антиагрегантов всем людям старше 60 лет. Подавляющее большинство респондентов (88,9%) уверены, что прием антиагрегантов в пожилом возрасте необходим для профилактики тромбозов и тромбоемболий, что позволяет увеличить продолжительность жизни и снижает риск наступления сосудистых катастроф: инсультов и инфарктов.

**Выводы.** Сердечно-сосудистые заболевания за последние несколько десятков лет вышли на первое место в общей структуре смертности. Наиболее часто люди погибают от последствий тромбозов и тромбоемболий, что демонстрирует важность назначения антиагрегантов или антикоагулянтов в профилактических целях. Уменьшая активность свертывающей системы крови, они позволяют значительно снизить риск тромбозов и тромбоемболий.

Говоря об осведомленности людей об антикоагулянтах и антиагрегантах в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, можно сказать, что население имеет умеренное представление о данных препаратах и сущности их применения. Лишь небольшая часть людей принимает антикоагулянты и антиагреганты.

#### **Список литературы.**

1. Сердечно-сосудистые заболевания. Всемирная организация здравоохранения. 17.05.2017. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>.
2. Струков, А.И. Патологическая анатомия : учебник / А.И. Струков, В.В. Серов. – Москва: Литтерра, 2012. – С. 129-130.
3. Никонов В.В. Механизм действия антикоагулянтов и перспективы клинического применения ривароксабана — первого эффективного ингибитора фактора Ха с возможностью энтерального введения / Никонов В.В., Курсов С.В. // Медицина неотложных состояний. 2011. – №3(34) – С. 52-57.
4. Гуляихина Д.Е. Влияние варфарина, гепарина и новых пероральных прямых антикоагулянтов (даби-гатрана этексилата, ривароксабана, апиксабана) на уровень факторов свертывания: V, VII, VIII, IX, XII, WF // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2019. – Т. 11. – № 1. – С. 79-92.

*Пирматова Д.А, Додхоева М.Ф.*

### **ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

**Актуальность.** Гестационный сахарный диабет (ГСД) является одним из разновидностей сахарного диабета (СД), впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям “манифестного” СД [1]. Согласно данным мировой литературы, частота распространённости ГСД колеблется от 2,0 до 37,0% от общего числа беременностей [2].

Плацента является сложным органом, играющим важную роль во время беременности, включающим транспорт питательных веществ, микроэлементов, воды, газов, продуктов обмена, кроме этого, она участвует в синтезе различных гормонов, которые регулируют транспорт веществ от матери к плоду и способствуют метаболическим адаптациям в организме матери в зависимости от различных стадий беременности. На протяжении всей беременности плацента находится в состоянии непрерывного развития с чередованием периодов разветвленного ангиогенеза, неразветвленного ангиогенеза, дифференцировки трофобласта и образования синцития [3]. Воздействия внутриутробных неблагоприятных факторов, в том числе гипергликемии и гипоксии приводят к морфофункциональным изменениям плаценты, вследствие чего нарушается действие гормонов плаценты на плод, в последующем приводящие к неблагоприятным перинатальным исходам [4]. Период нарушения, связанный с морфологическими изменениями развития, имеет решающее значение в определении последствий функциональных нарушений плаценты, а также и в программировании плода [5].

Высокий риск развития перинатальных осложнений при гестационном сахарном диабете обуславливает актуальность исследований, связанных с данной патологией. В связи с этим изучение строения плаценты при гестационном сахарном диабете позволит более детально изучить патогенетические механизмы формирования данных осложнений.

**Целью исследования** явилось изучение особенности гистологического строения плаценты у рожениц с гестационным сахарным диабетом.

**Материал и методы исследования.** Изучена 21 плацента, которые включены в 2 группы исследования, – основная и группа сравнения. Основную группу составили 10 последов от рожениц с гестационным сахарным диабетом и 11 последов от здоровых рожениц. Критериями включения в основную группу явились плаценты от одноплодной беременности, наличие установленного диагноза гестационного сахарного диабета в 24-28 недель беременности, а в группе сравнения – отсутствие гестационного сахарного диабета, а также любой соматической патологии и осложнений беременности. Критериями исключения явились плаценты от рожениц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с заболеванием почек и острой респираторной вирусной инфекцией во время беременности. Морфологические и морфометрические исследования проводились по стандартной методике с использованием окраски гематоксилином и эозином.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При морфометрическом исследовании средние размеры плаценты в группе ГСД составили  $18,9 \pm 1,6$  см и  $18,6 \pm 2,6$  см, а в группе сравнения –  $20,3 \pm 2,0$  см и  $21,5 \pm 2,7$  см ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ), которые свидетельствуют об уменьшении размеров плаценты при осложнении беременности у женщин с ГСД по сравнению с неосложненной беременностью. В группе ГСД максимальное число плацент имело среднюю массу в диапазоне 400-500 г (60,0%), а в группе сравнения – более 500 г (63,6%). Средний показатель плодово-плацентарного коэффициента в группе ГСД составил  $0,16 \pm 0,03$ , а в группе сравнения –  $0,18 \pm 0,07$ . При ГСД средняя длина пуповины составила  $49,1 \pm 9,2$  см, что достоверно было ниже, чем в группе сравнения  $58,9 \pm 4,6$  см ( $p < 0,01$ ). При исследовании пуповины в единичных случаях в группе ГСД были обнаружены ложные узлы, которые представляли собой участки перекрученных сосудов, варикозного расширения вен или места скопления вартонова студня. При гистологическом исследовании плацент в группе сравнения в 63,6% была отмечена высокая частота зрелых плацент, чем в группе ГСД 40,0% ( $p > 0,05$ ). У каждой второй пациентки с ГСД плацента проявилась диссоциированной формой созревания ворсин (50,0%), тогда как в группе сравнения данный показатель составил 18,2%. Максимальное число хаотичных склерозированных ворсин было отмечено в группе ГСД (60,0%), меньше в группе сравнения (45,5%). Частота дегенеративных процессов в исследуемых группах прослеживалась по 3-м основным признакам в ворсинчатом хорионе – это дистрофия синцития трофобласта, отек стромы и склероз стромы ворсинчатого хориона, и 2-м признакам межворсинчатого пространства – кровоизлияние и обнаружение фибриноида в субхориальном отделе. В группе ГСД в структурно-морфологических единицах плаценты изменения отмечались чаще, чем в группе сравнения. Так дистрофия синцития трофобласта чаще наблюдалась в группе ГСД, 70,0%, тогда как реже наблюдалась в группе сравнения 45,5%. У каждой 3 пациентки из группы ГСД наблюдался отек стромы 30,0% с выраженным раскрытием стромальных каналов и появлением клеток Гофбауэра-Кашенко, а в группе сравнения данный показатель составил 18,2%. При изучении изменений в межворсинчатом пространстве наличие фибриноида чаще отмечено в группе ГСД, 60,0% чем в группе сравнения – 27,3%. Клетки Кашенко-Гофбауэра, отвечающие за ангиогенез, дифференцировку трофобласта и иммунную защиту, больше обнаружены в группе ГСД – 70,0%, чем в группе сравнения 45,5%. Частота обнаружения воспалительных изменений в группе ГСД составила 30,0%, а в группе сравнения – 27,3%. Компенсаторно-приспособительные процессы имели место в обеих исследуемых группах, равномерно вовлекая в процесс морфологические субъединицы плаценты, ответственные за их реализацию. Плаценты с ГСД отличались высокой частотой обнаружения терминальных ворсин (ТВ) 60,0% и специализированных ворсин (СВ) 90,0%, которые формировали тонкие синцитиокапиллярные мембраны для обеспечения возросшего объема кровотока в интервиллезном пространстве, при этом обеспечивая интенсивную прибавку в массе плода при незначительном росте массы плаценты. Также было отмечено большое количество ворсин с выраженными явлениями ангиоматоза – в 60,0% наблюдениях в группе ГСД, чем в группе сравнения 54,5%. Исходя из полученных данных, при оценке степени плацентарной недостаточности (ПН) для плацент при ГСД были характерны признаки острого нарушения кровообращения и субкомпенсированной плацентарной недостаточности.

**Выводы.** Таким образом, в плацентах с ГСД установлены достоверно значимые изменения морфограммы плаценты с преобладанием диссоциированного типа созревания, в том числе обнаружение промежуточно зрелых и незрелых ворсин, а также хаотически склерозированных ворсин, все вместе свидетельствующее о циркуляторно-метаболических нарушениях, сопровождающихся плацентарной недостаточностью. Наиболее частыми инволютивно-дистрофическими изменениями в ворсинчатом хорионе плацент рожениц с ГСД явились дистрофия синцитиотрофобласта с чередованием участков с атрофией синцития, фиброз ворсин, отек стромы с воспалительными изменениями. Достоверно больше в этой группе наблюдались преобладание клеток Кашенко-Гофбауэра в ворсинчатом хорионе, по сравнению с группой сравнения. Так, для ГСД были характерны частые признаки субкомпенсированной ПН.

#### Список литературы

1. Дедов И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.Ю. Майоров. - Москва, РФ: Медицина; 2017. – 112 с.
2. Kharroubi A.T. Diabetes mellitus: The epidemic of the century / A.T. Kharroubi, H.M. Darwish // World J Diabetes. – 2015. – Vol. 6, № 6. – P. 850-867.
3. Fetal programming and gestational diabetes mellitus / L.J. Monteiro [et al.] // Placenta – 48. – 2016. - Vol. 30, № 1. – P. S54-S60.
4. The challenges and recommendations for GDM care in India: a review / S. Morampudi [et al.] // Frontiers in Endocrinology. – 2017. – Vol. 8, № 56. – P. 1-10.
5. Plagemann A. Maternal diabetes and perinatal programming / A.Plagemann // Early Hum. Dev. – 2011. - № 87. – P. 743-747.



*Пиров Б.С., Халифаев И.Р., Дададжонов Д.Ю.*  
**ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ  
 НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2011-2014гг.**  
 Кафедра хирургических дисциплин ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

**Актуальность.** Заместительная почечная терапия (ЗПТ), включающая гемодиализ и трансплантацию почки, является жизненно необходимым видом медицинской помощи, без оказания которой больные с почечной недостаточностью погибают от уремического токсикоза и прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности (тХПН), являясь исходом большинства почечных и многих системных заболеваний, имеет четкую тенденцию к увеличению во всем мире [1,2]. Контингент тХПН в основе своего роста имеет два компонента. Первый - увеличение числа впервые выявленных пациентов и пула лиц, уже находящихся на ЗПТ. За последние десятилетия произошло повышение частоты хронических болезней почек, связанной со старением населения нашей страны, ростом заболеваемости артериальной гипертензией, сахарным диабетом и атеросклерозом, что привело к неуклонному увеличению больных с почечной патологией [2].

Другим фактором, определяющим эту же тенденцию, является значительный прогресс в области всех методов ЗПТ и увеличение ее доступности. Расширение объемов ЗПТ для обеспечения потребности в ней, удлинение продолжительности жизни больных с утраченной функцией почек наряду с возрастающей первичной обращаемостью, приводит к непрерывному росту числа граждан страны с тХПН, которая фиксируется в официальных статистических документах.

По опыту других стран [4,5], для организации полноценной работы гемодиализных центров, существует проблема квалифицированных врачей нефрологов.

В статье дается подробная информация о состоянии заместительной почечной терапии методами хронического гемодиализа, перитониального диализа и трансплантации почек, которые применяются у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности за 2011-2014гг.

**Цель исследования.** Оценить состояние заместительной почечной терапии (ЗПТ) в условиях Республики и перспективы её развития.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ диализных центров, отделений в период с 2011 по 2014гг по всей республике. Установлено, что за последние годы в Республике повышены темпы прироста новых больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН)[3], поступающих на диализную терапию. С другой стороны, сеть диализных центров увеличилась и достигла из 3 отделений в 2013 до 5 в 2014, в которых развернуто 65 мест, что по сравнению с 2013 годом на 43 больных в течение года больше.

**Результаты:** Общее число больных, обеспеченных ЗПТ, ежегодно увеличивается на 4% и в 2014 г. достигло цифры 352,2 на 1 млн. населения (в России этот показатель составляет 157, в Украине- 101, в Беларуси - 306, в Западной Европе - 600, в Японии - 1200). Для организации полноценной работы гемодиализных центров, включая четырехсменный режим, существует проблема дефицита квалифицированных врачей — нефрологов [2,4,5]. После изучения опыта других стран, мы считаем, что оптимальное количество нефрологов в Таджикистане должно составлять не менее 1 на 40 тысяч населения. В данное время количество нефрологов составляет 52, вместо 200.

Организация многофункционального трансплантологического центра и планирование регионального отделения в РКБ района Дангары, придала новый импульс активизации нефротрансплантации, что положительно сказалось в целом на лечении пациентов с тХПН (табл. 1)

**Таблица 1. Количественные показатели трансплантации почек**

Число трансплантаций почек от родственного донора в регионах	2011	2012	2013	2014	Итого
		12	25	32	40
г. Душанбе	3	4	5	7	19
Согдийская область	6	11	15	23	55
Хатлонская область	2	6	7	5	20
РРП	1	4	5	5	15

Годовой прирост в республике числа больных, получивших ЗПТ, составил в 2014 году около 3,1% и соответствует общемировым тенденциям. Общее число больных, обеспеченных ЗПТ, ежегодно увеличивается на 4% и в 2014 г. достигло цифры 352,2 на 1 млн. населения (в России этот показатель составляет 157, в Украине- 101, в Белоруссии - 306, в Западной Европе - 600, в Японии - 1200) [2].

В РТ метод хронического гемодиализа, как основной компонент ЗПТ, применяется в учреждениях здравоохранения районного (межрайонного), областного(городского) и республиканского уровней (табл. 2).

**Таблица 2. Число отделений гемодиализа и диализных мест в Республике Таджикистан.**

Регионы	Число отделений/ кабинет	Число диализных мест		Число мест на млн. населения	Число больных на млн. населения
		2011	2014		
г. Душанбе	5/3	11	14	38,85	38,35
Согдийская область	1/3	3	3	67,6	33,8
Хатлонская область	0/1	2	4	35	13
РРП	0/3	-	1	18	10
Всего по РТ	6/8	16	22	31,89	23,78

**Выводы.** Для оптимизации почечно-заместительной терапии в Республике Таджикистан необходимо проведение следующих мероприятий:

- повышение уровня преподавания вопросов нефрологии врачам - терапевтам, студентам медицинских университетов и среднему медицинскому персоналу;
- расширение финансирования для более интенсивного использования современных технологий лечения (гемодиализация, высокопоточные гемодиализаторы, биосовместимые растворы для лечения перитонеального диализа);
- создание производства в Республике Таджикистан официальных жидких концентратов солей для гемодиализа и растворов для перитонеального диализа;
- повышение доступности приобретения высокоэффективных лекарственных средств (внутривенные формы препаратов железа, незаменимые аминокислоты, безкальциевые фосфат-биндеры и т.д.), отпускаемых по льготным рецептам амбулаторным нефрологическим больным.

#### Список литературы

1. Бикбов, Б.Т. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009гг / Б.Т.Бикбов, Н.А.Томилина // *Нефрология и диализ.* – 2011. - № 3. – С. 150-264.
2. Пилотович, В.С. Калачик ОВ. Хроническая болезнь почек. / В.С. Пилотович, О.В.Калачик. // Минск. - 2009. - 288с.
3. Данные Республиканского центра медицинской статистики Республики Таджикистан. -2013. 396с.
4. Anoaati S, Stripoli G, Buccianti G et. Al. Current structure and organization for renal patients assistance in Italy. / S.Anoatti[et. all.] // *Neph. Dial. Transpl.* – 2008. - №4. -P. 1323- 1329.
5. Erec, E. Nephrology dialysis and transplantation in Turcey. / E.Erec, G.Suleymanlar, K. Serdengecti// *Neph. Dial. Transpl.*-2002.№8. -P.2087-2093.

*Пирова М.Г., Кенджаева И.О., Пардаева Г С., Расулов Р.Н.*

#### ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЕЁ АССОЦИАЦИЯ С АНТИГЕНОМ HLA-B27

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии  
“ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

**Актуальность.** Вирусные заболевания являются важнейшей проблемой современной медицины. Одним из наиболее распространенных возбудителей вирусных инфекций является вирус простого герпеса (Herpes simplex; ВПГ), занимающий второе место по заболеваемости после вируса гриппа [4]. Предполагается, что некоторые люди (и линии в семьях) предрасположены к рецидивирующим герпесвирусным заболеваниям в связи с генетически наследуемыми особенностями эпитопов клеточных рецепторов [3].

Разнообразие клинического течения герпесвирусной инфекции (ГИ) позволяет предположить, что вариант течения заболевания может быть обусловлен иммунологическими детерминантами, ассоциированными с антигенами системы HLA. Многочисленными исследованиями доказано, что HLA-B27 ассоциируется с клинически выраженной формой инфекции ВПГ2. У серопозитивных по ВПГ2 больных в 3 раза чаще встречаются различные антигены системы HLA по сравнению с серонегативными людьми [1, 2].

**Цель исследования.** Изучение корреляционной связи антигена HLA-B27 с генитальной герпесвирусной инфекцией у женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено на базе кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Для диагностики ГИ материалом для исследования являлись соскобы из цервикального канала или шейки матки 36 женщин репродуктивного возраста. Для выявления антигена HLA-B27 была использована цельная кровь обследованных пациенток.

Подготовку клинических проб и реакцию амплификации проводили согласно методике ПЦР-тест-систем «Реагенты для ПЦР-амплификации ДНК с детекцией в режиме реального времени путем измерения флуоресцентного сигнала» (компания ДНК-технология, Москва, РФ) с помощью аппарата ДНК-технология ДТ-32.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На первом этапе исследования, используя метод ПЦР у всех обследованных пациенток, была диагностирована герпесвирусная инфекция.

На втором этапе нами были проанализированы результаты изучения частоты встречаемости антигенов HLA

у больных с типичной формой герпесвирусной инфекции у женщин репродуктивного возраста. Проведенное исследование позволило нам выявить положительные ассоциации между ГИ и носительством антигена HLA-B27. Так, антиген HLA-B27 был выявлен в организме 14,0% женщин, инфицированных ВПГ2. Следует отметить, что полученные нами результаты не совпадают с данными исследователей из других стран, которые сообщают о частой ассоциации герпесной вирусной инфекции с антигенами HLAB16, B35 и B41. На наш взгляд, полученные нами результаты обусловлены популяционной особенностью этнических групп населения нашей страны и все изложенное требует дальнейшего изучения ассоциации антиген системы HLA с этой инфекцией.

**Вывод.** При герпесвирусной инфекции женщин частота выявления антигена HLA-B27 не превышает 14,0%, что необходимо учитывать при проведении клинико-лабораторных исследований женщин репродуктивного возраста.

#### Список литературы

1. Гриноу А., Осборн Дж., Сазерленд Ш. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции. – М.: Медицина, 2000. – 288 с.
2. Долгих Т.И. Современная стратегия лабораторной диагностики герпес-вирусных инфекций, ассоциированных с перинатальной патологией // Справочник заведующего КДЛ. – 2011. – № 4. – С. 21-34.
3. Современные аспекты герпес-вирусной инфекции. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика: метод. рекомендации. – Правительство Москвы, Департамент здравоохранения / сост. Каражас Н.В. и др. – М.: Спецкнига, 2012. – 128 с.
4. Modern aspects of herpes virus infection. Epidemiology, clinical course, diagnostics, treatment and prevention: Methodological Guidelines / Public health department of Moscow city government / compiler: Karazhas N.V., et al. – М.: Spetskniga, 2012. – 128 p.

*Пронин Н.А., Тараканов П.В., Секисова Е.В.*

### К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕХНИКИ ДУОДЕНУМОСОХРАНЯЮЩЕЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ДУГ

Кафедры анатомии и госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Россия

**Актуальность.** На сегодняшний день в патогенезе болевого синдрома и целого ряда осложнений при хроническом панкреатите (дуоденальная дистрофия, билиарная гипертензия, дуоденостаз) основную роль играет массивный фиброз поджелудочной железы с деформацией и перестройкой стромального и ацинарного компонента, инфильтрацией нервных волокон иммунокомпетентными клетками [1]. Следовательно, оперативное лечение является методом выбора в тактике ведения данной категории пациентов. По последним данным рандомизированных исследований [2] при хроническом панкреатите оптимальным методом хирургического вмешательства, с минимальным количеством осложнений и лучшим качеством жизни, служит дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы. Поджелудочная железа относится к органам с хорошо развитой системой кровообращения. Резекционные вмешательства на ней нередко сопровождаются значимой кровопотерей [3], требующей переливания компонентов крови, что ведет к существенному удорожанию лечения.

**Цель исследования.** оптимизация техники дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы с учетом вариантов формирования панкреатодуоденальных артериальных дуг.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено в два этапа. На анатомическом этапе изучены источники формирования и варианты топографии передней и задней панкреатодуоденальных артериальных дуг на 42-х органокомплексах верхнего этажа брюшной полости людей в возрасте от 20 до 90 лет методом препарирования, с предварительной инъекцией сосудов массой, состоящей из дистиллированной воды, желатина, клея ПВА и туши черного или красного цвета [4].

Клинический этап представлен результатами обследования и лечения 147 пациентов с хроническим панкреатитом, наблюдавшихся в клинике кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. В группу №1 (72 пациента) вошли пациенты, которым резекция головки поджелудочной железы выполнялась согласно классической методике того или иного вмешательства. В группу №2 включены 75 пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось с учетом полученных нами анатомических данных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам анатомического этапа исследования установлено, что в кровоснабжении панкреатодуоденальной области принимают участие передняя и задняя панкреатодуоденальные артериальные дуги [5]. Было выявлено три варианта в топографической анатомии передней дуги. В 75% случаев дуга залегала в борозде между двенадцатиперстной кишкой и головкой поджелудочной железы, при этом в 1/3 данных наблюдений в своей дистальной трети передняя панкреатодуоденальная дуга переходила на заднюю поверхность головки железы под так называемый «подбородок». В 25% случаев передняя дуга располагалась на передней поверхности головки поджелудочной железы, в среднем на 1,0 см левее от медиального края двенадцатиперстной кишки. В свою очередь, в топографии задней панкреатодуоденальной дуги выявлено два варианта. В 80% случаев дуга располагалась кзади от общего желчного протока, в 20% - кпереди от него, уходя глубокого в паренхиму головки поджелудочной железы. Установлено, что источники артерий, формирующие панкреатодуоденальные дуги, и места их отхождения в панкреатодуоденальной области характеризуются относительным постоянством, независимо от вариантов топографии самих дуг. В частности, передняя верхняя панкреатодуоденальная артерия [3], берущая начало на одном уровне с правой желудочно-сальниковой артерией, может быть доступна выделению во время оперативного вмешательства в месте своего отхождения, не зависимо от варианта топографии передней дуги.

Кроме того, из полученных нами данных видно, что в кровоснабжении двенадцатиперстной кишки принимает участие обе панкреатодуоденальные дуги, но от задней идет большее количество кишечных ветвей (в среднем 9-12, от передней дуги – 5-7), что говорит о сохранении адекватного кровотока в кишке при деартеризации, по оперативной необходимости, элементов передней дуги.

На клиническом этапе в группе №1 все оперативные вмешательства (операция Бегера, бернский вариант операции Бегера, операция Фрея в модификации 2003 года) выполнялись по общепринятой методике, описанной в отечественной и зарубежной литературе. Пациенты группы №2 оперировались с учетом полученных нами анатомических данных. При резекции головки поджелудочной железы по Бегеру, в том числе бернский вариант, осуществляли вначале перевязку основного ствола передней верхней панкреатодуоденальной артерии в месте ее отхождения от гастродуоденальной артерии. Основным ориентиром для поиска устья данной артерии служила правая желудочно-сальниковая артерия, пульсация которой по большой кривизне желудка легко и четко определялась пальпаторно. При резекции головки поджелудочной железы по Фрею, мы осуществляли перевязку основного ствола гастродуоденальной артерии, чуть проксимальнее уровня ее бифуркации на переднюю верхнюю панкреатодуоденальную артерию и правую желудочно-сальниковую артерию. Лигирование именно гастродуоденальной артерии при выполнении резекции по Фрею, обусловлено тем, что сам Фрей, в описании техники операции от 2003 года, рекомендует перевязывать правую желудочно-сальниковую артерию для более тщательной резекции паренхимы поджелудочной железы по ее верхнему краю. Нижнюю панкреатодуоденальную артерию или ее переднюю ветвь лигировали прошиванием по левому краю крючковидного отростка в борозде между головкой железы и двенадцатиперстной кишкой. Для оценки величины интраоперационной кровопотери использовался способ Мооге в модификации, предложенной Ш.В. Тимербулатовым в 2012 г. [7]. Способ основан на изменениях показателя гематокрита до и после оперативного вмешательства. Объем кровопотери менее 250 мл у пациентов группы №1 наблюдался в 8,3% случаев, группы №2 – 33,3%; в диапазоне 250-400 мл – 11,1% и 30,7% соответственно. Кровопотеря в объеме 750-850 мл зафиксирована у 15,3% пациентов группы №1 и 4% группы №2; в объеме 850-1000 мл – 11,1% и 1,3% соответственно. Средний объем интраоперационной кровопотери у пациентов в группе №1 составил  $642 \pm 53$  мл, в группе №2 –  $402 \pm 48$  мл. Таким образом, величина интраоперационной кровопотери в группе №2 была в среднем на 37,4% меньше ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Источники артерий, формирующие панкреатодуоденальные дуги, и места их отхождения в панкреатодуоденальной области характеризуются относительным постоянством, независимо от вариантов топографии самих дуг.

Предварительная перевязка во время операции элементов передней панкреатодуоденальной артериальной дуги уменьшает величину интраоперационной кровопотери на 37,4% ( $p < 0,01$ ).

#### **Список литературы.**

1. Паклина О.В., Чекмарева И.А., Сетдикова Г.Р., Никитин П.Н., Шабунин А.В., Бедин В.В. и др. Поражение нервных стволов при хроническом панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011; (3): 95-102
2. Пропп А.Р., Деговцов Е.Н., Никулина С.А. Сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов традиционного и оригинального способов терминотерминальной панкреатоэюностомии при субтотальной резекции головки поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2020;25(1):38-47
3. Кригер А.Г., Горин Д.С., Гоев А.А., Варава А.Б., Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А. Послеоперационное кровотечение в хирургии поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2017;22(2):36-44.
4. Пронин Н.А., Павлов А.В. Экстраорганный артериальный русло головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки. *Журнал анатомии и гистопатологии*. 2016;5(2):46-51.
5. Международная анатомическая терминология 2003 г., с официальным списком русских эквивалентов: справочник / ред-сост. Л.Л. Колесникова. – М.: 2003. – 424 с.

*Юсунов Ш.А., Зуфаров А.А., Пулатов П.А.*

### **ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1В И ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Кафедра детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института. Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Равновесие между продукцией, экспрессией и ингибированием синтеза белков семейства IL-1 играет одну из ключевых ролей в развитии, регуляции и исходе воспалительного процесса [1,2]. IL18 рассматривается как один из ключевых факторов противомикробной защиты организма. В случаях уже имеющегося заболевания МКБ, исследование ассоциации молекулярно-генетических маркеров с развитием уролитиаза является актуальным [3].

**Цель исследования:** изучение ассоциации генов интерлейкина-1β и интерлейкина-18 с развитием МКБ у детей

**Материалы и методы исследования.** Для выполнения поставленных задач нами проведено клиническое обследование 100 детей с МКБ и 100 практически здоровых детей. Сбор материала проводился на базе Самаркандского филиала детской хирургии Республиканского Специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. Среди больных преобладали дети школьного возраста – 69 (69%). МКБ чаще встречается среди мальчиков – 68 (68%) детей, чем среди девочек 32 (32%).

Молекулярно-генетические исследования проводились в лаборатории геномики при Институте Биоорганической химии (ИБОХ) Академии Наук Республики Узбекистан (АН РУз). Выделение ДНК из цельной крови осу-

щественно набором реагентов Diatom™ DNA Prep 200 (производство ООО “Лаборатория ИзоГен”, Москва, Россия). Был произведен дизайн праймеров и подбор рестриктаз для полиморфизмов генов интерлейкина-1β (IL-1 β) и интерлейкина-18(IL-18).

Статистическую обработку результатов исследования проводили: с использованием online calculator openepi.

**Результаты исследования и их обсуждение.** распространенность частот генотипов ТТ, ТС и СС гена IL-1β у детей, страдающих МКБ, составила 29%, 44% и 27% соответственно, тогда как в контрольной группе – 22%, 64% и 15% соответственно. Частоты распределения генотипа гетерозигот СС составляли 27%, а в контрольной группе 15% соответственно ( $\chi^2=0,47$ ;  $p=0,24$ ;  $OR=1,35$ ; 95% CI 0,57-3,17;  $df=1$ ). Выявление аллеля С в 1,4 раза повышало риск возникновения МКБ у детей, по сравнению с наличием аллеля Т (95% ДИ = 0,68-2,93,  $df=1$ ).

Анализ частот генотипов гена IL-1 показал, что распределение анализируемых генотипов в нашей популяции соответствует распределению Харди-Вайнберга (РХВ) ( $\chi^2=6,77$ ;  $p=0,03$ ). Анализ доминантной частоты наследования показал, что частота распределения генотипов по РХВ в группе больных не имеет статистически значимого отклонения между общей и доминантной моделью наследования.

Распространенность частот генотипов АА, АС и СС гена IL-18 у детей, страдающих МКБ, составила 52%, 43% и 5% соответственно, тогда как в контрольной группе – 57%, 41% и 2% соответственно. Сравнительный анализ распределения частот генотипов полиморфизма А/С гена IL-18 не выявил достоверно значимых различий между группой больных и контрольной группой, тогда как СС у больных детей встречалось в 2 раза чаще и имело достоверное отклонение ( $p<0,05$ ). Анализ доминантной частоты наследования показал, что частота распределения генотипов по РХВ в группе больных не имеет статистически значимого отклонения между общей и доминантной моделью наследования.

**Выводы.** Полученные в данном исследовании результаты свидетельствуют о том, что ген IL-1β вносит вклад в детерминацию нарушений способствующих развитию МКБ у детей. В частности в узбекской популяции генетическими маркерами предрасположенности к МКБ является генотип СС гена IL-1β.

#### Литература

1. Юсупов Ш. А. и др. Оценка интенсивности синдрома эндогенной интоксикации у детей с распространенным аппендикулярным перитонитом // Медицинский альманах. – 2019. – №. 5-6 (61).
2. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шахриев А.К. Причины возникновения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов у детей и пути их профилактики // Academy. 2020. №6 (57). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-vozniknoveniya-posleoperatsionnyh-vnutribryushnyh-absstessov-u-detey-i-puti-ih-profilaktiki> (дата обращения: 22.07.2020).
3. Abdurasulovich Y. S. Assessment of the effectiveness of ultrasound sonography among children with appendicular peritonitis // European science review. – 2017. – №. 1-2.

*Раджабов Д.Р, Амонов Ш.Ш, Курбанов Н.Р, Шохсаворбеков А.Ш.*

### ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

**Актуальность.** На сегодняшний день тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) является одной из приоритетных проблем в Республике Таджикистан, так как она имеет неуклонно растущую тенденцию [3,4]. Во многих публикациях в литературе [3] отмечается, что ТГВ в структуре сосудистых заболеваний, которыми госпитализируются пациенты в сосудистое отделение, занимает одна из ведущих мест. Надо отметить что, наиболее опасных осложнения в остром периоде ТГВ, которые угрожают жизни больного является тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии (ТЭЛА). Эпидемиологические данные свидетельствуют, что частота ТГВ составляет 160 на 100000 населения, а частота ТЭЛА - 50 на 100000 населения [1,2,5]. По данным различных авторов, до 85% случаев ТЭЛА обусловлена венозным тромбозом в системе нижней полой вены. При неадекватном лечении ТГВ риск ТЭЛА значительно возрастает, а по некоторым данным, на фоне адекватной терапии ТЭЛА зарегистрирована лишь в 3,33% случаев.

Ежегодно в США фиксируется примерно 300.000 смертей, связанных с тромбоэмболией лёгочной артерии [3,4,5]. Изучению особенностей этиологии и патогенеза венозного тромбоза посвящено немало научных публикаций, тем не менее, остаются не до конца изученными все факторы, приводящие к данной патологии.

**Цель исследования.** Изучить основные факторы риска развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК).

**Материал и методы исследования.** Проанализированы результаты обследования и лечения 123 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей за период с 2017 по 2020 годы в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии. Среди наблюдавшихся пациентов 63 (51,22%) составляли женщины, а мужчин было - 60 (48,78%) в возрасте от 16 до 84 лет (средний возраст составил 51,2±2,2). Надо отметить что, в возрастной структуре пациенты молодого и среднего (трудоспособного) возраста (от 20 до 50 лет) составили большинство - 79 (64,2%) пациента. Наиболее часто при ОТГВНК у пациентов была поражена левая нижняя конечность - 75 (60,98%) случаев, реже правая - 48 (39,02%), этот феномен объясняется тем, что в малом тазу правая подвздошная артерия давит на левую подвздошную вену (синдром Мея Тернера).

Обследование больных с ОТГВНК включало: сбор клинико-anamnestических данных, физикальные данные, исследование свёртывающей системы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, R-графия грудной клетки. Диагноз ОТГВНК подтверждался результатами УЗДГ и УЗДАС.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Нами были изучены предрасполагающие факторы развития

ТГВ. К ним относились: оперативные вмешательства в брюшной полости, забрюшинном пространстве и полости малого таза - у 23 (18,7%); послеродовой период и после кесарево сечения - у 16 (13,01%); после химиотерапии по поводу онкологических заболеваний - у 15 (12,2%); после травм, потребовавших иммобилизации конечности - у 26 (21,14%); на фоне гормонотерапии (заместительная и контрацептивная) - у 11 (8,94%); тромбофилия - у 4 (3,25%) и у 28 (22,76%) - причина не была установлена, следует отметить, что эти больные, в основном, были молодого возраста, и в связи с трудностью определения причины заболевания после выписки рекомендовали пройти лабораторное обследование на предмет тромбофилии для выявления различных врождённых форм тромбофилических патологий. В результате, у 3-х (5,5%) больных выявили дефицит мембранного белка интегрин альфа 2 (ITGA2) и интегрин b-3 (ITGB3). Интегрин альфа 2 (ITGA2) и интегрин b-3 (ITGB3) являются одними из основных белков коллаген-связывающих рецепторов в системе гемостаза. Интегрин альфа 2 (ITGA2) является рецептором для ламинина, коллагена, фибронектина, Е-кадгерина, а также коллагеновых С-пропептидов. Гидроксигликозилированная последовательность (G-F-P-G-E-R) в коллагене отвечает за адгезию тромбоцитов. При дефиците ITGA2 в крови снижается чувствительность к антикоагулянтам и тромбо-разжижающим препаратам, в частности аспирину и тромбоассу.

Также надо отметить, что сопутствующей патологией у 17% больных являлась гипертоническая болезнь и ИБС, у 8% больных - сахарный диабет, у 12% - онкопатология, у 6% - ожирение, у 4% - анемии различного генеза, у 11% - патология ЖКТ, у 13% - гинекологические заболевания, у 7,0% - ХНЗЛ.

**Выводы.** Таким образом, у большинства обследуемых пациентов выявили наличие сопутствующих заболеваний (у 96 больных - 78,04%), которые могут оказывать влияние как в остром периоде ТГВ, как и на течение ПТВ. Зная этиологического фактора легче будет лечения и ведение больных с ТГВНК.

#### Список литературы:

1. Кузнецов М.Р., С.В. Сапелькин. Реканализация глубоких вен нижних конечностей как показатель эффективности лечения острого венозного тромбоза / М.Р. Кузнецов, С.В. Сапелькин // *Флебология*. -2016.- №3.-С. 82-87.
2. Лебедев А.К, Кузнецова О.Ю. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей / А.К. Лебедев, О.Ю. Кузнецова // *Российский семейный врач*.- 2015.-№ 3.-С. 5-18.
3. Султанов Д.Д, Азизов А.А, Авгонов У.М. Некоторые вопросы патогенеза хронической венозной недостаточности при посттромботической болезни. Д.Д. Султанов, А.А. Азизов, У.М. Авгонов // *Вестник Авиценны*. 2010.-№ 1.-С. 134-143.
4. Hull R.D, Gersh M.H. The current landscape of treatment options for venous thromboembolism: a focus on novel oral anticoagulants / R.D Hull, M.H Gersh // *Curr Med Res Opin*. -2015.-Vol. 31, No.2.-P. 197-210.
5. Schulman S., [et al.]. Treatment of acute venous thromboembolism with dabigatran or warfarin and pooled analysis./ S., Schulman, [et al.] // *Circulation*.- 2014.- Vol.129.No.7.-P. 764-772. doi: 0.1161/CIRCULATIONAHA.113.004450.

<sup>1</sup>Раззоков А.А., <sup>2</sup>Наимов А.М., <sup>3</sup>Пирназаров М.С.

#### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

<sup>1</sup>Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,

<sup>2</sup>Таджикский научно – исследовательский институт профилактической медицины и

<sup>3</sup>Национальный медицинский центр «Шифобахш», Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время во всём мире травматизм рассматривается как один из ведущих причин летальности и инвалидности [2,3,5]. В структуре летальности и инвалидности, обусловленные травмами, наиболее часто встречаются сочетанные повреждения [1,2,3]. При сочетанных повреждениях до 80,0% наблюдается развитие синдрома жировой эмболии (СЖЭ), которое нередко заканчивается летальным исходом и является причиной стойкой инвалидизации больных [1,4,5]. При разработке комплексных мер по профилактике данного синдрома ведущее значение имеет учёт факторов риска. Отсутствие обобщающих работ по этой проблеме свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

**Цель исследования.** Определение факторов риска развития СЖЭ в остром периоде при сочетанной травме.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на комплексном анализе данных о 216 больных с сочетанной травмой. Определение факторов риска развития СЖЭ проводилось путём распознавания частоты интегральных показателей у больных с присутствием СЖЭ (n=78) и без этого осложнения (n=138). Диагностика СЖЭ проводилась по клиническим критериям, подкреплёнными результатами экспресс-метода определения жировой глобулемии [2,3]. Результаты считались достоверными, если по критерию Стьюдента значение  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** С целью определения факторов риска СЖЭ нами проведено сравнение интегральных показателей, потенциально влияющих на вероятность развития этого симптомокомплекса среди больных с и без СЖЭ. Удельный вес пациентов, доставленных в сроки от 6 до 24 часов, среди больных с СЖЭ в 5,1 раза был больше, чем больных без СЖЭ (соответственно 33,3% и 6,5%). В целом 175 (81,0%) больных были доставлены непрофильными транспортными средствами. Неадекватная иммобилизация среди больных с СЖЭ немного превосходил, чем больных без СЖЭ (соответственно 93,6% и 49,6%). На развитие СЖЭ повлияла также неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия у 54 (25,0%), диагностические ошибки у 24 (5,8%) больных. Удельный вес больных с тяжестью состояния до 20 баллов среди больных без СЖЭ в 11,8 раза был выше, чем у больных с СЖЭ (соответственно 45,7% и 3,8%). Напротив, среди больных с СЖЭ у 75 (96,2%) тяжесть их состояния была выше 20 баллов, что в 2,2 раза выше, чем у больных без СЖЭ (44,3%). Средняя тяжесть состояния больных с СЖЭ составила  $34,9 \pm 2,3$  балла, при отсутствии СЖЭ -  $27,4 \pm 2,1$  балл. Удельный вес больных с длительной гипотонией среди пациентов с СЖЭ статически доставлено выше, чем у больных без этого симптомокомплекса (соответственно 86,7% и 52,4%). Суммарный удельный вес шока I и II степени среди больных с СЖЭ 1,6 раза превышал аналогичный показатель среди больных без СЖЭ (соответственно 97,4% и 61,6%). Следует также отметить, что частота шока III

степени в группе больных с СЖЭ в 4,8 раза была больше, чем среди больных без СЖЭ (соответственно 24,3% и 5,1%). При сравнительном анализе частоты доминирующей травмы установлено статически достоверное преобладание доминирующих травм таза и конечностей среди пациентов с СЖЭ по сравнению с аналогичными показателями из группы больных без СЖЭ (таз - соответственно 20,5% и 6,6% и конечности - соответственно 52,5% и 44,9%). В то же время, среди пациентов без СЖЭ установлено преобладание пациентов с взаимоконкурирующими травмами по сравнению с группой больных с СЖЭ (соответственно 31,2% и 14,1%). По результатам проведенного исследования установлено, что у 44,9% больных с СЖЭ величина кровопотери составила более 1,5 литра, удельный вес критической кровопотери (более 3-х литров) составил 6 (7,7%). Среди больных без СЖЭ этот показатель составил 10,9%, т.е. был в 4,1 раза ниже.

Среди больных с СЖЭ (n=78) на одного больного в среднем приходится 2,8 переломов, в то время как среди пациентов без СЖЭ (n=138) этот показатель составил 2,1 перелом. В структуре переломов (n=331) наиболее часто наблюдались переломы бедра (31,7%) и голени (36,5%). Переломы длинных костей в 16,6% наблюдениях локализовались в эпифизе, в 30,2% - в метафизе и в 53,2% - в диафизе. Соотношение локализации переломов в эпифизе, метафизе и диафизе в группе больных с СЖЭ составило 15,4% - 36,5% - 48,1%, в то время как среди пациентов без СЖЭ это соотношение составило 17,7% - 24,6% - 57,7%. Другими словами, в группе больных с СЖЭ метафизарные переломы, которые характеризуются более масштабным повреждением костной ткани, на 11,9% встречались больше, чем в группе больных без СЖЭ. Повреждения черепа диагностированы у 145 пострадавших, из которых 7 (3,2%) случаев они носили доминирующий характер. При дифференцированном анализе в 36 (16,7%) случаях нарушения сознания были обусловлены ЧМТ, в 48 (22,2%) - проявлениями СЖЭ. Повреждения груди установлены у 63 (29,2%) пациентов, среди которых в 15 (6,9%) случаях они носили доминирующий характер. При повреждениях груди (n=63) удельный вес переломов ребер при СЖЭ (n=29) составил 18 (62,0%), без СЖЭ (n=34) – 14 (41,2%), т.е. установлено статически значимое влияние тяжести повреждений груди на развитие СЖЭ.

Вклад тяжести повреждений живота в развитии СЖЭ не установлен. Повреждения таза в нашем материале установлены у 51 (23,6%) больного, из которых в 25 (11,6%) наблюдениях они имели доминирующий характер. Установлена выраженная статическая зависимость между частотой и тяжестью повреждений таза на развитие СЖЭ - среди больных с СЖЭ (n=38) частота повреждений таза составила 22 (57,9%), без СЖЭ (n=138) – 29(21,0%). Удельный вес наиболее тяжелых повреждений таза (II – III группы) у больных с развившемся СЖЭ составил 18(47,4%), без СЖЭ – 7(5,1%), т.е. при развитии СЖЭ в 9,3 раза превосходил больных, у которых этот симптомокомплекс не был установлен. При повреждениях мочеполовых органов, сосудов, нервов, ран различных локализаций и челюстно-лицевой области статистически значимых закономерностей на развитие СЖЭ не установлены.

На основании полученных данных с использованием методики экспертных оценок разработана усовершенствованная шкала для прогнозирования СЖЭ (таблица 1).

Таблица 1. Усовершенствованная шкала для прогнозирования СЖЭ

Критерии	Значения	Балл
1. Наличие переломов двух и более длинных костей	нет	0
	есть	4
2. Тяжесть травмы таза по шкале Назаренко более 4 баллов	нет	0
	есть	2
3.Общая тяжесть повреждений по шкале Назаренко	до 12 баллов	0
	до 21 баллов	1
	более 21 баллов	2
4. Тяжесть травмы груди по шкале Назаренко	до 4 баллов	0
	> 4баллов	3
5.Тяжесть состояния по шкале «ВПХ-СП» по Гуманенко	до 35 баллов	0
	>35 баллов	2
6. Объем кровопотери	до 1,5 литров	0
	более 1,5 литров	1
7. Длительная гипотония при поступлении	до 40 мин	0
	более 40 мин	4
8. Неадекватная иммобилизация	нет	0
	есть	2

При тестировании шкалы результат считали положительным, если общая сумма баллов составляла более 14 баллов. в целом эффективность предложенной шкалы составила 173 (80,1%). Удельный вес неудовлетворительных результатов прогнозирования составил 43 (19,9%), из которых 20 (9,3%) составили ложноположительные и 23 (10,6%) ложноотрицательные результаты.

**Выводы.** 1. Установлено статистически значимое негативное влияние дефектов оказания догоспитальной помощи в развитии посттравматического синдрома жировой эмболии. 2. У больных с СЖЭ наблюдаются более тяжёлые повреждения конечности, груди, таза, которые в сочетании с кровопотерей, шоком и других осложнений способствуют развитию СЖЭ. 3. Вопросы диагностики и лечения при сочетанной травме должны проводиться с применением предложенной шкалы для прогнозирования развития СЖЭ.

#### Список литературы.

1. Жировая эмболия // В.К.Ожегов [и др.] // Мед. неотложных сост. -2007. -Т. 5. -№ 12. -С. 96–98.
2. Совершенствование организации медицинской помощи, диагностики и лечения синдрома жировой эмболии при сочетанной и множественной травме /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, Ф.А. Разоков, М.К. Назаров, Ф.А.Батыров



- Душанбе, «Маориф». - 2015. -152 стр. (тираж 500 экз., 19,0 п.л., автора - 6,75).
3. Руководство по организации медицинской помощи, диагностики и лечения острого периода сочетанной и множественной травмы / А.А. Раззоков [и др.] // – Душанбе: «Маориф». - 2016. -649 с.
  4. Latif A., Bashir A., Aurangzeb Ghani U. Fat embolism and fat embolism syndrome. // Prof. Med. J. -2008. -Vol. 15. -No 4. -P. 407–413.
  5. Maegele M. Changes in transfusion practice in multiple injuries between 1993 and 2006: a retrospective analysis on 5389 patients from the German Trauma Registry // Transfus Med. – 2009. - Jun; № 19 (3). – P. 117-124.

*Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Нуров З.М., Зардаков С.М.*

## **ТОПОГРАФО – АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗОНЫ МУСМАНА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ**

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии и  
Лечебно-диагностический центр ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан .

**Актуальность.** Современная медицинская наука характеризуется стремительным развитием и внедрением в клиническую практику новых высокоинформативных технологических методов диагностики, особенностью которых является возможность их применения для изучения нормальной анатомии и вариантов строения различных органов и систем организма человека [1,2]. Несмотря на широкое применение ЛХЭ в лечении хирургических заболеваний желчного пузыря, результаты вмешательств остаются неоднозначными. Ряд авторов отмечают достаточно высокую частоту осложнений ЛХЭ, колеблющуюся до 30,5%[4,5]. Необходимость улучшения показателей лапароскопической холецистэктомии диктует совершенствование оценочных критериев сложности операции и разработку новых оптимальных приемов при выполнении операций, базирующихся на индивидуальных особенностях хирургической анатомии желчного пузыря и типа телосложения[3]. Ежегодно в мире выполняются сотни тысяч операций при желчнокаменной болезни. Лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» лечения желчнокаменной болезни, а в нашей стране получили развитие операции из «мини-доступа». В Европе и США интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии встречаются в 0 – 2,7% случаев[5]. По данным российских хирургов, эти осложнения встречаются в 0,18 – 1,75% случаев. Анатомическим вариантам расположения внепеченочных желчных протоков, а также печеночных артерий и их ветвей посвящено огромное количество публикаций в научных журналах, учебниках и атласах. Эти знания постоянно совершенствуются и должны быть взяты на вооружение хирургами, чтобы встреча с нетипичным расположением анатомических структур в гепатодуоденальной связке не поставила в тупик в ходе операции, и не привела к развитию тяжелых интра- и послеоперационных осложнений.

**Цель исследования.** Изучить верификацию анатомических структур в зоне Мусмана и оценить особенности гепатобилиарной зоны в зависимости от типа телосложения больных при лапароскопической холецистэктомии

**Материал и методы исследования.** В период с 2019 по 2020 годы по поводу хронического калькулёзного холецистита в ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» произведены ЛХЭ 78 больным. Возраст больных варьировал от 28 до 65 лет, средний возраст составил 56,5 лет. Мужчин было 7 (8,9%), женщин - 71 (91,1%). В предоперационном периоде проведены клинические и биохимические анализы крови и мочи, маркеры гепатита, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. Операция традиционная лапароскопическая холецистэктомия проведена под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Всем больным в исследуемых группах проводилось антропометрическое исследование: вычисление индекса Пинье (ИП), определение типа конституции по В.М. Черноруцкому. Астенический тип телосложения отмечен у 6 (7,6%) пациентов, нормостенический — у 14 (17,5%), гиперстенический — у 58 (74,9%) больных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Во время обзорной лапароскопии, перед ЛХЭ, все варианты систематизированы и проанализированы с точки зрения опасности интраоперационных осложнений. С целью оценки особенностях топографо – анатомической зоны Мусмана у больных хроническим калькулёзным холециститом у лиц с различными типами телосложения нами использовались следующие критерии: зону доступности, угол наклона оптической оси эндоскопа, расстояние на поверхности тела пациента между точками введения манипуляционных портов, глубину операционного действия инструментов, расстояние начало общего желчного протока до края начала четвёртого сегмента печени, начала четвертого сегмента до начала правого печеночного протока и от этой точки до соединения пузырного и общего печеночного протока. Также учитывали те обстоятельства, что у гиперстеников величина эпигастрального угла и расстояния между крайними точками реберных дуг больше, чем при астеническом телосложении. Расположение желчных протоков, формирующих гепатикоцистик, измеряли – треугольником в диаметре 3 см. У лиц с астеническим телосложением печень и желчный пузырь могут быть полностью прикрыты ребрами, но при гиперстеническом типе телосложения печень может на несколько сантиметров выступать из-под реберной дуги, у них в большинстве случаев отмечается выраженный слой подкожно-жировой ткани, а также область пузырного протока часто покрыть жировой клетчаткой, расположения желчных протоков, формирующих гепатикоцистик – треугольником в диаметре 4 см. что в конечном итоге влияет на ход лапароскопической холецистэктомии.

У лиц с различными типами конституции выявлены достоверные типовые различия основных параметров эндоскопического доступа к зона Мусмана и желчному пузырю. При лапароскопической холецистэктомии у больных с хроническим калькулёзным холециститом с гиперстеническим телосложением отмечалось увеличение таких показателей, как глубина операционного действия эндоскопа, глубина операционного действия манипуляционных инструментов и расстояние между троакарами. В связи с увеличением анатомического расстояния от мечевидного от-

ростка до боковой стенки живота расстояние между манипуляционными троакарами у гиперстеников было наибольшим, а у астеников - наименьшим. Близость точек введения троакаров у лиц с астеническим телосложением не отвечает предъявляемым требованиям к лапароскопическому доступу, так как при манипуляции в брюшной полости происходит перекармливание инструментов, чем и обусловлены затруднения во время операции.

У больных расположение второго троакара в зависимости от типа телосложения и индивидуальных анатомических особенностей значительно варьировало на протяжении всего эпигастрально-пупочного промежутка, находясь чаще всего на 1-5 см ниже мечевидного отростка. Исследования показали, что оптимальная точка введения первого троакара находится чаще всего на участке выше пупочного кольца на 4 см и ниже его на 3 см.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о наличии достоверных статистических различий большинства параметров эндохирургического подхода к желчному пузырю у пациентов с хроническим калькулезным холециститом различного типа телосложения, что обусловлено, на наш взгляд, конституциональными особенностями топографии печени и желчного пузыря у лиц различного телосложения. Данные особенности необходимо учитывать при выборе оптимальных операционных доступов - при лапароскопической холецистэктомии. Интраоперационное изучение верификации анатомических структур в зоне Мусмана вариантов во время диагностического этапа лапароскопической холецистэктомии позволяют своевременно избежать серьезных осложнений оперативного вмешательства. При выявлении анатомических отклонений в зависимости от операционной находки необходимо применить оптимальные технические приемы и успешно завершить оперативное вмешательство.

#### **Список литературы :**

1. Горбунов Н.С. Конституция толстой кишки и ее межорганные взаимоотношения / Н.С. Горбунов, П.А. Самотесов, И.В. Киргизов. -Красноярск, 2001. 233 с.
2. Горбунов Н.С. Основные положения формирования конституции / Н.С. Горбунов, И.В. Киргизов // Морфология. 2002. - № 2-3. - С. 41.
3. Мальярчук В.И. Заболевания большого дуоденального сосочка / В.И. Мальярчук, Ю.Ф. Пауткин, Н.Ф. Плавун.- М.: Камерон, 2004.- 168с.
4. Корнетов Н.А. Клиническая антропология методологическая основа целостного подхода в медицине / Н.А. Корнетов // Актуальные вопросы и достижения современной антропологии : материалы междунар. конф. — ) Новосибирск, 2006. - С. 52-57.
5. Buess G.F. Robotics and allied technologies in endoscopic surgery /G.F.Buess, M.O.Schurr, S.C.Fischer //Arch Surg.- 2000.- Vol.135, N2.- P.229-235.

*Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Мансуров Х.Н., Хакимов М.Х.*

### **ПРИЧИНА КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА**

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии и

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Лечебно-диагностический центр «Вароруд».Таджикистан

**Актуальность.** Количество больных желчнокаменной болезни каждые десять лет увеличивается в два раза. Охватывая наиболее работоспособную часть населения, заболевание имеет тенденцию к возникновению в молодом и детском возрасте [1]. Тенденция минимизации хирургического доступа прослеживается на протяжении всей истории хирургии. Последние 5 лет такое направление стало отчетливо определяться и в малоинвазивной хирургии. В основе стратегии минимизации оперативного доступа лежат последние новейшие достижения оперативной эндоскопии и лапароскопической хирургии, позволяющие реализовать все этапы хирургии через один небольшой разрез [2].

Цель минимально инвазивной хирургии - снизить травматичность оперативного доступа, обеспечить полный доступ к объекту оперативного вмешательства и достичь социально-экономического и эстетического эффекта. В настоящее время имеется необоснованное разнообразие аббревиатур, применяемых в мировой научной литературе для обозначения оперативных вмешательств, выполняющихся лапароскопическими инструментами из единого доступа. Одно из первых названий этой технологии-Single Port Access (SPA) surgery-однопортовая хирургия, дал Университет Drexel [5].

Современная эндовидеохирургия развивается в двух основных направлениях: эндоскопическая транслуминальная хирургия и хирургия единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Обе технологии находятся на стадии совершенствования техники вмешательства и внедрения в клиническую практику [4]. Основной концепцией ЕЛД является установка всех рабочих портов через единый разрез в передней брюшной стенке. О перспективности данного направления свидетельствует возрастающий интерес к хирургическим вмешательствам из ЕЛД.

На современном этапе развития абдоминальной хирургии в связи с высокой частотой различных осложнений в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде у больных с хроническим холециститом выбор метода хирургического лечения остается одной из актуальных проблем.

**Цель исследования.** Определить причины и показания к переходу при лапароскопической холецистэктомии из единого лапароскопического доступа.

**Материал и методы исследования.** Основой клинических исследований является анализ историй болезней 231 пациентов, оперированных по поводу лапароскопической холецистэктомии из единого лапароскопического доступа, за период 2016-2020 годов. Мужчин было 19 (8,2%), женщин – 212 (91,8%), в возрасте от 16 до 46 лет. Большинство операций выполнено по поводу хронического калькулезного холецистита. Острый калькулезный холецистит явился показанием для выполнения лапароскопической операции только у 9,45% больных. Среди наших больных не было пациентов с перфоративным холециститом и желчным перитонитом.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Всего было выполнено 11 конверсий, что составило 4,7 % от общего количества лапароскопической холецистэктомии из единого доступа. При этом в 2 случаях (8,6%) конверсия выполнена по факту произошедших осложнений, а в большинстве случаев предпринималась невынужденная конверсия - "по благоразумию". В 2 случаях интраоперационные осложнения не были замечены во время операции (1 случай-полное пересечение холедоха, 1 случай-краевое ранение холедоха). В большинстве случаев причиной перехода послужило наличие спаечного процесса в области желчного пузыря, невозможность чёткой идентификации элементов треугольника Кало, а также ситуация, близкая по анатомическим изменениям указанной зоны, определяемая как «склероатрофичный желчный пузырь», - всего таких случаев было 7, что составило 63% от общего числа конверсий. Кровотечение из пузырной артерии явилось показанием к переходу на минилапаротомию в 1 случае (4,3%). Для остановки кровотечения из ложа печени нами применялись методики стандартного электрокоагуляционного гемостаза (с преимущественным применением биполярной коагуляции), методика аргонусиленной коагуляции, местные гемостатические препараты. Спаечный процесс на нашем материале стал основной причиной конверсии в большинство случаев. Конверсия выполнена на этапе введения видеокамеры в брюшную полость.

**Выводы.** Таким образом, основной причиной перехода на лапаротомию при лапароскопической холецистэктомии является наличие значительных морфологических изменений органов и тканей гепатодуоденальной зоны, попытки преодоления которых являются либо безуспешными, либо приводят к тяжёлым интраоперационным осложнениям.

#### **Список литературы:**

1. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В. Т. Ивашкина.- М.: Изд. Дом «М. Вести», 2002, 416 с.
2. Ермаков Е. А. Лечение малоинвазивными методами желчнокаменной болезни, осложнённой нарушенной проходимостью магистральных желчевыводящих протоков: Автореф. дис., к.м.н. - Краснодар, 2003, 21с.
3. Лядов К.В., Егиев В.Н., Соколов А.Л. и др. Однопрокольная лапароскопическая холецистэктомия, аппендэктомия, нефрэктомия с помощью SILSS порта /Мат. XIII съезда Общества эндоскопических хирургов России. Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2010, т 5, №1, С.59.
4. Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь. - М.: Анахарсис, 2004, 200 с.

*Рахимов Н.О., Хусаинов Э.С., Давлатов М.В., Каххарова М.Ю.*

#### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,  
ГУ Национальный медицинский центр - «Шифобахш»,  
Таджикистан

**Актуальность.** Инсульт во всем мире занимает второе-третье место в общей структуре смертности и является ведущей причиной инвалидизации взрослого населения. Геморрагический инсульт (ГИ) встречается в 5 раз реже ишемического, но характеризуется высоким уровнем летальности (до 40–50%) и инвалидизации – до 75% [1, 2]. Большой процент больных с ГИ составляют лица трудоспособного возраста. Средний возраст больных, перенесших субарахноидальное кровоизлияние (САК), – 50 лет. Причиной САК в 70–85% случаев являются артериальные аневризмы (АА) головного мозга. ГИ может проявляться в виде спонтанных (нетравматических) субарахноидальных кровоизлияний, внутримозговых гематом (ВМГ), спонтанных (нетравматических) экстрадуральных и субдуральных гематом или сочетанием этих патологических состояний. Локализация ВМГ чаще всего приходится на область подкорковых узлов головного мозга и в зависимости от расположения по отношению к внутренней капсуле гематомы делятся на латеральные (путаменальные) – 55% случаев, медиальные (таламические) – 10% случаев. Субкортикальные (лобарные) гематомы встречаются в 15% ВМГ [3–5]. ГИ характеризуется высоким процентом осложнений при его различных формах и наиболее тяжелыми из них являются внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК). Причиной ВЖК могут быть артериовенозные мальформации (13–40%), медиальные гематомы (до 10%) и АА. В свою очередь ВЖК могут осложняться острой окклюзионной гидроцефалией, гемотампонадой IV желудочка, вторичной ишемией мозга, что является неблагоприятным предиктором исхода ВЖК [1, 5, 6]. Основным фактором, определяющим исход ВЖК, считается степень заполнения желудочковой системы кровью (шкала D.A. Graeb), характеристики плотности крови в желудочках по данным компьютерной томографии (Houns field) и тампонада ликворных систем ее сгустками с последующим острым повышением внутричерепного давления, что может привести к вторичной ишемии мозга. В последние десятилетия при ГИ активно применяются малоинвазивные нейрохирургические методы лечения, задача которых заключается в удалении гематом и сгустков крови с минимальным повреждением паренхимы мозга, то позволяет уменьшить количество осложнений по сравнению с открытыми видами оперативных вмешательств и снизить послеоперационную летальность. К этим методам относятся пункционная аспирация и локальный фибринолиз глубинных паренхиматозных кровоизлияний [4,5,7]. Несмотря на постоянное развитие и совершенствование высокотехнологичной нейрохирургической помощи больным с ГИ, процент послеоперационных осложнений остается высоким. В связи с этим анализ опыта хирургического лечения и факторов риска потенциальных осложнений, их частоты и исходов имеет большое значение для совершенствования тактики ведения больных с ГИ.

**Цель исследования.** Улучшить качества хирургического лечение больных с геморрагическим инсультом.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ эффективности нейрохирургического лечения 27 больных с ГИ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ Национальный медицинский центр - «Шифобахш» за 2019-2020гг. Средний возраст больных составил 30-60 лет, среди них 9 (33,3%) женщин и 18 (66,7%) мужчин. Лица трудоспособного возраста – женщины (до 45 лет) и мужчины (до 60 лет) – составили 75,2%. Всем

больным проводилось клинико-неврологическое, инструментальное, лабораторное обследование, КТ и МРТ головного мозга. При осмотре больного оценивалась тяжесть состояния по шкале кома Глазго, методы нейровизуализации оценивались по Fisher и сопутствующая соматическая патология. На КТ-граммах определялась локализация и объем ВМГ, наличие перифокального отека, ВЖК, степень выраженности дислокации мозговых структур.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ведущими этиопатогенетическими факторами ГИ были гипертоническая болезнь у 21 (78,8%) больных и аневризматическая болезнь головного мозга у 6 (22,2%) больных. Таким образом, ГИ с формированием ВМГ был у 27 больных, локализованных в полушария головного мозга. Среди гематом полушарной локализации путаменальные гематомы составили 18 (66,7%) случая, медианные (таламические) – 2 (7,4%) случаев, субкортикальные – 4 (14,8%). Разрыв аневризмы был причиной САК у 3 (11,1%) случаев. Оперативное вмешательство проведено 27 пациентам. В зависимости от задач и целей нейрохирургического лечения применялись различные виды хирургических вмешательств. В острейшем периоде (первые 48 час) оперировано 20 (74,1%) пациентов с объемом полушарных гематом 80–100 см<sup>3</sup>. Нейрохирургическое вмешательство у этих больных предпринималось в связи с нарастанием неврологического дефицита и углублением расстройств сознания, угрожающей компрессии структур ствола головного мозга. При стабильном неврологическом статусе без нарушения витальных функций приоритет отдавался отсроченным вмешательствам. Операции (7–14 сут) выполнены 2 (7,4%) больным с объемом полушарных гематом 50–80 см<sup>3</sup> проводились методом эндоскопическое удаление гематомы. Всем остальным проводились открытые методы при помощи декомпрессивной трепанации черепа (ДТЧ). Клинически все больные находились в тяжелом состоянии с общемозговой и очаговой симптоматикой разной степени выраженности на фоне имеющейся соматической патологии и как правило, выраженной артериальной гипертензии. По шкале кома Глазго тяжесть состояния оценена 4 больных 7 баллов, у 8 больных 9 баллов, у 9 больных 11 баллов, у 6 больных 13 баллов.

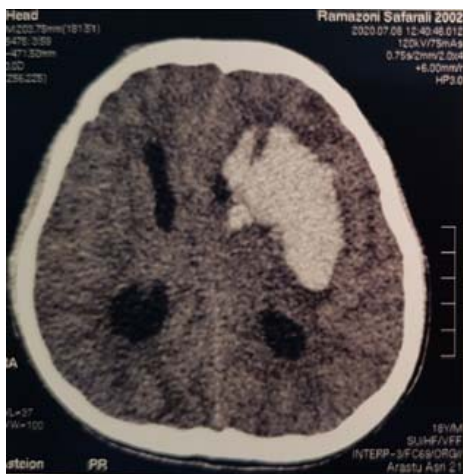


Рис.1. КТ головного мозга до операции: левосторонняя путаменальная гематома лобно-теменная доли объемом 100см<sup>3</sup>.



Рис.2. КТ головного мозга после операции: гематома удалена.

Из оперированных больных летальность наблюдалось в 2 (7,4%) случаях. Уровень сознания которых оценивался 7 баллов и ниже. Во всех остальных случаях отмечались удовлетворительные результаты.

**Выводы.** Анализ историй болезни больных с ГИ показал, что ведущими факторами в его генезе явились гипертоническая болезнь и самым частым проявлением ГИ было САК.

При ВМГ в острейшем периоде отсутствие угрозы дислокации и стабильное состояние пациента позволяет отложить оперативное лечение на более поздние сроки. Отсроченные операции проводили на 7–14 сут.

Успех нейрохирургических методов лечения ГИ зависит от уровня сознания, правильного отбора больных с осложнений ГИ, сопутствующей соматической патологии, методов и сроков оперативного вмешательства.

#### Список литературы:

1. Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160 с.
2. Стаховская Л.В., Котова С.В. Инсульт. Руководство для врачей. М.: МИА, 2014: 234–260.
3. Агмазов М.К., Берснев В.П., Иванова Н.Е., Арзикулов Т.Н. Хирургические методы удаления гипертензивных внутримозговых кровоизлияний. Бюллетень СО РАМН. 2009; 136(2): 43–48.
4. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Годков И.М. Эндоскопическая хирургия геморрагического инсульта. М.: Бином. 2014. 96 с.
5. Gabarel T., Magheru C., Parienti J.J. et al. Intraventricular fibrinolysis versus external ventricular drainage alone in intraventricular hemorrhage: a meta-analysis. Stroke. 2011; 42(2): 2776–2781. PMID: 21817146 DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.615724

## **КОРРЕКЦИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ПРИ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА**

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан.

**Актуальность.** В организме детей жидкость, в целом, составляет около 80%. Основной путь поступления жидкости в организм - пищеварительная система. В норме для поддержания водного баланса детям нужно употреблять жидкость из расчёта 25-30мл/кг в сутки. Энтероколит у детей - часто встречающееся заболевание, которое приводит к нарушению водно-электролитного баланса (ВЭБ). Вследствие диареи жидкость из кишечника не всасывается, стул становится жидким, что приводит к потере воды и электролитов [1,2]. Нарушения ВЭБ у детей с врождённым пороком сердца (ВПС) могут привести к нарушениям функции сердечно-сосудистой системы. Поэтому при энтероколите у детей с ВПС, наряду с терапией основного заболевания, необходима своевременная коррекция ВЭБ. Коррекция ВЭБ проводится использованием кристаллоидных растворов [1-5].

**Цель исследования.** Изучить состояние водно-электролитного баланса при энтероколите у детей с врождённым пороком сердца.

**Материал и методы исследования.** Проведено исследование показателей ВЭБ у 22 (1 группа - основная группа) больных с ВПС, которые находились на стационарном лечении по поводу энтероколита, осложнившегося нарушением ВЭБ в ГУ НМЦ «Шифобахш» в период 2017-2018 год.

Был проведён сравнительный анализ показателей ВЭБ с такими же показателями 24 больных с ВПС 2 группой (контрольная группа) с энтероколитом без нарушений ВЭБ. Состояние ВЭБ изучалось по показателям электролитов и осмолярности плазмы крови. А также по клиническим показателям: сухость во рту, тургор кожи, диурез, показатели гемодинамики и характер стула.

Больные 1 группы в отличие от 2 группы в дополнение к основной терапии, для коррекции ВЭБ, получали растворы кристаллоидов из расчета 25-30мл/кг в сутки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Показатели ВЭБ у больных первой группы при поступлении были следующими: снижение  $K_{пл}$ -крови на 7,8%,  $Na_{пл}$ - крови на 8,3%, снижение осмолярности плазмы крови на 5,2% по сравнению с контрольной группой. У 1 группы больных отмечены признаки гиповолемии: сухость во рту, снижение тургора кожи, тахикардия, олигоурия, жидкий стул.

После проведения инфузионной терапии растворами электролитов у больных 1 группы состояние ВЭБ по показателям электролитов крови и клиническим показателям приблизилось к показателям 2 группы.

Это связано с восполнением гиповолемии растворами электролитов и кристаллоидов, которые устраняли гиповолемию, гемоконцентрацию и улучшали реологию крови, восполняя дефицит электролитов, что благотворно влияло на работу ССС.

**Выводы.** У детей, страдающих врождённым пороком сердца, энтероколит приводит к нарушению водно-электролитного баланса, коррекция которого растворами электролитов и кристаллоидов устраняет гиповолемию, что, в свою очередь, улучшает состояние этих больных.

### **Список литературы:**

1. Ахмедов Д.А., Давлатзода Б.Х., Шамсзода Х.А. Анестезиология и реаниматология. //Сифат – офсет. Душанбе. 2020. 363с.
2. Курек В.В., Кулагин А.Е. Руководство по неотложным состояниям у детей. Второе издание. // М.: Мед.лит, 2012. - 624с.
3. Жузанова В.С. Коррекция нарушений водно-электролитного обмена у больных хирургического профиля // Медицина и экология. 2011. №2 (59).
4. Кулагин А.Е., Ровдо И.М., Ржеутская Р.Е., Скрыгин А.Г. Водно-электролитный баланс и принципы его коррекции у детей. // БГМУ, Минск. 2011. 32с
5. Курек В.В. Анестезия и интенсивная терапия у детей / В.В. Курек, А.Е. Кулагин, Д.А. Фурманчук. М.: Мед. Лит., 2010. С. 111-127.

## **КОРРЕКЦИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА**

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан

**Актуальность.** При сепсисе в организме происходит нарушение многих систем, в том числе и гемостаза [1-4]. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдром) - патологический процесс, возникающий при сепсисе вследствие активации системы гемостаза и тромбоцитопении, который приводит к внутрисосудистому микротромбообразованию. У детей с врождённым пороком сердца (ВПС) при ДВС-синдроме, связанном с осложнениями септического процесса, рекомендуется трансфузия свежзамороженной плазмы (СЗП) в сочетании с гепарином. СЗП в своём составе содержит свёртывающие и противосвёртывающие факторы [5].

**Цель исследования.** Изучить коррекцию системы гемостаза при сепсисе у детей с врождённым пороком сердца.

**Материал и методы исследования.** С целью изучения состояния гемостаза нами было обследовано 44 ребёнка с врождённым пороком сердца, находившихся на стационарном лечении по поводу сепсиса в отделении интенсивной терапии ГУ НМЦ «Шифобахш», за период 2018-2019год. Из них 1 группа 21 (47,7%) (основная группа) с

сепсисом, осложнившимся ДВС-синдромом, и 2 группа 23 (53,3%) (группа сравнения) пациентов с сепсисом без признаков ДВС-синдрома.

Пациенты 1 группы для разрешения ДВС-синдрома использовали средства, улучшающие реологию крови, гепаринотерапию в сочетании с трансфузией СЗП. Всем пациентам проведены исследования параметров гемостаза: время свёртываемости крови (ВСК) по Ли Уайту, активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение МНО, фибрин, фибриноген, гемоглобин (Hb), гематокрит (Ht) и тромбоциты до и после интенсивной терапии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При поступлении у 1 группы больных отмечалось снижение ВСК по Ли Уайту на 20,2%, АЧТВ на 17,5%, МНО на 14,2%, повышение фибрина на 16,1%, фибриногена на 13,4%, Hb на 10,1%, Ht на 11,2% и тромбоцитов на 12,8% по сравнению со 2 группой.

После получения комплексной терапии показатели гемостаза у 1 группы улучшились и приравнялись к показателям 2 группы. Результатом такого улучшения является своевременная патогенетическая коррекция ДВС-синдрома с применением СЗП в сочетании с гепарином. Так как в основе развития ДВС-синдрома при сепсисе лежит нарушение реологии крови.

При сепсисе, из-за лихорадки, происходит гиповолемия, вследствие снижения гематокрита и уменьшения числа тромбоцитов увеличивается возможность агрегации тромбоцитов в стенки сосудов, что приводит к нарушению кровотока к органам. Своевременная коррекция этих нарушений приводит к улучшению кровотока и восстановлению нарушенной функции органов.

Трансфузия СЗП приводит к гемодилюции и улучшению реологии крови, а гепарин, восстанавливая z-потенциал эритроцитов, повышает время свёртываемости крови, и тем самым уменьшается агрегация тромбоцитов в стенке сосудов и предупреждается микротромбообразование.

**Выводы.** При лечении сепсиса, осложнившегося ДВС-синдромом у детей с врождённым пороком сердца, наряду с этиологической терапией необходимо проведение патогенетической терапии, направленной на восстановление нарушенной функции жизненно важных органов путём устранения нарушений кровотока в органах, агрегации тромбоцитов и предупреждения микротромбообразования.

#### **Список литературы :**

1. Василицына А.В., Афончиков В.С., Волков В.А. Определение функциональной активности тромбоцитов при сепсисе с помощью модифицированной методики тромбоэластографии. *Анестезиология и реаниматология*. 2019;3:56-61. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology201903156>
2. Lipinska-Gediga M. Coagulopathy in sepsis – a new look at an old problem. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2016;48(5):352-359. <https://doi.org/10.5603/AIT.a2016.0051>
3. Levi M, Schultz M. Coagulopathy and platelet disorder in critically ill patients. *Minerva anesthesiologica*. 2010;76:851-859.
4. Ройтман Е.В. «Проблема гемостаза» в лабораторной диагностике. *Лаборатория ЛПУ*. 2016;8:26-36.
5. Дуткевич И.К. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (ДВС-синдром) в хирургической практике. *Вестник хирургии*. 2013;2(172):67-73.

*Рахимов Н.О., Кахарова М.Ю.*

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГОЛОВЫ**

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

**Актуальность .** Травмы занимают третье место в мире среди причин смерти, а у людей молодого возраста в структуре летальности - первое место. Данные литературы последних лет показывает, что доля сочетанной травмы в структуре травматизации составляет 30-70%, а в структуре, закрытой сочетанной травмы органов брюшной полости – в пределах 10,2- 36,4%.

Сочетание абдоминальных травм с черепно-мозговых, являются наиболее опасными, поскольку взаимно отягощая друг друга, сопровождаются большим числом осложнений, высоким уровнем летальности и инвалидизации.

Летальность среди пострадавших с закрытой сочетанной травмой органов брюшной полости и головы по разным данным доходит до 85% и, главным образом, определяется тяжестью анатомических повреждений и объемом кровопотери.

В лечебных учреждениях частота диагностических ошибок высока и колеблется от 20 до 45%, а при тяжелых повреждениях увеличивается до 73,1%. При этом количество неоправданных лапаротомий, при которых признаков продолжающегося кровотечения не выявлено, а повреждения органов брюшной полости не являются жизненно опасными, составляет 7-28,6%, а при тяжелой сочетанной травме возрастает от 50 до 80%. Кроме того, в 20-25% случаев выявляются повреждения органов живота, которые могли бы быть устранены не в экстренном порядке или вовсе не требовали хирургического вмешательства.

В выборе тактики хирургического лечения определяющую роль играют ультразвуковое исследование, КТ головного мозга и диагностическая лапароскопия, позволяющая установить характер повреждения и возможность проведения хирургического лечения малоинвазивными методами.

До сих пор определение хирургической тактики у пострадавших при сочетанной травме органов брюшной полости и головы, является предметом оживленных дискуссий. Не установлены четкие показания и противопоказания к проведению лечебных лапароскопических операций, не конкретизированы критерии для возможности их проведения.

Учитывая появление новых технологических возможностей в современной хирургии и разработка новых методов операций и технических приемов, совершенствование ранее предложенных, обоснование тактики ведения больных с сочетанными травмами органов брюшной полости и головы остаются актуальными для хирургической практики.

**Цель исследования.** Оптимизация хирургической тактики сочетанных травм органов брюшной полости и головы.

**Материал и методы исследования.** С 2015 по 2019 гг. в НМЦ РТ в нейрохирургическое отделение сочетанная травма головы и органов брюшной полости поступили 67 больных. В возрасте до 44 лет находилось 81,2% пострадавших, от 45 до 59 лет – 10,3% пострадавших, от 60 до 74 лет – 9 7,7% пациентов, старше 75 лет – 0,8%. При этом мужчин было 76,9%. Структуру ТСТ в основном составляли автотравма и кататравма – 43 36,7 и 30,8% случаев соответственно. Большинство пострадавших госпитализировано в первые 6 ч от момента получения травмы – 88,9% человек; в течение последующих 7–24 ч в стационар доставлено 8,5% пострадавших; более чем через сутки обратилось еще 2,6% человека. В состоянии шока доставлено 74,3% пострадавших: шок I степени был отмечен в 12,8% случаях; шок II степени диагностирован в 17,9% наблюдении; шок III степени выявлен у 27,4% пострадавших. В терминальном состоянии доставлено 14,5% пациентов. В состоянии эндотоксического шока госпитализировано 1,7% человек. Пострадавшие с политравмой и в состоянии шока, минуя приемное отделение, доставлялись непосредственно в операционную, где выполнялись все необходимые диагностические и лечебные манипуляции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Специфических клинических симптомов у пострадавших с ТСТ головы и закрытой травмой живота с повреждением печени выявлено не было. Основными причинами «смазанности» клинической картины следует считать тяжелую ЧМТ, повреждение других анатомических областей, а также экзогенную интоксикацию, которая была отмечена в 30,8% случаях.

Обязательное выполнение СКТ головного мозга позволило у 18,5% пострадавших в короткие сроки выявить характер, локализацию и объем травматических повреждений костей черепа и головного мозга при отсутствии клинических признаков ЧМТ и снизить летальность от отека и дислокации головного мозга при ЧМТ с 44,2 до 18,5%. Во время лапаротомии при I–III степени повреждения печени гемодинамически стабильным пострадавшим показан первичный шов раны печени. Атипичная резекция печени является показанием при IV–V степени повреждения печени у пострадавших с тяжелыми повреждениями органов живота, а также допустима при V степени повреждения печени у гемодинамически стабильных пострадавших при крайне тяжелых повреждениях органов живота. Тампонирование раны печени в рамках тактики «Damage control» показано при любых повреждениях печени у гемодинамически нестабильных пострадавших с крайне тяжелыми повреждениями органов живота. При повреждениях желчного пузыря (гематома занимающая менее 50% видимой поверхности стенки желчного пузыря) и/или сопутствующих повреждениях поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки показана холецистэктомия. Консервативная тактика ведения внутрипеченочных и подкапсульных гематом допустима при их ненапряженном характере. Применение предложенного лечебно-диагностического алгоритма при ТСТ головы и живота с повреждением печени позволило снизить уровень летальности с 69,2 до 30,8%.

**Вывод:** Отсутствие доктрины оказания первичной медицинской помощи на догоспитальном этапе в большинстве случаев является причиной высокого удельного веса травматического шока, объема кровопотери и других витальных нарушений. Позднее поступление пострадавших на фоне менее тяжелой травмы способствовало пролонгированному развитию травматической болезни.

Тактика лечения больных в остром периоде на основе ортопедического damage control в 4 этапа обеспечивает стабилизацию жизненно важных функций организма и раннюю функциональную реабилитацию данной группы больных.

#### **Список литературы.**

1. Минасов Б.Ш. Современные повреждения и их лечение // Междунар. юбилейная научно-прак. конф., посвящ. 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова. М., 2010. С. 136-137.
2. Савилов А.М., Кабардаев Р.М. Выбор хирургической тактики лечения при сочетанных повреждениях. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2011. Т. 1, № 1. С. 81-81.
3. Ринчинов Р.Д., Шабаева Е.Н. Анализ причин возникновения и эффективности лечения множественных и сочетанных травм. // Бюллетень Восточно-сибирского научного центра СО РАМН. 2010. № 3. С. 397-398.
4. Tiansheng S. et al. // J. Trauma-Injury Infect. Crit. Care. 2009. V. 67, № 6. P. 14-17

*Рахматуллаева М.М.*

### **КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРЕБИОТИКАМИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Кафедра акушерства и гинекологии №2 Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

**Актуальность.** Микробиоценоз влагалища представляет собой комплексную, интегрированную с макроорганизмом динамически изменяющуюся микрорекосистему, выполняющую защитную, ферментативную, витаминообразующую и иммуностимулирующую функции. Защитная функция нормальной микрофлоры проявляется в поддержании колонизационной резистентности, под которой подразумевается совокупность механизмов, придающих индивидуальную стабильность нормальной микрофлоре и формирующих надежную защиту от инвазии патогенных и чрезмерного размножения условно-патогенных микроорганизмов [1].

Нарушение микробиоценоза влагалища является одной из актуальных проблем здравоохранения во всем мире, так как вызывает серьезные осложнения, связанные с репродуктивным здоровьем женщин [3]. Бактериальный вагиноз (БВ) является причиной осложнений и неблагоприятных исходов беременности (невынашивание беременности, хориоамнионит, рождение маловесных детей) и заболеваний послеродового периода [5].



Безусловно, своевременное выявление БВ и проведение санации влагалища может предотвращать осложненное течение беременности [2, 4]. При этом до сих пор актуальным остается вопрос выбора препарата, особенно в первом триместре беременности.

**Цель исследования:** оценить эффективность местного применения пребиотика – препарата аскорбиновой кислоты в лечении бактериального вагиноза на ранних сроках гестации.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 18 женщин со сроком беременности до 12 недель. Всем женщинам проводилось бактериоскопическое исследование мазков из цервикального канала и влагалища и оценка критериев Амсея (определение pH содержимого влагалища, «аминный тест», наличие «ключевых клеток»).

Полученные результаты исследования были подвергнуты статистической обработке.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Характерные для БВ признаки – положительный аминный тест наблюдался у всех женщин, значения pH влагалищной среды в диапазоне 4,5-6 – у 66,7% и pH>6 – у 33,3% женщин.

При микроскопическом исследовании влагалищных мазков, окрашенных по Граму выявлена следующая картина: лейкоциты единичные (55,5%) и менее 10 в поле зрения (44,5%), эпителиальные клетки в большом (77,7%) количестве, «ключевые клетки» (94,4%), микроорганизмы в большом ( $10^2$ - $10^3$  в п/зр) (61,1%) и массивном ( $>10^3$  в п/зр) (38,9%) количествах. Число лактобактерий в мазках было незначительным, тогда как грамтрицательные палочки доминировали в 72,2%, представители кокковой микрофлоры в 33,3% мазках. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* обнаружены в 27,8% мазках в виде почкующихся форм – промежуточной фазе вегетации.

Препарат аскорбиновой кислоты (Вагинорм-С) применялся интравагинально по 1 таблетке 1 раз в день в течение 7 дней. Важным достоинством препарата является возможность его применения на любом сроках беременности и лактации, в отличие от препаратов с антианаэробной активностью использование которых разрешено лишь со II триместра беременности. 27,8% женщинам, у которых выявлены грибы рода *Candida* при микроскопии мазков дополнительно назначался местно один из антимикотических препаратов. Повторные исследования проводились через месяц после лечения.

После лечения БВ у женщин выявлено нивелирование критериев R. Amsel: отрицательный аминный тест, pH влагалищной среды ниже 4,5, отсутствие «ключевых» клеток в мазках. Общее количество микроорганизмов снизилось до  $10^2$  в п/зр в 83,3% мазках ( $P<0,001$ ) за счет элиминации грамтрицательных палочек, кокков и грибов. Лактобактерии доминировали в 88,9% мазках.

**Выводы:** Альтернативным и оптимальным вариантом лечения бактериального вагиноза у беременных в I триместре беременности является семидневный курс местного применения аскорбиновой кислоты, который к концу лечения у 88,9% беременных формирует нормоценоз влагалища. Препараты аскорбиновой кислоты для местного применения хорошо переносятся, может применяться в течение длительного времени в лечении и профилактике бактериального вагиноза.

#### Список литературы:

1. Кира, Е.Ф. Биологическая роль кислотности влагалища. Механизмы стабильности и методы коррекции / Е.Ф. Кира, Е.А. Душкина, Н.С. Бадикова // Акушерство и гинекология. – 2013. – №3. – С.102–106.
2. Рахматуллаева, М.М. Лечение бактериального вагиноза в ранние сроки беременности / М.М.Рахматуллаева // Фарматека. – 2017. – №12. – С.67-68.
3. Рахматуллаева, М.М. Лечение бактериального вагиноза: проблемы и перспективы / М.М. Рахматуллаева // Фарматека. – 2019. – Т.26, №6. – С.79-83.
4. Ткаченко, Л.В. Значение лечения бактериального вагиноза для профилактики акушерских осложнений / Л.В. Ткаченко, Т.В. Складановская // Гинекология. – 2013. – Т.1, №15. – С. 18–21.
5. Kroon, S.J. Cervicovaginal microbiota, women's health, and reproductive outcomes / S.J. Kroon, J. Ravel, W.M. Huston // Fertil. Steril. – 2018. - Vol.110, №3. – P.327-336.

*Рахматуллаева М.М., Саидова Ф.И.*

### РОЛЬ ЛАКТОБАКТЕРИЙ В СОХРАНЕНИИ СТАБИЛЬНОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

**Актуальность.** Одним из самых распространенных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, характеризующихся нарушением микрофлоры влагалища, является бактериальный вагиноз (БВ). Это состояние, при котором нормальная микрофлора влагалища, представленная, в основном лактобактериями замещается высокими концентрациями условно-патогенной, преимущественно анаэробной микрофлоры.

Нарушение вагинальной микрофлоры приводит к появлению патологических неприятно пахнущих белей, которые не только способствуют нарушениям половой, генеративной функций, но и приводят к снижению адаптационных возможностей организма и работоспособности [2]. Среди женщин с бактериальным вагинозом чаще диагностируются цервициты и воспалительные заболевания органов малого таза. БВ также ассоциирован с акушерскими и перинатальными осложнениями [3].

**Цель исследования:** проанализировать научную литературу и определить роль различных видов лактобактерий в поддержании нормального состояния микробиоценоза влагалища.

**Методы исследования:** анализ источников научной литературы.

Микробиоценоз влагалища в норме состоит из постоянных представителей (облигатная микрофлора) и транзитных (условно-патогенная микрофлора) микроорганизмов. Важным компонентом влагалищной облигатной флоры являются лактобактерии, бифидобактерии и пропионово-кислые бактерии.

Общая бактериальная масса (микробная обсемененность влагалища) у клинически здоровых женщин репродуктивного возраста находится в пределах от  $10^6$  до  $10^{8.5}$  ГЭ/мл. Доля лактобактерий в составе микробиоценоза колеблется в пределах 90–99% и составляет от  $10^{5.4}$  до  $10^{8.5}$  ГЭ/мл. Общая численность транзитных микроорганизмов в норме не превышает 15–20% от всего пула микроорганизмов [4].

Доминирование лактобактерий в составе микробиоценоза влагалища определяется высоким эстрогеновым фоном. Содержание гликогена в эпителиальных клетках влагалища прямо пропорционально зависит от эстрогенной насыщенности организма. Количество гликогена в свою очередь, определяет степень колонизации биотопа влагалища лактобактериями. Лактобактерии в процессе метаболизма расщепляют гликоген с образованием молочной кислоты, которая поддерживает pH среды на низком уровне (3,8–4,5), что и является основным нюансом обеспечения физиологического состава микробиоценоза влагалища [2]. Размножению патогенных микроорганизмов также препятствуют образующаяся в результате жизнедеятельности лактобактерий перекись водорода, лизоцим и другие гликолитические ферменты, антибиотикоподобные вещества (бактериоцины). Лактобактерии оказывают стимулирующее воздействие на фагоцитарную активность нейтрофилов и моноцитов, образование интерферонов и секреторных иммуноглобулинов.

Описано 20 видов лактобактерий, населяющих слизистую влагалища; из них только 4 вида (*L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. gasseri* и *L. iners*) считаются часто выявляемыми [1]. Каждая женщина имеет свой индивидуальный видовой состав лактобактерий. К тому же, в составе влагалищного микробиоценоза каждой женщины доминирует только один или два вида [1].

Различные виды лактобактерий играют важную роль в поддержании стабильности физиологического микробиоценоза, но их доля участия в этом не имеет одинаковую степень. *L. crispatus* вырабатывают перекиси водорода больше, чем другие виды лактобактерий, и поэтому считается, что они поддерживают постоянства вагинальной микрофлоры [4].

Опубликованы результаты исследований, в которых сообщается, что доля образцов с доминированием *L. iners* в составе лактофлоры влагалища в 2–3 раза выше при дисбиозе влагалища по сравнению с нормоценозом. Выявлено, что у женщин, с преобладанием *L. crispatus* в составе лактофлоры реже развивается бактериальный вагиноз, чем у женщин с преобладанием *L. iners* [5]. Оказывается микробиоценоз влагалища с доминированием *L. crispatus* чаще переходит в *L. iners*-доминирующий или смешанный биотоп, чем в бактериальный вагиноз. В свою очередь, микробиоценоз влагалища с преобладанием *L. iners* в два раза чаще переходит в бактериальный вагиноз, чем *L. crispatus*-доминирующий [5]. Данные о преобразовании микробиоценозов влагалища, ассоциированных с лактобактериями других видов (*L. gasseri*, *L. jensenii*, *L. vaginalis*), редки и этот вопрос требует более детального изучения [5].

Очевидно то, что вид *L. iners* часто встречается как при физиологическом состоянии микробиоценоза, так и при дисбиозе влагалища [4]. Хотя *L. iners* не продуцирует перекись водорода, по мнению некоторых авторов, его способность сохраняться даже после применения антибиотиков играет важную роль в восстановлении микрофлоры, будучи первым среди лактобактерий он создает среду, которая позволяет восстановить количество других видов лактобактерий [4]. Однако, высказывается и такое предположение, что ввиду относительного отсутствия антагонизма между *L. iners* и БВ-ассоциированными анаэробами, преобладание в микрофлоре влагалища этого вида лактобактерий увеличивает риск развития БВ. Возможно, это связано с тем, что *L. iners* имеет несколько фенотипов, одни из которых способствуют поддержанию физиологического микробиоценоза, а другие связаны с возникновением дисбиоза [1].

Протективная роль остальных наиболее часто встречаемых лактобактерий (*L. jensenii*, *L. gasseri*) в поддержании микробиоценоза влагалища подвергается сомнению, поскольку при доминировании *L. jensenii* и *L. gasseri* влагалищная среда приобретает меньшую кислотность, чем при доминировании *L. crispatus*. Вид *L. gasseri* часто встречается при дисбиозах: доминирует в группе умеренных дисбиозов (67%) и занимает второе место по частоте встречаемости после *L. iners* в группе выраженных дисбиозов, а количество *L. gasseri* при выраженном дисбиозе по сравнению с нормоценозом при оценке проб с единственным видом лактобактерий двукратно увеличивается [1]. Выявлено, что в группе женщин с БВ достоверно чаще отмечено доминирование *L. gasseri* в составе нормофлоры – 30% по сравнению с условно здоровыми женщинами – 8%. Это может свидетельствовать о более низкой способности вида *L. gasseri* к поддержанию стабильности микробиоценоза влагалища.

**Вывод:** физиологический микробиоценоз влагалища поддерживается видовым и количественным составом различных лактобактерий, степень участия которых в обеспечении его стабильности неодинакова, что требует дальнейшего изучения этого вопроса для понимания патогенетических механизмов развития бактериального вагиноза и совершенствования методов его терапии и профилактики.

#### Список литературы:

1. Видовое разнообразие вагинальных лактобацилл в норме и при дисбиотических состояниях / О.В. Будилова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т.66., №2. – С.24–32.
2. Кира, Е.Ф. Биологическая роль кислотности влагалища. Механизмы стабильности и методы коррекции / Е.Ф. Кира, Е.А. Душкина, Н.С. Бадикова // Акушерство и гинекология. – 2013. – №3. – С.102–106.
3. Рахматуллаева, М.М. Лечение бактериального вагиноза в ранние сроки беременности / М.М.Рахматуллаева // Фарматека. – 2017. – №12. – С.67–68.
4. Comparative meta-RNA-seq of the vaginal microbiota and differential expression by *Lactobacillus iners* in health and dysbiosis / J.M. Macklaim [et al] // Microbiome. – 2013. – Vol.1., №1. – P.12–14.
5. Temporal dynamics of the human vaginal microbiota / P. Gajer [et al] // Science Translational Medicine. – 2012. – №4 (132). – P.132–152.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

**Актуальность.** Фоновые заболевания шейки матки имеют негативные последствия на репродуктивное здоровье женщины ввиду возможного дальнейшего преобразования их в неопластические изменения с переходом в рак шейки матки. Мнение большинства авторов сходится в том, что инфицирование эпителиальных клеток вирусом папилломы человека (ВПЧ) является необходимым, но решающим событием для возникновения предраковых изменений [3, 4]. Усугубляющими факторами развития предраковых поражений и рака шейки матки являются не только сочетание нескольких типов ВПЧ, но и содействие различных вагинальных инфекций, прежде всего бактериального вагиноза (БВ) [2, 5].

**Цель исследования:** изучить кольпоцитологическую картину эктопии шейки матки на фоне нарушения микробиоценоза влагалища.

**Материалы и методы исследования:** нами обследовано 60 женщин с эктопией шейки матки в возрасте от 25 до 45 лет, обратившихся за консультативной помощью в Бухарский областной перинатальный центр. Всем женщинам проводился комплекс диагностических мероприятий, включавший изучение жалоб и анамнестических данных, физикальный осмотр, выявление сопутствующих экстрагенитальных и генитальных заболеваний. Проведены стандартное гинекологическое обследование, выявление критериев Амсея для диагностики БВ, кольпоскопия простая и расширенная, микроскопия мазков из влагалища по Граму, цитологическая оценка цервикальных мазков. Кольпоскопическое исследование проводили с помощью портативного аппарата Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Снижение количества лактобактерий при БВ сопровождается повышением pH влагалища. Значение pH до 4,5 выявлено у 15% женщин, в диапазоне 4,5–6 у 68,3%, pH>6 у 16,7% обследованных женщин. Положительный аминный тест (специфический запах «гнилой рыбы», образующийся в результате реакции 10% гидроокиси калия с продуктами метаболизма бактерий, ассоциированных с БВ) наблюдался у 73,3% женщин. Лейкоциты в мазках были единичными (38,3%), менее 10 в поле зрения (53,3%) и 10–20 (8,4%), эпителиальные клетки в умеренном (36,7%) и большом (63,3%) количествах. Характерные для бактериального вагиноза «ключевые» клетки (эпителиальные клетки, покрытые большим количеством адгезированных грамвариабельных микроорганизмов) обнаружены в 81,7% мазках. Первичное обследование с использованием критериев Амсея показало, что 15% женщин не имели признаков нарушения микробиоценоза влагалища, тогда как у 85% женщин был выявлен БВ. При качественной оценке микрофлоры влагалища выявлено отсутствие или незначительные количества лактобактерий, тогда как условно-патогенная микрофлора превалировала в биотопе большинства женщин (рис. 1).

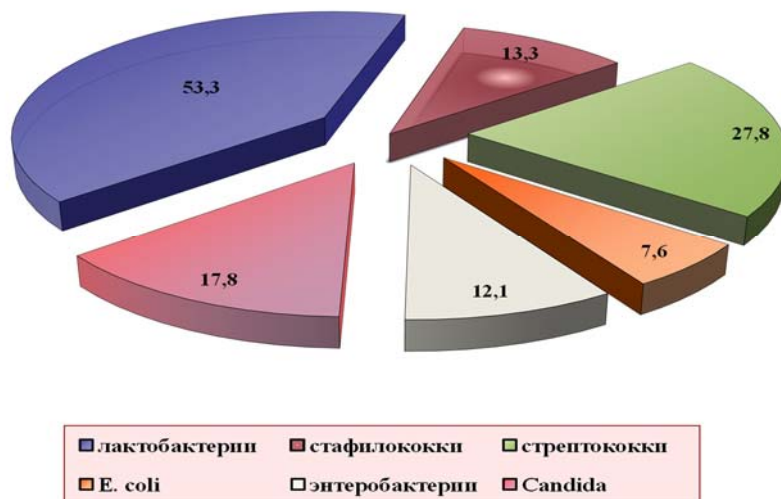


Рис.1. Состав бактериальной флоры у обследованных женщин (в %)

При цитологическом исследовании цервикальных мазков в 16,7% случаев выявлен I тип ПАП-мазка, в 83,3% случаев – II тип мазка по Папаниколау (воспалительная реакция). В 26,0% случаев выявлены цитологические признаки атипических поражений, что соответствовало классу 2 терминологической системы Бетеса (ASC-US – атипичные клетки плоского эпителия неясного генеза, не позволяющие исключить интраэпителиальные поражения тяжелой степени).

Обследование на обнаружение вируса папилломы человека методом ПЦР выявило ВПЧ 16 типа у 14,0% женщин, сочетание ВПЧ 31 и 58 типов – у 8,0%, сочетание ВПЧ 39 и 52 типов – у 4,0%, т.е. во всех тех случаях, где было выявлено нарушение микробиоценоза влагалища.

При кольпоскопии эктопия цилиндрического эпителия определялась нами как участок ярко-красного цвета с сосочковой поверхностью. При проведении расширенной кольпоскопии нормальная зона трансформации (плоскоклеточная метаплазия, открытые, закрытые железы) констатирована у 71,7% женщин: из них в 53,5% случаях отмечено сочетание эктопии с цервицитом, в 9,3% – с эндометриоидными гетеротопиями. Эктопия, имеющая на поверхности наботковые кисты выявлена в 37,2% случаях.

К неспецифическим признакам аномальной кольпоскопической картины относятся лейкоплакия, эрозия и характер окрашивания эпителия раствором Люголя. Атипия сосудов проявляется в виде хаотически расположенных не анастомозирующих сосудов причудливой формы (сосуды с измененной структурой в виде «штопора», «шпильки», «запятой», которые не реагируют на обработку раствором уксусной кислоты) и является основным признаком при подозрении на инвазию [1]. После обработки 3% раствором уксусной кислоты атипические сосуды не спазмируются, становятся более очерченными.

Аномальная кольпоскопическая картина была выявлена почти в трети (28,3%) случаев. При этом ацетобелый эпителий отмечался у 21,7% женщин. В 8,3% случаев имела место мозаика, в 6,7% – пунктация (многочисленные красные точки на участках эпителия), в 5,0% атипическая васкуляризация. Наличие йоднегативных участков отмечалось у 78,3% женщин. Сочетание различных атипических кольпоскопических признаков отмечено в 21,7% наблюдениях.

При анализе кольпоскопических картин мы чаще сталкивались с неопределяющими кольпоскопическими признаками. Наблюдался прозрачный и полупрозрачный ацетобелый эпителий с нечеткими границами, с короткими межкапиллярными промежутками, отсутствием атипичных сосудов. В 11,7% случаях наблюдались определяющие кольпоскопические признаки, в частности, плотный ацетобелый и непрозрачный эпителий, неравномерность и увеличение размеров сосудов, грубая пунктуация и мозаика. Эти изменения были характерны в основном для женщин, у которых был выявлен ВПЧ 16 типа. Для более углубленного обследования они были направлены в онкодиспансер.

**Вывод.** Таким образом, у женщин с нарушением микробиоценоза влагалища в сочетании с ВПЧ-инфекцией нами выявлено больше признаков, вызывающих подозрение на рак шейки матки: диспластические изменения тканей и нарастание числа аномальных кольпоскопических результатов. В связи с чем, женщины данного контингента нуждаются в углубленном лабораторно-инструментальном обследовании и по полученным результатам обследований выбору адекватной тактики ведения.

#### **Список литературы:**

1. Зароченцева, Н.В. Инновационные возможности кольпоскопии в диагностике предраковых заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста / Н.В. Зароченцева, Л.К. Джиджихия // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2018. – № 1. – С. 77–89.3.
2. Рахматуллаева, М.М. Особенности данных анамнеза у женщин с эктопией шейки матки / М.М. Рахматуллаева // Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции «Университетская наука: взгляд в будущее», посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета. – Курск, 2020. – С.596-600.
3. Bosch, F. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: A worldwide perspective / F. Bosch, M. Manos, N. Munoz // J. Natl. Cancer Inst. –2014. – Vol.87. – P.796-802.
4. A large, population-based study of age-related associations between vaginal pH and human papillomavirus infection / M.A. Clarke [et al] // BMC Infect. Dis. – 2012. – Vol.12, №33. – P.1286-1292.
5. Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis / E. Gillet [et al] // BMC Infect. Dis. –2011, – Vol.11, №10. – P.1287-1295.

*Рахмонов Б.А., Рахмонов У.Х., Бердиев Р.Н.*

### **КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ**

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

**Актуальность.** Высокая инвалидизация и летальность, а также прямые затраты общества на лечение и реабилитацию, обуславливают актуальность совершенствования диагностики и лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) [1,3].

Учитывая возрастающую степень тяжести ЧМТ, которая приводит к ощутимым социально-экономическим потерям, своевременное проведение необходимых организационно-медицинских мероприятий приобретает всё более важное значение в оптимизации лечебно-диагностического процесса при оказании помощи пострадавшим.

ЧМТ относится к числу наиболее распространённых повреждений и составляет 40% от всех видов травм [2,3,5]. В связи с возрастанием черепно-мозгового травматизма закономерно повышается и количество травматических внутричерепных гематом (ТВЧГ). На современном этапе ЧМТ остается в центре внимания исследователей из-за своей распространённости, трудности диагностики и лечебной тактики [4,5]. Нет единого взгляда клиницистов на время появления клинической симптоматики при острых и подострых ТВЧГ.

ВМГ может быть в виде гематомы или очага геморрагического пропитывания III типа. Ведущим механизмом образования гематомы являются разрывы патологически измененных стенок церебральных сосудов. Геморрагическое пропитывание, характеризующееся небольшими размерами очага и нечетко выраженными границами, возникает вследствие диапедеза эритроцитов из мелких сосудов. В ряде случаев гематома и геморрагическое пропитывание выступают различными фазами одного и того же процесса [5]. Излившаяся в мозг кровь вызывает местное разрушение и сдавление вещества мозга, а также реакцию окружающих тканей в виде локальной, а впоследствии и распространенной ишемии мозга с интракардиальной гипертензией, дислокацией и возможным вклиниванием мозговых структур.

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинического течения и диагностики травматических внутричерепных гематом.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положен анализ 93 пациентов с ТВЧГ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении Национального медицинского центра РТ с 2017 по 2019 гг., из них

эпидуральные гематомы было в 52 (55,9%) случаях, внутримозговые гематомы – в 21 (22,6%) и субдуральные гематомы – у 14 (15,1%) пострадавших. У 6 (6,4%) больных верифицированы комбинированные гематомы. Среди обследованных мужчин было 59 (63,4%), и женщин 34 (36,6%) в возрасте от 19 года до 65 лет. Из 93 пациентов в 63 (67,8%) случаях обстоятельством травмы было падение с различной высоты, у 26 (27,9%) – дорожно-транспортные происшествия и в 4 (4,3%) наблюдениях – избиение. Причиной заболевания во всех случаях была ЧМТ различной степени тяжести: в 18 (19,3%) случаях причиной возникновения ТВЧГ была лёгкая ЧМТ, в 39 (41,9%) - средней степени тяжести и в 36 (38,8%) случаях наблюдалась на фоне тяжёлой ЧМТ. Проводились клинико-неврологические обследования, компьютерная томография (КТ) и краниография.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клиническая картина у обследованных больных варьировала от минимальных неврологических дисфункций до грубых расстройств с витальными нарушениями. В большей степени было характерно наличие общемозговой симптоматики и в меньшей - очаговой. Оболочечная симптоматика наблюдалась у 63 (67,7%) обследованных. Менингеальные симптомы, были выраженными и проявлялись ригидностью затылочных мышц и симптомами Кернига.

Одним из основных неврологических проявлений у обследованных было угнетение сознания различной степени, которое наблюдалось при поступлении у 62 (66,7%) больных, в ясном сознании поступили 31 (33,3%) пострадавших. Глубина нарушения сознания варьировала от лёгкого оглушения до коматозного сознания, которое оценивалось по шкале комы Глазго (ШКГ).

Умеренное оглушение отмечалось у 29 (46,8%), глубокое оглушение - у 16 (25,8%), сопор - у 11 (17,7%) и в коматозном сознании находились 6 (9,7%) больных. Симптомы пирамидной недостаточности отмечались у 35 (37,6%) больных. Пирамидные симптомы варьировали от легкой недостаточности до грубых парезов, что в большей степени зависело от сочетания с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ). Экстрапирамидные двигательные расстройства наблюдались у 9 (9,7%) больных. Экстрапирамидная симптоматика проявлялась наличием рефлексов орального автоматизма, характерными изменениями мышечного тонуса, тремором кистей, брадикинезией.

С появлением современных диагностических методов нейровизуализации диагностика ТВЧГ значительно упростилась. Согласно современным взглядам, КТ головного мозга является методом выбора в диагностике ТВЧГ. При проведении КТ головного мозга в наших исследованиях ТВЧГ обычно имели вид зоны с измененной плотностью, располагающейся над веществом головного мозга. В 38 (40,9%) случаях гематомы были левосторонними, в 48 (51,6%) случаях - правосторонними и в 7 (7,5%) - двусторонними. В большинстве случаев ТВЧГ располагались супратенториально и составляли 87 (93,5%) пациентов, а субтенториальной локализации – в 6 (6,5%) наблюдениях. Наиболее частой локализацией была лобно-теменно-височная.

Объём гематомы являлся одним из определяющих факторов принятия решения об оперативном лечении. На основании КТ и интраоперационных данных было установлено, что в большинстве случаев травматические ВЧГ имели объём от 50 до 100 мл.

Одним из главных признаков КТ-диагностики ТВЧГ, была регистрация смещения срединных структур головного мозга, которое колебалось от 5 до 22 мм. В наших наблюдениях у 48 (51,6%) больных отмечались признаки сдавления конвекситальных субарахноидальных пространств на стороне гематомы. Признаки компрессии базальных ликворных цистерн выявлены нами у 31 (33,4%) больного. Сдавление ипсилатерального бокового желудочка встречалось в 37 (39,8%) наблюдениях. Дислокационная гидроцефалия отмечена в 28 (30,1%) случаях. Следует сказать, что степень выраженности КТ изменений ТВЧГ, как правило, коррелировала со степенью тяжести состояния больных.

**Выводы.** 1. Для травматических внутричерепных гематом в большинстве случаев характерно преобладание общемозговых симптомов и прогрессирующий тип течения. Более глубокие неврологические расстройства наблюдаются у пациентов старших возрастных групп.

2. Особенности течения травматических внутричерепных гематом на фоне тяжёлых ушибов головного мозга заключаются в более частом и глубоком угнетении уровня сознания, наличии других грубых неврологических расстройств, обусловленных тяжестью ушиба головного мозга, что проявляется выраженной декомпенсацией состояния больных.

3. Компьютерная томография головного мозга с высокой степенью точности выявляет локализацию, объём и структуру травматических внутричерепных гематом, что позволяет определить показания и тактику хирургического лечения.

#### **Список литературы.**

1. Коновалов А.Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов. М.: Антидор, 2001. Т. 2. 675 с.
2. Педаченко Г.А. Особенности травматического сдавления головного мозга у пожилых и стариков / Г.А. Педаченко, Е.Г. Педаченко // Травматическое сдавление головного мозга у пожилых и стариков. Горький, 1990. С. 56 - 62.
3. Потапов А.А. Длительное сдавление головы (биомеханика, клиника, диагностика, лечение) / А.А. Потапов, В.Ж. Констанян, Л.Б. Лихтерман // Вопр. нейрохир. 1992. №2-3. С. 5-124.
4. Miller L. Head trauma: basic, preclinical and clinical directions – Mew York: Wiley and Sons, 2001. 352p.
5. WHO Mortality Database. WHO Mortality Statistics. – Geneva: World Health Organization, 2002. 128p.

*Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н.*

#### **ДИАГНОСТИКА ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ**

Кафедра нейрохирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** В структуре патологии периферической нервной системы пояснично-крестцовые радикулопатии занимают ведущее место и составляют 65–70 % [1–3]. Такая широкая распространенность дискогенных радикулопатий пояснично-крестцового уровня определяет актуальность поиска новых подходов к способам их лечения

и диагностики [2]. У пациентов с радикулярной болью сложно определить механизм развития болевого синдрома только на основании этиоморфологических факторов, вызвавших радикулопатию, а без идентификации патофизиологических механизмов невозможно выработать современную оптимальную стратегию лечения [4, 5].

Известно, что патофизиологической основой боли при сдавлении корешкового нерва является нарушение механизмов генерации и проведения ноцицептивного сигнала и процесса контроля за возбудимостью ноцицептивных нейронов в структурах спинного и головного мозга [2,5]. Усиленная импульсация с периферии дезорганизует работу и центральных структур, относящихся к болевой чувствительности [1]. Такая реорганизация приводит к появлению спонтанной, пароксизмальной боли, механической и температурной аллодинии, возникают такие симптомы, как дизестезия, парестезия, гиперпатия, а также трофические расстройства. Изучение возможностей метода для диагностики сенсорных расстройств при радикулопатиях представляет особый интерес [4].

**Целью исследования.** Проведение МРТ мониторинга течения остро возникших пояснично-крестцовых радикулопатий у пациентов с грыжами межпозвоночных дисков.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования были 100 пациентов с остро возникшими пояснично-крестцовыми радикулопатиями, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков, в возрасте от 20 до 70 лет, из них женщин — 55, мужчин — 45. Все пациенты были обследованы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» с 2016 по 2018гг.

Проводились дополнительные исследования с целью исключения сопутствующей соматической патологии: общий анализ крови, мочи, электрокардиография, флюорография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек. Все женщины консультированы гинекологом, а мужчины старше 40 лет — урологом. Основными диагностическими критериями вертеброгенных радикулопатий в нашем исследовании были:

а) наличие вертебрального синдрома; б) чувствительные нарушения в сегменте пораженного корешка; в) рефлекторные нарушения; г) данные нейровизуализации.

Нейровизуализационная оценка пораженного позвоночно-двигательного сегмента проводилась на рентгеновском магнитно резонансном томографе GE Vivo (0,3 тесла) послойно (Медицинский центр «Нурафзо»). При послойном режиме толщина среза и шаг составляли 2 мм в плоскости, параллельной обследуемому диску. Результаты МРТ-обследования позвоночника позволили верифицировать патологию межпозвоночных дисков, латеральных отверстий и позвоночного канала. При анализе магнитно резонансных томограмм признаками грыжи диска в нашем исследовании являлись:

- а) высокоплотное образование, выходящее за пределы замыкающих пластин;
- б) дислокация корешкового нерва и сдавливание дурального мешка;
- в) масс-эффект, приводящий к нарушению взаимоотношения структур позвоночного канала.

Степень выраженности радикулярного болевого синдрома определяли с использованием балльной системы оценки (Полищук Н.Е. с соавторами, 2002):

- 0 баллов — выраженная боль в покое, требующая приема анальгетиков;
- 1 балл — умеренная или легкая боль в покое, не требующая приема анальгетиков;
- 2 балла — выраженная боль при малейшей физической нагрузке. Необходим прием анальгетиков;
- 3 балла — легкая боль при нагрузке, не требующая приема анальгетиков;
- 4 балла — легкая боль при значительной физической нагрузке;
- 5 баллов — отсутствие боли.

Состояние двигательной активности (мышечной силы) оценивали по 5-балльной шкале (Полищук Н.Е. с соавторами, 2002):

- 0 баллов — плегия;
- 1 балл — визуальное или пальпаторное наличие сокращения мышцы;
- 2 балла — активные движения, которые не могут противостоять гравитационной силе;
- 3 балла — активные движения, которые могут противостоять гравитационной силе;
- 4 балла — активные движения в полном объеме, которые могут противостоять умеренному сопротивлению;
- 5 баллов — активные движения в полном объеме, которые могут противостоять сильному сопротивлению.

Исследование было разделено на 3 этапа:

- I этап — до начала проведения лечения;
- II этап — 10-е сутки с момента лечения;
- III этап — через 1,5 месяца с момента начала лечения.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Исследование в запланированном режиме закончили все пациенты. Анализ полученных данных проводился с учетом динамики неврологических нарушений и МРТ показателей. Динамическая оценка выраженности радикулярного болевого синдрома и двигательных нарушений показала достоверное улучшение показателей уже на II этапе исследования с сохранением этой тенденции к концу исследования.

Динамическая оценка частоты встречаемости нарушений у больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями, существенных гендерных различий в частоте поражений сенсорных волокон не выявлено. Наиболее уязвимыми при пояснично-крестцовых радикулопатиях являются волокна, отвечающие за тактильную и температурную чувствительность. Выявлена интересная закономерность в динамике показателей стимуляции исследуемых волокон, на I этапе исследования при пороговой величине стимуляции чувствительные изменения в исследуемых волокнах носили явно гиперестетический характер, на II этапе показатели указывали на гипестезию средней степени выраженности, а через 1,5 месяца показатели стали приближаться к нормальным, что соответствует срокам регресса неврологических синдромов при консервативном лечении дискогенных радикулопатий, связанных, по мне-

нию многих авторов [2–4,7,8], с устранением воспалительного отека корешка эпидуральной клетчатки, уменьшением спазма радикуломедуллярных артерий, восстановлением притока артериальной и оттока венозной крови и лимфы в зоне дискорадикулярного конфликта.

Таким образом, включение пациентам с дискогенными радикулопатиями пояснично-крестцового уровня в базисную терапию препарата Нейромидина 1,5% по 1мл внутримышечно 1 раз в день в течение первых 10 дней и препарата Мильгама по 2 мл 1 раз в день внутримышечно через день в течение 10 дней с последующим дальнейшим переходом на пероральный прием Нейромидина по 1 табл. 2 раза в день в течение 1,5-2 месяцев привело к достоверному снижению выраженности болевого синдрома, снижению выраженности двигательных нарушений. На МРТ исследовании картина устранения отека и нормализации структуры корешка.

#### **Выводы**

1. МРТ позволяет объективизировать оценку состояния пораженных корешков при дискорадикулярных конфликтах и может быть рекомендована к более широкому применению в повседневной врачебной практике в лечебных учреждениях всех уровней аккредитации для диагностики и в дальнейшем — для выбора оптимального лечения больных с пояснично-крестцовыми радикулопатиями с возможностью объективного динамического контроля за его эффективностью.
2. При проведении базисной терапии было выявлено, что при остро возникающих пояснично-крестцовых радикулопатиях, обусловленных грыжами межпозвоночных дисков, приводит к достоверному снижению выраженности болевого синдрома и снижению выраженности двигательных нарушений.

#### **Список литературы**

1. Калабанов В.К. Факты регрессии секвестра и грыж больших размеров поясничных межпозвоночных дисков в результате комплексного лечения с использованием авторского способа мануальной терапии // Мануальная терапия. — 2009. — № 1 (33). — С. 8-22.
2. Магомедов М.К., Головатенко-Абрамов К.В. Динамика структурных изменений грыж межпозвоночных дисков in и ex vivo на основе сравнения морфологии и магнитно-резонансной томографии // Мануальная терапия. — 2003. — № 3 (11). — С. 23-31.
3. Маньковский Б.Н. Современные подходы к диагностике и лечению диабетической полинейропатии // Здоровье Украины. — 2011. — № 2. — С. 1-3.
4. Boyce R.H., Wang J.C. Evaluation of neck pain, radiculopathy, and myelopathy: imaging, conservative treatment, and surgical indications // Instr. Course Lect. — 2003. — № 52. — P. 489-495.
5. Cruccu G., Anand P. et al. EFNS guidelines on neuro[athic pain assessment // Eur. J. Neurol. — 2004. — V. 11. — P. 153-162.

*Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н.*

### **ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ УДАЛЕНИИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОКОВОГО ДИСКА**

Кафедра нейрохирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Несмотря на бурное развитие нейрохирургии, вертебологии, рентгенологии и значительные успехи в лечении различной патологии позвоночника, к сожалению, нет оснований считать, что проблема лечения остеохондроза поясничного отдела, в частности грыж межпозвоночных дисков, на сегодняшний день решена. Эта патология является одним из наиболее частых и тяжелых страданий, приводящих к инвалидности людей трудоспособного возраста, ведёт к огромным материальным потерям для общества и государства.

В России в структуре неврологической заболеваемости взрослого населения поясничный остеохондроз составляет 48-52%, занимая первое место, в том числе и по количеству дней нетрудоспособности. По данным комитета здравоохранения города Москвы, больные с грыжами поясничного отдела позвоночника составляют 81% от всех лечившихся стационарно пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

В их числе из оперированных больных на долю грыж поясничных дисков приходится 90,3%. По материалам нейрохирургических отделений Республики Таджикистан, 60,8% нейрохирургических операций приходится на грыжу межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника.

Медицинская и социально - экономическая значимость данной патологии как в мире, так и в Республике Таджикистан, обусловлена как высокими показателями заболеваемости, трудопотерь и инвалидности, так и связанными с этим аспектами проблемы совершенствования своевременной диагностики и эффективного лечения больных с осложненными формами (грыжи межпозвоночных дисков) поясничного остеохондроза.

Для достижения поставленной цели данной проблемы были использованы усовершенствованные ранее известные хирургические методы лечения грыжи поясничных межпозвоночных дисков, разработаны способы профилактики рубцово-спаечного процесса в зоне операции с целью решения данной патологии. Были использованы высокотехнологичные методы диагностики, как, компьютерная и магнитно-резонансная (КТ и МРТ) томографические исследования.

**Цель исследования.** Провести интраоперационные показатели в исследуемых группах при удалении грыжи поясничного межпозвоночного диска.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ эффективности лечения грыж межпозвоночных дисков на пояснично-крестцовом уровне с использованием микрохирургической, эндоскопической дискэктомий. и декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ, проведен анализ интраоперационных показателей, включающий оценку времени операции, объема кровопотери, длины разреза и объема резекции костной ткани.

Микрохирургическая дискэктомия была проведена у 37 пациентов, средний возраст которых  $43,4 \pm 1,9$  года, соотношение женщин и мужчин – 15:22. Эндоскопическая дискэктомия была произведена у 31 пациента, средний



возраст которых  $38,7 \pm 1,7$  года, соотношение женщин и мужчин – 11:20. Декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ у 28 пациентов, средний возраст которых  $34,7 \pm 1,6$  года, соотношение женщин и мужчин – 11:17. Возраст пациентов и соотношение полов в группах не имели статистически достоверной разницы, сопутствующая соматическая патология и ее исходная тяжесть были сопоставимы. Все пациенты были обследованы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» с 2015 по 2017 гг., оперированы одной группой хирургов.

Диагноз ставился на основе результатов, полученных при комплексном обследовании, включающем динамический клинико-неврологический осмотр, рентгенографию, КТ, МРТ и электромиографию.

Показаниями для хирургического лечения служили выраженный корешковый болевой синдром, наличие двигательных и чувствительных нарушений, нарушения функций тазовых органов, неэффективность проводимого консервативного лечения в течение четырех и более недель.

Абсолютными противопоказаниями для хирургического лечения являлись спондилолистезы, спондилезы, а также повторные операции на этом же уровне.

Результаты лечения фиксировались как перечисленными методами диагностики (динамический клинико-неврологический осмотр, рентгенография, КТ и МРТ), так и при помощи шкал, которые использовались с целью объективизации динамики таких показателей, как болевой корешковый синдром, боль в области проведенного вмешательства и качество жизни пациента.

Для оценки выраженности и динамики корешкового болевого синдрома использовалась Шкала болевого аудита, оценка и динамика качества жизни пациента производились по Европейскому опроснику качества жизни.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На сегодняшний день хирургические методы, к сожалению, не имеют 100% эффективности. В ряде случаев клиника заболевания обусловлена многими патофизиологическими причинами, и проведение хирургического вмешательства может лишь усилить имеющуюся клиническую симптоматику

У изученных пациентов, оперированных методиками эндоскопической дискэктомии, микрохирургической дискэктомии и декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ, проведен анализ интраоперационных показателей, включающий оценку времени операции, объем кровопотери, длину разреза и объема резекции костной ткани.

В 28 (29,2%) наблюдениях декомпрессия при стенозе позвоночного канала с ТПФ, в 31 (32,3%) наблюдениях микрохирургической дискэктомии и в 37 (38,5%) наблюдениях эндоскопической дискэктомии была выполнена дополнительная резекция костной ткани. Тем не менее, необходимо отметить, что в большинстве случаев удалить грыжу диска удавалось без дополнительного расширения костного окна. Продолжительность операции в двух группах составляла около 1,5 часа, а в третьей более 2,5 часов. Сравнительный анализ выявил, что затраты времени на декомпрессию при стенозе позвоночного канала с ТПФ (175 (90; 115) минут) достоверно выше ( $pU = 0,05$ ), чем на эндоскопическую дискэктомию (90 (72,5; 110) минут). Разница составила один час. Кровопотеря при выполнении в двух методиках вмешательств была незначительной и значимо не различалась, а в третьей группе кровопотеря составила 450 мл. По результатам исследования для выполнения эндоскопической дискэктомии требовался разрез меньшей длины (в среднем на 1,5 см), чем для выполнения операций с использованием микрохирургической техники.

При проведении корреляционного анализа выявлена значимая умеренная непараметрическая положительная корреляция времени операции и кровопотери ( $R = 0,43; p < 0,05$ ) при декомпрессии со стенозом позвоночного канала с ТПФ и значимая средняя непараметрическая положительная корреляция времени операции и кровопотери ( $R = 0,56; p < 0,05$ ) – при выполнении микрохирургической дискэктомии. В группе эндоскопической дискэктомии такой связи не установлено.

**Вывод.** Таким образом, проведенный анализ интраоперационных показателей позволил установить, что продолжительность операции при декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ значимо больше, чем при микрохирургических и эндоскопических; длина разреза значимо меньше при эндоскопической дискэктомии; при проведении всех операций отмечен незначительный объем кровопотери, определена умеренная и средняя положительная непараметрическая корреляция продолжительности операции и объема кровопотери. В большинстве случаев удалить грыжу диска удавалось без дополнительного расширения костного окна: в группе микрохирургической дискэктомии – в 71% случаев, в группе эндоскопической дискэктомии – в 79%, в группе декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ – в 82%.

#### Список литературы.

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., 2004.
2. Дестандо Ж. Эндоскопическая хирургия грыжи поясничного диска: исследование 1562 случаев // Хирургия позвоночника. 2006. № 1. С. 50–54.
3. Симонович А.Е., Маркин С.П. Сравнительная оценка эффективности эндоскопической дискэктомии по Дестандо и открытой микрохирургической дискэктомии при грыжах поясничных дисков // Хирургия позвоночника. 2005. № 1. С. 63–68.
4. Greenberg M.S. Intervertebral disc herniation // In: Handbook of Neurosurgery. Third edition. 1994. P. 467–486
5. Hagen K.B., Thune O. Work incapacity from low back pain in the general population // Spine. 1998. Vol. 23. P. 2091–2095.

## **АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

**Актуальность.** На протяжении многих веков проблема высокой встречаемости переломов костей конечностей является одной из ключевых в хирургической практике и остается нерешенной в настоящее время. Согласно статистическим данным переломы костей различных локализаций выявляются почти у каждого третьего, а частота переломов костей верхних и нижних конечностей среди них составляет 65-70%. [1].

Данная проблем приобретает все большее значение в повседневности в связи с увеличением частоты дорожно-транспортных происшествий, высокой встречаемостью производственных травм. В особую группу можно выделить переломы, связанные с случайными падениями или занятием профессиональным спортом. Переломы такой категории относят к травматическим, возникающим в результате одномоментного воздействия чрезмерной механической силы, превышающей пределы прочности здоровой костной ткани [2].

Однако, переломы могут возникать не только вследствие травм, но и в результате различных заболеваний, сопровождающихся патологическими изменениями в прочностных характеристиках костной ткани. Такие переломы называются патологическими и являются проявлением или осложнением какого-либо заболевания. В основе формирования таких переломов лежит повышение хрупкости костной ткани, которая может быть связана с эндокринным или обменным нарушениями, например, с такими как сахарный диабет или гипокальциемия, а также с наличием хронических заболеваний костей и суставов, таких как остеопороз, остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра, болезнь Гоффа или опухолевые новообразования [3]. Кроме того, к факторам, способствующим формированию переломов можно отнести нерациональное питание, характеризующееся несбалансированным потреблением основных нутриентов, таких как белки, жиры и углеводы, а также витамины и минеральные вещества, необходимых для образования костной ткани.

**Цель исследования.** Провести анализ частоты встречаемости переломов костей верхних и нижних конечностей и оценить условия и факторы их возникновения.

**Материал и методы исследования.** В исследовании применялись статистические данные онлайн-сервиса Google Forms. Для проведения анализа частоты встречаемости переломов верхних и нижних конечностей было разработано массовое анкетирование, предполагающее полную анонимность и конфиденциальность. Для сбора информации по данной проблеме был произведен опрос населения западных регионов России. В онлайн-тестировании приняли участие 591 человек разных возрастных категорий, а именно 18 человек (3%) младше 18 лет, 162 (27,4%) в возрасте от 18 лет до 21 года, 108 (18,3%) в возрасте от 22 до 35 лет, 248 (42%) в возрастном диапазоне от 36 до 55 лет и 55 человек или 9,3% опрошенных в возрасте 56 лет и старше. 55,5% респондентов - представители мужского пола и 54,5% - женского.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам проведенного анкетирования выявлены следующие закономерности: 50,9% респондентов не имели переломов костей верхних или нижних конечностей, 29,8% людей столкнулись с данной травмой один раз, остальные опрошенные ломали верхние и нижние конечности два и более раз.

Из показателей онлайн-опросника стало известно, что ведущее место по частоте встречаемости занимают повреждения костей кисти, включая кости запястья, пясти и пальцев (50,2%). Второе место по встречаемости среди опрошенных занимают переломы костей стопы, которые составляют 34,8% и включают переломы костей предплюсны, плюсны и пальцев. На кости предплечья приходится 27% переломов, а на кости голени - 15,4%. Значительно реже, а именно в 8,1% случаях встречаются переломы плечевой кости, и только у 3,5% опрошенных был перелом бедренной кости, который относится к категории тяжелых травм и требует хирургического лечения. Таким образом, анализ полученных данных показал, что наибольший процент травм опорно-двигательного аппарата занимают повреждения верхней конечности, что, вероятно, связано с частыми падениями с опорой на верхнюю конечность, а также с существенным ростом дорожно-транспортных происшествий в связи с ускоренным развитием научно-технического прогресса.

В ходе анкетирования был задан вопрос о возрасте, в котором был перенесен перелом. Анализ данных показал, что большую часть травм люди получали в возрасте до 18 лет, что составило 59% опрошенных, и вероятно связано с более активным образом жизни и повышенным интересом к экстремальным развлечениям и видам спорта. Частота переломов в возрасте 22-35 лет составила 25,4%, 36-55 лет – 21%, а в 18-21 год – 16,3%. Наименьший процент переломов конечностей был зарегистрирован у людей старше 56 лет, что составило 1,7% случаев.

Учитывая тот факт, что переломы делятся на травматические и патологические, мы не могли не задать вопрос об условиях их возникновения. Анализ полученных данных показал, что чаще всего переломы представляют собой случайные травмы, полученные во время падений или ударов (55,5%). Также среди респондентов наблюдается высокий процент переломов, связанных с занятием профессиональными видами спорта (35,2%). Реже встречаются переломы, связанные с подвижными детскими играми – 22,3%, дорожно-транспортными происшествиями – 13,2%, работами на производстве – 5,8%. Наименьший процент переломов (1,4%) был представлен переломами, на фоне хронических заболеваний костей. Однако изменения структуры костной ткани, связанные с такими заболеваниями, являются не мало важным фактором, лежащим в основе частых патологических переломов. В связи с этим мы не могли не задать вопрос о наличии у респондентов каких-либо хронических заболеваний костей или суставов, которые могли стать основой для перелома. Однако, абсолютное большинство опрошенных (87%) не имеют соответствующих заболеваний, но 5,8% имеют остеоартроз, 5,1% -ревматоидный артрит, 4,8% - остеопороз, и 2,4% опрошенных страдают подагрой, и только 1 человек из 591(0,3%) имеет такое заболевание как болезнь Гоффа.

Мы также не могли оставить без внимания вопрос об образе жизни, который вели респонденты в период возникновения перелома. Чрезмерно активный образ жизни, связанный с тяжелой физической нагрузкой, также, как и малоактивный, связанный с низким развитием опорно-двигательного аппарата, сопровождаются частыми переломами. Однако, по результатам опроса было выяснено, что большая часть людей, а именно 63%, в период получения перелома вели здоровый и активный образ жизни, а 7% опрошенных занимались профессиональными видами спорта, но 30% респондентов ответили, что ведут малоактивный образ жизни. Полученные данные позволяют предположить, что большая часть переломов среди всех респондентов имеют травматическую природу и не связаны с хроническими заболеваниями костной системы и малоактивным образом жизни.

Кроме того, как было отмечено выше, частые переломы могут быть связаны с нерациональным питанием. Поэтому в анкету был включен вопрос о характере питания респондентов в период возникновения переломов костей конечностей. Анализ полученных результатов показал, что 62,6% опрошенных придерживались рационального питания, 36,7% имели несбалансированное питание и только 2 человека из 290 опрошенных (0,7%) придерживались вегетарианского питания.

**Выводы.** Анализ статистически обработанных данных показал, что значительное большинство переломов приходится на возраст младше 18 лет, а наиболее частая их локализация соответствует костям верхних конечностей.

Полученные данные об условиях возникновения переломов, позволили выявить зависимость их частоты от вида деятельности и образа жизни. Среди респондентов наиболее высокий процент переломов связан с профессиональными видами спорта, реже встречаются переломы, связанные с подвижными детскими играми, дорожно-транспортными происшествиями и производственными травмами.

Такие факторы возникновения переломов, как изменение структуры костной ткани, на фоне хронических заболеваний костей, а также нерациональное питание наблюдались у абсолютного меньшинства респондентов, что говорит о преобладании среди опрошенных переломов травматической природы, которые не связаны с хроническими заболеваниями костной системы, малоактивным образом жизни и несбалансированным питанием.

#### **Список литературы.**

1. Multiple fractures in the elderly / N. D. Clement, S. [etс.] // J. Bone Joint Surg. Br. - 2012. - Vol. 94, - № 2. - P. 231-236.
2. Производственная травма и производственный травматизм: явление и сущность, случайность и закономерность / В.Б. Артемьев [и др.] // Уголь. – 2020. – № 5. – С. 4–11.
3. Айвазян, В.П. Некоторые особенности лечения множественных диафизарных переломов длинных трубчатых костей нижних конечностей / В.П. Айвазян, Г.А. Тумян, В. Э. Оганян // Мед. вестн. Эребуни. - 2010. - № 3(43). С. 35-39.

*Сабзаева З.К., Шарипова М.И., Шоева С.Н., Лаикарова Н.М.*

### **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

ГУ ГЦЗ №14 Управления здравоохранения г. Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** Доказано, что дефицит железа является основным и наиболее распространенным нарушением питания в мире. Дефицит железа, от которого страдают многие дети и женщины в развивающихся странах, является единственным видом недостаточности питательных веществ, который в значительных масштабах распространен в промышленно-развитых странах. 2 миллиарда человек, то есть более 30% населения мира, страдают от анемии, многие — в результате дефицита железа, который в районах с недостаточными ресурсами усугубляется инфекционными болезнями. Малярия, ВИЧ/СПИД, заражение анкилостомами, шистосомоз и другие инфекции, такие как туберкулез, являются особо важными факторами, способствующими высоким уровням распространенности анемии в некоторых районах [1].

Анемия является серьезной проблемой для детей, поскольку она может нарушить умственное развитие, привести к задержке роста и привести к увеличению случаев заболевания инфекционными болезнями. Помимо слабости, частой усталости и снижения резистентности к болезням, анемия может быть особенно серьезной проблемой для беременных женщин, что приводит к преждевременным родам и низкому весу рожденных детей [3].

Согласно рекомендациям ВОЗ, ежедневные добавки железа рекомендуются в качестве меры в области здравоохранения для менструирующих женщин и девочек-подростков, живущих в условиях, в которых распространенность анемии в этой возрастной группе составляет 40% или более, в целях профилактики анемии и дефицита железа. Прием железосодержащих добавок/препаратов во время беременности может уменьшить вероятность возникновения анемии. В соответствии с рекомендациями ВОЗ и национальным стандартом по ведению физиологической беременности, с целью профилактики анемии всем беременным на протяжении всей беременности рекомендуется ежедневный прием 60 мг железа и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты [4].

В рамках Медико-демографического исследования, проведенного в Таджикистане в 2017 году (МДИТ-17), была собрана информация от женщин в возрасте 15-49 лет, родивших в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, по поводу использования железосодержащих добавок во время беременности. Чтобы получить информацию о железосодержащих добавках, женщин спрашивали, давали ли им или покупали ли они железосодержащие препараты или сироп во время беременности последним ребенком. Если их ответ был утвердительным, их спрашивали, сколько дней они принимали таблетки или сироп. Результаты МДИТ-2017 показали, что более половины женщин (55%) не принимали никаких железосодержащих таблеток или сиропа во время беременности их последнего живорождения в течение пяти лет до проведения исследования. Кроме того, у большинства женщин, принимавших железосодержащие препараты, курс приема занял менее 60 дней (37%); только 2% женщин сказали, что они принимали железосодержащие добавки в течение 90 дней и более. Прием добавок с содержанием железа во время беременности чаще встречается среди женщин в возрасте 15-19 лет, городских жительниц и жительниц ГБАО. Кроме

того, существует четкая положительная взаимосвязь между уровнем образования и благосостоянием и употреблением железосодержащих добавок [2].

По результатам МДИТ-2017 в Таджикистане 41% женщин страдают анемией. Большинство из них (32%) имеют анемию легкой степени, 8% умеренную, а 1% - тяжелую анемию. По регионам распространенность любых форм анемии колеблется от 33% в РРП до 55% в ГБАО [2].

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ показателей железодефицитной анемии у женщин детородного возраста в ГЦЗ №14 г. Душанбе за 2018-2019 годы.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено на базе ГЦЗ №14 Управления здравоохранения г. Душанбе. Для проведения исследования была изучена и проанализирована первичная медицинская документация – Индивидуальные карты пациенток (женщин детородного возраста) (форма 024), годовые отчеты ГЦЗ №14 за 2018-2019 годы. Проанализирована динамика показателей легкой, средней и тяжелой анемии в ГЦЗ №14 за последние два года и некоторые показатели, оказывающие влияние на данные показатели (интергенетический интервал, процент раннего охвата беременных родовым уходом).

Уровни анемии были классифицированы как тяжелая, умеренная и легкая на основании концентрации гемоглобина в крови в соответствии с критериями, разработанными ВОЗ (1989). Женщин с концентрацией гемоглобина менее 7,0 г/л классифицировали как имеющих тяжелую анемию, с показателями гемоглобина от 7,0 до 9,9 г/л как умеренную анемию, и беременных женщин с 10,0-10,9 г/л как имеющих легкую анемию.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В 2019 г. численность обслуживаемого населения ГЦЗ №14 составила 79244 человека, из них женщины детородного возраста составили 21954 человека. Количество беременных женщин, состоящих на родовом наблюдении в ГЦЗ №14, в 2018 году составило 848, в 2019 году – 1192 человека. В 2018 году взято на антенатальное наблюдение 1943 беременных женщины и в 2019 году – 2009 человек. Анализ показал, что процент раннего охвата беременных (до 12 недель) в 2019 году составил 99%. Увеличение данного показателя в сравнении с 2018 годом (97,2%) связано с более активными подворными обходами со стороны семейных медицинских сестёр, что позволило своевременно выявить и взять на антенатальное наблюдение беременных женщин в ранних сроках. Данный показатель является важным в проведении своевременных мероприятий в профилактике и лечении железодефицитной анемии у беременных женщин.

Результаты исследования показали, что в 2019 году межродовый интервал менее двух лет среди беременных женщин отмечался в 5,7% случаев (в 2018 году данный показатель составлял 6%). Интергенетический интервал от 2-х до 3-х лет в 2019 году увеличился в сравнении с 2018 годом (25%) и составил 39,8% случаев, в то же время несколько уменьшился межродовый интервал более 3-х лет в 2019 году (54,5%) в сравнении с 2018 годом (61,2%).

Исследование показало, что на протяжении последних лет со стороны медицинских специалистов (акушеров-гинекологов, семейных врачей, акушеров, медицинских сестёр) ГЦЗ №14 регулярно проводится консультирование по вопросам потребления разнообразной пищи, богатой микроэлементами, ежедневному употреблению овощей и фруктов, снижению употребления жирной и сладкой пищи, животных жиров и транс-жиров, большому потреблению зерновых продуктов, хлеба и каши из муки грубого помола, риса, макаронных изделий.

Результаты исследования первичной документации показали, что количество выявленных случаев железодефицитной анемии среди беременных женщин в 2018 году составило 12,8% случаев и в 2019 году – 12,7%. Из выявленных случаев у беременных женщин анемия легкой степени составила 11,6% в 2018 и 11,5% случаев в 2019 году. Доля анемии средней степени в 2018 году составила 0,9% случаев и в 2019 году – 0,8% случаев. Случаи анемии тяжелой степени в ГЦЗ №4 в 2018 г. отмечены в 0,1% случаев, а в 2019 году не выявлено ни одного случая.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования показывают, что общее количество случаев анемии, в том числе анемии легкой, средней и тяжелой степени у беременных женщин в ГЦЗ №14 в 2019 в сравнении с 2018 годом уменьшилось. Данные положительные результаты связаны с информационно-просветительной работой по вопросам «здорового» питания со стороны медицинских работников ГЦЗ №14 г. Душанбе, проведением профилактических мероприятий до наступления беременности, во время родового ухода и в послеродовом периоде, а также своевременным выявлением случаев анемии и эффективным лечением экстрагенитальных заболеваний.

**Рекомендации.** Учитывая, что женщины репродуктивного возраста относятся к группе риска по развитию железодефицитной анемии, согласно современным рекомендациям ВОЗ, целесообразно проводить периодическую саплементацию препаратами железа и фолиевой кислоты для девочек, достигших половой зрелости, и менструирующих женщин (доза и периодичность зависят от распространенности анемии в данном регионе). Всем медицинским работникам (семейным врачам, медицинским сестрам, акушерам-гинекологам, акушеркам) проводить среди женщин репродуктивного возраста пропаганду потребления одновременно с едой усилителей всасывания железа, таких как аскорбиновая (витамин С) или лимонная кислота, которые содержатся в цитрусовых и других фруктах и овощах (такие как помидоры, шпинат и др.). Проводить на регулярной основе среди населения образовательные сессии о вреде потреблении чая и кофе одновременно с едой. Со стороны всех специалистов активно проводить консультирование женщин репродуктивного возраста по методам планирования семьи и по соблюдению необходимого интергенетического интервала.

#### Список литературы

1. Железодефицитная анемия: скрининг, профилактика и лечение. Клинический протокол. Бишкек. – 2018. – 90 с.
2. Медико-Демографическое исследование. Республика Таджикистан. Отчёт по ключевым индикаторам. - 2017. – С. 28-51.
3. Национальный стандарт «Родовая помощь при физиологической беременности». - 2018. – С. 38-40.

**Актуальность.** Параректальные свищи являются наиболее часто встречающимся заболеванием дистальной части прямой кишки. В структуре проктологической патологии заболеваемость параректальными свищами составляет 2:1000, а распространенность 9:100000 случаев. Основная причина параректальных свищей является перенесенный острый парапроктит (до 50% случаев). Но причиной свищей могут быть и другие патологии (язвенный колит, болезнь Крона, туберкулез, рак дистальной части прямой кишки). Сама по себе диагностика параректальных свищей не представляется сложной. Но трудности в постановке диагноза заключаются в выяснении отношений свищевых ходов к сфинктеру, к стенке прямой кишки, наличие затеков, определение функционального и морфологического состояния анального сфинктера. Поэтому поиск путей улучшения диагностики параректальных свищей является актуальным.

**Цель исследования.** Изучить эффективность и информативность различных методов диагностики параректальных свищей.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 110 больных госпитализированных в проктологической отделения ГУ ГМЦ №2, хирургическое отделение ЛДЦ ТГМУ и городской центр проктологии с 2015 по 2020 гг. Возраст больных колебался с 16 до 75 лет. Женщин было 31(28%), а мужчин 79 (72%).

Всем больным при поступлении проведен осмотр перианальной области, для определения тонуса анального сфинктера и состояния стенок анального канала и прямой кишки проводили пальцевое исследование прямой кишки. Для обнаружения внутреннего отверстия свища проведены проба с красителем, исследование свищевого хода зондом и фистулография. Для получения полноценной информации проводили УЗИ перианальной области и анального канала ректальным датчиком и магнитно-резонансную компьютерную томографию. Для определения функционального состояния анального сфинктера больным проведены сфинктрометрия, эластометрия и монометрия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При осмотре перианальной области обратили внимание на состояние кожи, количество свищей, их расстояние от анального отверстия и локализации, так как такой осмотр даёт некоторую информацию о характере свища. У 17 (16%) больных отмечалось явление перианального дерматита. В 13(12%) случаях отмечено наличие множества отверстий свищей (более 2 и до 6 отверстий), в 22 (20%) случаях свищи имели 2 отверстия, т.е. справа и слева. У 34 (34%) больных свищевое отверстие располагалось на расстоянии 1 см, у 48 (48%) на расстоянии 3 см и у 28 (28%) больных на расстоянии более 3 см от анального отверстия. Наши исследования показали, что расстояние между анальным и наружным отверстиями свищевого хода имеет определенное значение. При близком расположении свищевого отверстия к анальному отверстию свищевой ход в основном проходил интрасфинктерно, а при увеличении расстояния между ними свищевой ход чаще всего проходил транс- или экстрасфинктерно. Множественные свищи чаще встречались при специфических заболеваниях прямой кишки - в 3 случаях из 13 установлен туберкулёз, в 4 случаях рак и в 3 случаях неспецифический язвенный колит. Только в 3 случаях свищи были обусловлены часто рецидивирующими парапроктитами. Наличие 2 отверстий с двух сторон чаще встречалось при подковообразных свищах.

Пальцевое исследование прямой кишки при параректальных свищах показало следующее: в 23 (21%) случаях отмечалось снижение тонуса анального сфинктера, в 25 (22%) случаях установлено наличие пектиноза и в 10 (9%) случаях выявили инфильтрацию стенок прямой кишки с сужением её просвета. Такие изменения были выражены при специфических свищах. В 52 (47%) случаях особых изменений со стороны анального сфинктера и стенок прямой кишки не выявлено.

Проба с красителем, фистулография и зондирование свища показали, что в 95 (86%) случаях свищевой ход сообщается с прямой кишкой. Из этой группы в 60 (54%) случаях свищевой ход располагался в заднем, в 15 (13%) в переднем, и в 11(10%) случаях в боковом крипте. В 9 (8%) случаях установлено наличие 2 внутренних отверстий. В 15 (13%) случаях внутреннее отверстие свища установить не удалось и это мы связывали с временной облитерацией отверстия свища.

Фистулография показала, что у 81(73%) больного свищи имели различные затеки, из них у 64 (58%) встречался односторонний затек, а у 17 (15%) двусторонний затек в виде подковы. В 29 (26%) случаях свищевые ходы были прямыми или с изгибами, но без затека.

Ультразвуковое исследование и компьютерная томография анального канала и промежности показали, что у всех больных отмечается разного рода хроническая инфильтрация параректальной клетчатки в виде плотных тяжей. С помощью этих исследований определяли высоту инфильтрации и отношение свищевого хода к анальному сфинктеру. Эти исследования показали, что у 22 (21%) больных имели место интрасфинктерные, у 54 (49%) трансфинктерные и у 34 (30%) экстрасфинктерные параректальные свищи. В 22 (20%) случаях установлены подковообразные параректальные свищи.

Сфинктрометрия показала, что у 85 (77%) больных имела место различной степени недостаточность анального сфинктера, а у 25(23%) больных нарушения функции анального сфинктера не было.

В этой группе у 56 больных имела место недостаточность анального сфинктера 1 степени, у 21 обнаружена НАС 2 степени и у 7 больных имела место НАС 3 степени.

Монометрия анального канала показала снижение давления в зоне как наружного, так и внутреннего сфинктера. Нами установлено, что степень снижения давления зависит от степени недостаточности анального сфинктера. Чем слабее сфинктер, тем ниже давление в анальном канале.

Эластометрия определяет эластичность волокон сфинктера, т.е. растяжимость сфинктера. Это исследование показало, что у 37 (32%) больных отмечалось снижение эластичности волокон сфинктера 1 степени, в 31 (24%) случае снижение 2 степени и в 5 (3%) случаях снижение эластичности сфинктера 3 степени. В 47 (41%) случаях эластичность сфинктера была сохранена. Нами установлено, что степень выраженности снижения эластичности сфинктера зависит от площади и толщины пектиноза анального сфинктера. Чем больше выражен пектиноз и рубцовые изменения, тем больше сфинктер теряет эластичность, что приводит к сужению анального канала и его растяжимости.

#### **Выводы.**

1. Для постановки полноценного диагноза параректальных свищей необходимо провести комплексное исследование больного.
2. В процессе диагностики необходимо исследовать функциональное состояние анального сфинктера.
3. Применение УЗИ и компьютерной томографии дистальной части прямой кишки позволяют установить наличие затеков и степени сложности свища.

#### **Список литературы.**

1. Аминев А.М., руководство по колопроктологии, Т. 3, Куйбышев, 1973.
2. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белаусова Е.А., Колопроктология, руководство для врачей-М.- ГЭОТАР-Медиа,2011.
3. Назаров Л.У. Свищи прямой кишки. М. медицина ,1966.
4. Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В. Паропротит. - М. Медицина 1984.
5. Ибрагимов Ю.Х. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения неполных внутренних параректальных свищей.

*Саидов А.С., Амиров Ш. Р., Гулзода Г.А., Саидов Б.А.*

### **НЕКОТОРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** Запоры являются хронически протекающей патологией, связанной с функциональным нарушением кишечника. При этом отмечается замедление продвижения кишечного содержимого по пищеварительному тракту. Они проявляются затруднением и уменьшением частоты акта дефекации. Последние годы в связи с изменением характера питания (применение полуфабрикатов и других гибридных продуктов) и малоподвижным образом жизни отмечается тенденции к увеличению запоров. По данным американских и английских авторов, ежегодно у 1,2% всех больных, обратившихся к врачам, выявлены запоры, а по данным российских авторов, 4-40% населения страдает запорами. Поэтому исследование этой проблемы является актуальным. Хронические запоры в основном лечатся консервативными методами. Но в некоторых случаях консервативное лечение оказывается неэффективным и тогда появляется необходимость хирургической коррекции запоров.

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является анализ состояния проблемы, определение показаний и изучение результатов различных методов хирургического лечения запоров.

**Материал и методы исследования.** Материалом для исследования явились 350 больных, обратившихся с упорными запорами в ГУ ГМЦ №2, Городской центр колопроктологии города Душанбе и лечебно- диагностический центр ТГМУ. Возраст больных колебался от 15 до 85 лет. Большинство из них (85% случаев) были в молодом возрасте. Женщин было 227 (64%), мужчин 123 (36%). Всем больным проведены общеклинические, рентгенологические (ирригография, антеградная и ретроградная), эндоскопические (колоноскопия обычная и виртуальная, ректоскопия) исследования. Контролировали пассаж бария по желудочно-кишечному тракту.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основной жалобой больных было отсутствие позывов на дефекации, уменьшение частоты и затруднение акта дефекации.

У 37,7% больных акт дефекации был 2 раза, 42,8% 1 раз в недели и у 19,5% 1 раз в 2 недели. Продолжительность дефекации 28% больных занимала 10, у 34% 20 и у 38% свыше 20 минут. Установлено, что с уменьшением частоты акта дефекации увеличивается продолжительность дефекации. В 39% случаев для опорожнения кишечника больные прибегали к очистительным клизмам и ручным пособиям.

№	Причины запоров	Количество больных	в %
1	Психогенные	23	6
2	Нейрогенные	95	27
3	Кологенные	142	40
4	Запоры вследствие других заболеваний ЖКТ	90	25
5	Всего		

С точки зрения хирургии, особый интерес представляют кологенные запоры, т.е. запоры, связанные с патологией толстого кишечника. В процессе обследования у 142 больных выявлены кологенные запоры, причиной которых были следующие патологии толстой кишки.

Как выяснилось, наиболее частой причиной кологенных запоров у наших больных была долихосигма (65 случаев), синдром Пайера (12случаев) и гипокинезия толстого кишечника.

В 67 (19%) случаях у пациентов выявлена патология прямой кишки тазового дна и гениталий, причину возникновения которых больные связывали с имеющимися у них запорами. В зависимости от частоты стула и продолжительности акта дефекации нами выделено 3 формы запоров. Легкая, средняя и тяжелая формы запоров. Оперативному лечению подвергались только тяжелые формы.

Таблица 2. Выявленные патологии толстого кишечника.

№	Вид патологии толстой кишки	Абс. количество больных	В процентах
1	Мобильная слепая кишка	13	9
2	Трансверзоптоз	16	11
3	Синдром Пайера	12	8
4	Долихосигма, мегадолихосигма	65	46
5	Долихоколон	16	11
6	Гипокинезия толстого кишечника	15	10
7	Мегаколон, мегаректум	5	3
	Всего	142	100

Вопросы лечения запоров представляют собой трудную задачу. Оно должно быть патогенетически обоснованным и включать в себя диету, богатую клетчаткой, препараты, увеличивающие объем кала, стимулирующие, прокинетики, слабительные и размягчающие. В 240 (69%) случаях консервативное лечение оказалось эффективным, т.е запор ликвидирован, у больных нормализовался акт дефекации. В 110 (31%) случаях консервативное лечение оказалось не эффективным, возникла необходимость оперативного лечения, и это, в основном, были больные с колленными запорами. Показаниями к операции мы считаем не эффективность консервативного лечения и отсутствие самостоятельного стула.

Таблица 3. Объем оперативных вмешательств при толстокишечном стазе.

№	Вид операции	количество	осложнение
1.	Цекопексия	5	0
2.	Фиксация поперечно ободочной кишки	6	0
3.	Резекция поперечно ободочной кишки	6	0
4.	Резекция сигмовидной кишки	42	1
5.	Правосторонняя гемиколэктомия	7	
6.	Левосторонняя гемиколэктомия	20	2
7.	Субтотальная колэктомия	4	1
8	Обходные анастомозы	8	1
9	Мобилизация и опущение селезеночного угла	7	
10	Комбинированные операции	5	
Всего	9	110	5

Для оценки результатов лечения все больные были обследованы через 6 месяцев и через год после операции. Результаты хирургического лечения мы оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Критериями хороших результатов мы считали полную ликвидацию колостаз и нормализацию акта дефекации, удовлетворительными считали, когда сохранялись склонность к запорам, не удовлетворительными считали, когда колостаз не был ликвидирован.

Количество оперированных больных	Хорошие результаты	Удовлетворительные результаты	Неудовлетворительные результаты
110	93 (84%)	14 (12%)	3 (4%)

Повторное обследование больных показало, что в 96% случаев хирургическое лечение толстокишечного стаза оказалось эффективным. В 3 случаях (после резекции сигмовидной кишки) явления колостаз не ликвидировались. От повторной операции больные отказались. В раннем и позднем послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения. В 2-х случаях отмечалась спаечная тонкокишечная непроходимость, в одном случае отмечался перитонит и в 2 случаях явление анастомозита. Недостаточности анастомозов и летальных исходов у наших больных не было.

**Выводы.** 1. Запоры являются полиэтиологическим хроническим процессом и при длительном течение могут быть причиной развития других патологических состояний в организме больного.

2. Лечение запоров представляет собой трудную задачу, и должно всегда начинаться с консервативных мероприятий. Оно должно быть комплексным, патогенетически обоснованным.

3. Определенная часть больных с запорами, причиной которых является патология толстого кишечника, нуждаются в оперативном лечении. Показание к операции для каждого больного должно быть строгим и индивидуальным.

#### Список литературы.

1. Дегтярова И.И. Клиническая гастроэнтерология, руководство для врачей, -М, Медицинское информационное агентство-2004.
2. Калченко И.И. Функциональный запор. Дис... канд.мед.наук.-М.2002.
3. Колоректальная хирургия / под. ред. Р.К.С Филлипса; пер. с англ., под ред.Г.И.Воробьева.-М. ГОЭТАР-Медиа 2009.
4. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В. Коморбидность дисфункциональных расстройств органов пищеварения //Болезни органов пищеварения-2007-№9 с 37-42.
5. Свистунов А.А. Практическая колопроктология-М. ООО Издательство, Медицинское информационное агентство 2016.



**Актуальность.** Вторичное бесплодие, являющееся тяжелым последствием воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. Бесплодие развивается у 13 % пациенток, перенесших один эпизод ВЗОМТ, у 36 % — с двумя эпизодами и у 75 % - с тремя и более эпизодами ВЗОМТ, соответственно [1, 2]. Высокая частота ВЗОМТ нередко связана с несвоевременной и неадекватной диагностикой и лечением заболевания.

В большинстве случаев ВЗОМТ являются полиэтиологическими, однако ведущая роль в их этиологии отводится гонококковой и хламидийной инфекциям. При наличии хронического воспалительного процесса в различных отделах половой системы женщин в 70 % случаев выявляются хламидийная и уреоплазменная инфекции [3,4]. При бесплодном браке в различных отделах половых путей супругов чаще всего можно обнаружить хламидии и уреоплазмы [5].

**Цель исследования.** Изучение иммунного статуса в терапии у больных со вторичным бесплодием, связанным с хроническими ВЗОМТ.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 16 супружеских пар с хроническими ВЗОМТ и проблемами репродукции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех пациенток выявлялись воспалительные заболевания урогенитального тракта: уретрит, бактериальный вагиноз, эндоцервицит, сальпингит, сальпингоофорит. Кроме того, у них определялись клинические маркеры ВИД: дисбактериоз кишечника, рецидивирующие инфекции респираторного тракта (хронический фарингит, фаринготрахеит, рецидивирующий ларингит, бронхит), хронический пиелонефрит.

При первичном осмотре всем пациентам проводилось комплексное клиническое и лабораторное обследование, включающее бакте-риологическое исследование отделяемого из уретры у мужчин, уретры и шейки матки у женщин, ультразвуковое исследование органов малого таза, брюшной полости, почек и др., диагностику инфекций, иммунологическое обследование.

При решении вопроса о необходимости проведения иммунокоррекции учитывали клинические маркеры иммунной недостаточности, а также результаты иммунологического обследования. Во избежание ложных выводов проводили исследование показателей иммунитета в динамике до лечения, а также на фоне и/или после лечения.

Назначались повторные курсы детоксикации и антиоксидантной терапии. При угнетении продукции IgG или несостоятельности гуморального иммунитета проводилось внутривенное введение препаратов иммуноглобулина (иммуноглобулин человеческий нормальный, 10—15 г; при необходимости повторяли введение препарата). При недостаточности и дисбалансе Т-системы иммунитета применялись тимомиметики (Т-активин, тимоген, иммунофан). При бактериологическом исследовании в мазках из цервикального канала и/или уретры оказалось, что в большинстве случаев у пациентов имело место микст-инфекция (две-три инфекции, а у одной пациентки — четыре инфекции). Обращает на себя внимание отличие в частоте выявления *N. gonorrhoeae* при ДНК-диагностике методом ПЦР и бактериологическом исследовании: при бактериологическом исследовании *N. Gonorrhoeae* выявлялась реже.

При исследовании иммунной системы женщин со вторичным бесплодием определялись изменения в различных звеньях иммунитета, отражающие недостаточность иммунного ответа на инфекцию и являющиеся лабораторными признаками ВИД. В гуморальном звене иммунной системы отмечались дисиммуноглобулинемия, дефицит выработки IgG, преобладание продукции низкоавидных антител, невысокий уровень циркулирующих иммунных комплексов. Только у 1/3 больных было отмечено высокое содержание IgG (в среднем,  $1715,0 \pm 10,3$  мг %), в то же время у 50% из них содержание IgG, в среднем, было снижено до  $950,71 \pm 15,3$  мг %, в остальных случаях оно оказалось сопоставимо с показателями у здоровых лиц.

В результате исследования титров и качества вырабатываемых антител класса IgG к бактериальным антигенам в исследуемой группе оказалось, что, несмотря на увеличение титров противобактериальных антител по сравнению с группой здоровых лиц, содержание высокоавидных (высокоактивных) антител у данного контингента больных резко снижено. Уровень циркулирующих иммунных комплексов, отражающий эффективность выведения чужеродного антигена из организма, в среднем, не превышал показатель группы здоровых, а почти у половины больных был ниже такового ( $35,0 \pm 3,2$  усл. ед.).

При исследовании основных субпопуляций лимфоцитов у больных со вторичным бесплодием были обнаружены нарушения, выражающиеся в дисбалансе между Т-хелперами CD4+ и цитотоксическими лимфоцитами (ЦТЛ) CD8+, недостаточном уровне естественных киллеров, дефиците активированных Т-лимфоцитов CD16+.

В то же время только у 14 % больных наблюдалось повышение уровня HLA-DR+-лимфоцитов и, соответственно, увеличение продукции ИЛ-2, необходимого для нормального иммунного ответа. Известно, что ИЛ-2 является одним из ключевых звеньев цитокиновой сети. ИЛ-2 активирует процессы пролиферации и дифференцировки Т-лимфоцитов и естественных киллеров, повышает активность моноцитов, а также способность плазматических клеток секретировать Ig и цитокины, регулирует экспрессию на клетках важнейших активационных рецепторов. Сходные нарушения были обнаружены при исследовании содержания HLA-DR+-лимфоцитов, что косвенно отражает недостаточность продукции ИЛ-2.

Однако повышение наблюдалось только у 1/3 больных этой группы. Продукция  $\alpha$ -ИФН в ответ на стимул была достоверно снижена более, чем у половины больных. Стимулированная выработка  $\gamma$ -ИФН, в среднем, по группе также была меньше показателя группы контроля.

Выявленные отклонения в работе иммунной системы в виде дисиммуноглобулинемии, нарушения выработки Ig, снижения активности вырабатываемых антител, дефицита ЕК, активированных Т-лимфоцитов, снижения продукции ИФН (у многих женщин был комбинированный ВИД) явились показанием для проведения детоксикационной, антиоксидантной терапии с дальнейшим подключением иммунокорректирующей терапии. Выбор необходимых иммуномодуляторов для индивидуальной схемы лечения производился в зависимости от пораженного звена иммунной системы больного.

Надо отметить, что в процессе терапии при активации иммунной системы отмечались периоды обострения имеющихся инфекций, на этом фоне находили другие ИППП, не выявляемые ранее, например, гонорейю и хламидиоз, обострение герпесвирусной инфекции, вызванной ВПГ-1, 2. С учетом полученных результатов можно полагать, что временное усиление воспалительного процесса на фоне восстановления и активации тех или иных звеньев иммунитета представляет собой важный фактор для элиминации инфекции. После окончания терапии у всех пациентов отмечались улучшение клинического состояния и ряда параметров иммунного статуса. Планирование беременности рекомендовалось при устойчивом отсутствии инфекций в исследуемых материалах в динамике, ремиссии ВЗОМТ. После проведенного комбинированного общего и местного лечения у 10 пациенток наступила беременность, окончившаяся рождением доношенных детей; у 2 женщин были повторные беременности, в результате родились здоровые доношенные дети, у одной пациентки — срок беременности на данный момент составил 36 нед., 2 пациентки — на стадии планирования беременности, у 3 женщин (3 пар) комбинированная терапия продолжена.

**Выводы.** Проведение комплексного этиопатогенетического лечения (системного и местного), включающего индивидуально подобранную программную иммунокоррекцию и иммунореабилитацию на фоне общего оздоровления и лечения осложнений/маркеров ВИД и сопутствующих заболеваний, привело у большинства женщин со вторичным бесплодием к восстановлению репродуктивной функции и позволило им родить здоровых детей.

#### **Список литературы:**

1. Агаджанова А.А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности// РМЖ. 2013. Т. 11. № 1.
2. Тихомиров А.Л. Современное лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин с использованием офлоксацина //Гинекология. 2000. Т. 2. № 6.
3. Тихомиров А.Л., Юдаев В.Н., Лубнин Л.А. Современный алгоритм терапии воспалительных заболеваний половой системы//РМЖ. 2014. Т. 11. № 1.
4. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А. Принципы иммунокорректирующей терапии вторичных иммунодефицитов, ассоциированных с хронической вирусно-бактериальной инфекцией//РМЖ. 2012. Спец. вып. Т. 10. № 21. С. 973-977.
5. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А., Левко А.А. К вопросу о роли индивидуального подбора иммунокорректоров//Фарматека.2014. С. 118-122.

*Сайдалиев Ф.Д., Султанов Д.Д., Хван И.Н.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИГИТАЛЬНОЙ ПЕРИАРТЕРИАЛЬНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БРАХИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ**

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.Таджикистан

**Актуальность.** Одним из распространенных хирургических методов лечения окклюзионных заболеваний артерий конечностей, вызывающим множество споров о его эффективности на протяжении многих лет, является симпатэктомию, проводимая на различных уровнях симпатического ствола. Несмотря на то, что данный вид операции является патогенетически обоснованным, но по сути паллиативна, и по мнению R. Fontaine [4,5], «результаты симпатэктомию напоминают лотерею», она во многих случаях является единственным методом, помогающим улучшить качество жизни пациентов. Цель операции – десимпатизировать сосуд на протяжении, чтобы достигнуть паралич вазоконстрикторов и создать условия для дилатации артерий. Учитывая, что сосудосуживающие симпатические волокна проходят в адвентиции сосудов, для расширения сосудов были предложены операции, направленные на пересечение вазоконстрикторов: ангиолиз [выделение участка артериального ствола из окружающей клетчатки – операция Жабуле (Jaboulay)], периадвентициальная симпатэктомию (циркулярное удаление адвентициального покрова артерии на протяжении нескольких сантиметров – операция Лериша), «химическая перерезка» симпатических путей (операция Разумовского) и др. Концепцию дигитальной периадвентициальной симпатэктомию впервые представил Flatt А.Е. в 1980 году [3], который произвел снятие адвентиции на собственной пальцевой артерии вокруг участка протяженностью 3–4 мм.

В литературе до сих пор не указаны преимущества того или иного методов десимпатизации сосудов, данные разноречивые, что требуют дальнейшего изучения вопросов, стандартизации выполнения операций и рандомизированных исследований [1,2].

**Цель исследования.** Оценить эффективность периадвентициальной дигитальной симпатэктомию при облитерирующих заболеваниях артерий верхних конечностей.

**Материал и методы исследования.** В период с 2012 по 2019 годы в ГУ РНЦССХ оперированы 27 пациентов с хронической ишемией дистальных отделов верхних конечностей. Мужчин – 16, (59,2%), женщин – 11(40,7%). Возраст колебался от 24 до 65 лет, средний возраст составил  $40 \pm 1,5$  лет. Пациенты вошли в исследование, в связи с тяжестью ишемии и отсутствием положительного эффекта от консервативной терапии.

При обследовании данной категории больных использовались критерии, предложенные E. Allenet G. Brown. Для диагностики облитерирующего тромбангиита мы основывались на методе исключения других возможных нозологий и использовании клинических критериев Шионоя. Основными критериями для диагностики атеросклероза

являлись возраст пациента (старше 45 лет), отсутствие признаков диффузных заболеваний соединительной ткани, наличие атерогенных факторов риска. Среди нозологических форм облитерирующий тромбангиит в нашей когорте пациентов наблюдался в 5 случаях (18,5%), облитерирующий атеросклероз – 10 (37,0%), болезнь и синдром Рейно – 12 (45,2 %).

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех больных, подвергшихся вмешательству на ладонной артериальной дуге, был восстановлен магистральный кровоток. Данные триплексного сканирования артериальной дуги кисти и пальцевых артерий и транскутантной оксиметрии свидетельствуют об увеличении линейной скорости кровотока и снижении индексов периферического сосудистого сопротивления во всех случаях.

Объективные результаты при различных нозологических формах окклюзионного поражения

Нозология	Временной период	Показатели кровотока после операции		
		Vps (см/с)	PI	RI
	До операции	11±4,1	6,18±2,2	0,8±0,2
	ДПСЭ	18±1,6*	4,86±2,3	0,8±0,2
	До операции	14±5,8	5,34±1,7	0,9±0,1
	ДПСЭ	33±5,2**	4,77±2,6	0,8±0,2
	До операции	13±3,2	8,71±1,8	0,8±0,2
	ДПСЭ	26±4,1**	3,52±1,6**	0,7±0,2*

Примечания: \* – p<0,05; \*\* – p<0,001; Vps – линейная скорость кровотока; PI – пульсационный индекс; RI – индекс резистентности.

Линейная скорость кровотока у больных с облитерирующим тромбангиитом после выполнения дигитальной периаартериальной симпатэктомии в среднем увеличивалась на 64%, у больных с синдромом Рейно – на 100%, у больных с облитерирующим атеросклерозом – на 135% (таблица). Таким образом, мы видим, что наиболее эффективной, по изучаемым параметрам, симпатэктомия оказалась при синдроме Рейно и облитерирующем атеросклерозе, менее эффективная при облитерирующем тромбангиите. Причем следует отметить, что дигитальная периаартериальная симпатэктомия имеет ряд преимуществ перед грудной.

Больным с наличием некрозов после восстановления кровотока производили ампутации пальцев (дистальных фаланг пальцев) либо некрэктомию в пределах здоровых тканей. У всех больных раны после некрэктомии зажили первичным натяжением, швы были сняты на 10-12 сутки от момента операции. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Таким образом, нами продемонстрировано, что дигитальная периаартериальная симпатэктомия является эффективным методом коррекции ишемии верхних конечностей. Эффективность метода подтверждена субъективными ощущениями пациентов, улучшением клинической картины и дополнительными методами исследования (УЗДГ, лазерной доплерографией и оксиметрией).

#### Список литературы.

1. Ерошкин А.А. Анализ оптимального уровня симпатотомии при выполнении торакоскопической операции по поводу первичного гипергидроза / А.А. Ерошкин, В.Ю. Михайличенко // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – №2. – С. 42–46.
2. Ерошкин А.А. Торакоскопическая симпатэктомия при лечении облитерирующих заболеваний артерий верхних конечностей / А.А. Ерошкин, О.И. Миминошвили, В.Ю. Михайличенко // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2014. – №2. – Т.1. – С. 146-152.
3. Hoexum F, Coveliers HM, Lu JJ, Jongkind V, Yeung KK, Wisselink W. Thoracic sympathectomy for upper extremity ischemia. *Minerva Cardioangiol.* 2016;64(6): 676-85.
4. Letamendia A, López-Román J, Bustamante-Munguira J, Herreros J. Digital periarterial sympathectomy in the management of post-traumatic Raynaud syndrome. *J Vasc Surg.* 2016;63:459-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2015.08.102>.
5. Brock M, Frangakis C, Georgiades CS. CT-Guided, percutaneous ethanol sympathectomy for primary hyperhidrosis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2018;41(3):477-82. Available from: <http://dx.doi/10.1007/s00270-0171806-y>.

*Сайдалиев Ш.Ш., Гуломов М.Ш., Факиров Х.З.*

### СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ (обзорная статья)

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

Сочетанные осложнения язвенной болезни (СОЯБ) - одновременное развитие два или более осложнений желудочно-дуоденальных язв (прободения и кровотечения; двойного расположения язв; сочетание прободения язвы или кровотечения с переходом язвенного процесса в близлежащие соседние органы; сочетание прободения или кровотечения с сужением пилородуоденального канала; сочетанием всех осложнений – прободения, кровотечения, пептической и сужения) [3], наблюдаются у 52-71% пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [2]. Наиболее часто склонны к развитию аналогичных осложнений язвы пилородуоденального

канала. Такие осложненные язвы отмечаются у 44,5-79% оперированных больных [4], при том вышеуказанно расположенные язвы сохраняют устойчивость к проведенной противоязвенному лечению, также склонностью к упорному повторному развитию болезни, и в конце приводят к сужению пилородуоденального перехода, пенетрацией в близлежащие органы, перфорацию, кровотечению и другим вариантам комбинации этих осложнений [1,5].

Так, по сведениям ряда авторов, частота встречаемости сужения пилородуоденального канала с кровотечением составляет 3,4-29,6%, с прободением -2,6-19%, пенетрацией в соседние органы 17-49% случаев [2].

Из часто встречаемых СОЯБ наиболее опасностью представляют сочетания пилородуоденального стеноза с острыми осложнениями: кровотечением или перфорацией [3]. По данным публикации последних годов, возможно, при таком раскладе сил хирурги чаще сталкиваются с особым вариантом агрессивных гастродуоденальных язв, которые напоследок приводят к развитию одномоментно нескольких осложнений.

В связи с тем, что проблема выбора оперативного лечения СОЯБ вплоть до сегодняшнего дня остается сложным и дискуссионным, она, скорее всего, обусловлено малоизученностью вопросами механизма развития заболевания и последующим исходом их хирургического лечения.

На рубеже XXI века в ведущих гастроэнтерологических клиниках мира больным с СОЯБ (хеликобактер-положительных) предлагают паллиативные операции с последующей эрадикационной терапией [4]. По мнению ряда исследователей, такой способ терапии пациентов является недостаточно обоснованной в хирургическом лечении больных с СОЯБ желудка и ДПК. Однако, в настоящее время считаем, паллиативные операции у пациентов с СОЯБ должны применяться только для спасения жизни пациента на основании прогностических критериев высокого риска смертельного исхода. Оперативные вмешательства должны преследовать цель более радикального вмешательства, направленного на профилактику повторных заболеваний и при этом сохраняя высокий уровень качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

К тому же следует отметить, что не стоит недооценивать последние достижения современной терапевтической гастроэнтерологии в усовершенствовании нехирургических способов лечения заболевания. До настоящего времени весомые результаты хирургической гастроэнтерологии в лечении осложнений язвенной болезни, достигнуты за счет использования высокоэффективных антисекреторных лекарств, а также антихеликобактерной терапии. Тем временем, судя по публикациям большинства хирургов, смертность после резекции желудка по неотложным показаниям составляет 9,4-47%, несостоятельность швов культи ДПК наблюдается у 3-19% больных с летальностью до 30% и более [5], выраженные функциональные и органические изменения с инвалидизацией пациентов, развитие постгастрорезекционных синдромов от 10 до 70% [1]. Несмотря на низкую частоту повторных язв (3-5%) резекция желудка в терапии ЯБ остается только ценной исторической реальностью (высокая послеоперационная смертность при неотложных вмешательствах достигает 20%, большая частота пострезекционного синдрома -16-26%, увеличение частоты заболеваемости раком культи желудка через 10-15 лет в 6 раз по отношению к общей популяции населения). Приведенные критерии намного ухудшают качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде и не отражают современное стремление оперативных вмешательств при этой патологии.

Используемая оценка вариантов оперативных вмешательств по балльной шкале Visick выгодно дифференцирует органосберегающие вмешательства от различных модификаций резекций желудка. По сообщениям отдельных авторов ([1,3] выгодную интегративную оценку по видоизмененной шкале D.Johnston получили органосберегающие вмешательства (146,3-360,7 баллов). И намного худшие показатели оказались после различных модификаций резекций желудка (488,2-1212,8 баллов). На основании полученных индексов D.Johnston резекция желудка по модификации Ру имели предпочтение перед резекцией желудка по Бильрот-II, возможно, за счет отсутствия рефлюкс - гастрита, значительно ухудшающего трудоспособность пациентов. Резекция желудка по Бильрот -II по индексу того же D.Johnston была почти десятикратно хуже, чем после варианта проксимальной желудочной ваготомии в различных вариантах [4] .

Социальная реабилитация после резекции желудка протекала намного хуже по сравнению с проксимальной желудочной ваготомии и ее модификациями, после которой отмечено переход на легкую работу у 2 (5,0%) больных в ( $p<0,05$ ). Такой сравнительный анализ хирургического лечения у больных с СОЯБ имеет также научно - практическое значение, что способствует снижению процента смертности, улучшению качества жизни пациентов и отдаленных результатов.

Частота послеоперационной смертности при СОЯБ достигает 34% [5], а у больных с высокой степенью хирургическо-анестезиологического риска, тяжелой кровопотерей при повторном кровотечении в хирургических клиниках достигает 50-80% [3]. Причины столь неудовлетворительных результатов терапии связаны в первую очередь с несвоевременной распознаванием этих грозных осложнений, отсутствием единой тактики ведения данной категории пациентов и концепции выбора метода и сроков хирургического лечения. Однако следует отметить, что лишь отдельные квалифицированные специалисты-хирурги владеют более или менее значительным навыком лечения этой непростой категории пациентов.

Судя по мониторингу мировой литературы, последние годы имеются единичные сообщения о СОЯБ. В большинстве случаев они часто носят описательный характер, без учета топического расположения процесса, анализа особенностей клинических проявлений и патогенеза гастродуоденальных язв, с отсутствием единой концепции лечебно-диагностического характера тактики, что обуславливает актуальность заболевания [4]. Суммируя опубликованные материалы большинства авторов, при том из множество количества факторов, влияющих на выбор метода неотложных вмешательств пациентов с комбинацией острых и хронических осложнений язв, учёными принимаются во внимание 6 основных критериев:

- Степень характера воспалительно-инфильтративных изменений в проекции язвенной ниши;
- Продолжительность ulcerогенного анамнеза;
- Характер геморрагии по эндоскопической классификации J.Forrest;

- Степень тяжести кровопотери;
- Распространенность перитонита;
- Степень обсеменённости слизистой *Helicobacter Pylori*.

Вышеуказанные критерии у пациентов с СОЯБ желудка и ДПК считаются очень важными. Между тем, ориентируясь именно на них, необходимо выбрать оптимальный вариант хирургической тактики индивидуально для каждого больного.

**Список литературы:**

1. Тактика хирурга при сочетанных осложнениях язвенной болезни / В.А. Авакимян [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2017. - 24(6). - С. 7-11.
2. Антонов О.Н. Лечебно-диагностическая тактика при сочетанных осложнениях язвенной болезни: автореф. дис. ... док-ра мед. наук / О.Н. Антонов. – Москва, 2015. – 33 с.
3. Сочетанные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т.106, №6. - С.12-15.
4. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных стенозом / Д.М. Кадыров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №5. – С. 42-46.
5. Курбонов К.М. Органосохраняющие методы операций при перфорации гастродуоденальных язв, сочетающихся пенетрацией и стенозом / К.М. Курбонов, Ф.Ш. Сафаров, М.Г. Хамидов // Вестник Авиценны. – 2010. - №2. - С.26-28.

*Сайдалиев Ш.Ш., Мавджудов М.М., Нажмудинов Ф.Н.*

**РОЛЬ ПРИВРАТНИКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА**

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

**Актуальность.** В настоящее время для хирургического лечения рубцово-язвенных дуоденальных стенозов (РЯДС) применяются два вида противоположных по своей сущности операций – резекция желудка и органосохраняющие операции с вмешательствами на блуждающем нерве [3, 4]. Альтернативой пилорусразрушающим технологиям является дуоденопластика, которая предполагает восстановление проходимости ДПК путём пластического вмешательства в зоне стеноза с сохранением анатомической и функциональной целостности пилоруса [1,2,5].

Но пилоросохраняющие способы до сих пор не получили широкого распространения вследствие отсутствия четко сформулированных показаний и небольших сроков наблюдения.

**Цель исследования** - оценка степени восстановления функции пилоруса и качество жизни пациентов после различных вариантов ваготомии с дуоденопластикой и традиционными шунтирующими вмешательствами.

**Материал и методы исследования.** В основу исследования положены результаты хирургического лечения 150 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. В зависимости от метода операции обследованные пациенты разделены на две группы: в первую включены 90 пациентов, перенесших СПВ в сочетании с дуоденопластикой (СПВ+ДП); во вторую - 60 пациентов после СПВ с дренирующими желудок операциями (ДО) (поперечный ГДА – 50, ГДА по Жабуле - 2, ПП по Финнею - 8).

Обследование всех оперированных проведено в ближайшем (2 – 3 нед.) послеоперационном периоде. В отдаленном периоде (6 мес. - 10 лет) обследовано 120 пациентов, в том числе 70 после СПВ+ДП, у 50 - после СПВ+ДО.

Степень восстановления функции привратника оценивали по скорости и типа эвакуации из желудка, интенсивности ДГР, частоте и степени демпинг-синдрома. Качество жизни пациентов изучалось с помощью анкеты-опросника ИКЖ ФХК разработанном Н.М.Кузиным и Н.Н.Крыловым (1996).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Через 2 недели после операции показатели кислотопродукции снизились: в первой группе БПК – на 92%, СПК – на 82%, во второй группе БПК – на 86%, СПК – на 81%. Частота неполных ваготомий в первой группе составила 5,9%, неадекватных – 1,9%, во второй группе – 6% и 4%. В более поздних сроках показатели кислотопродукции у больных не имели заметной тенденции к увеличению и через 6 мес. в первой группе БПК была снижена на 90,5%, СПК – на 81% по сравнению с дооперационным уровнем; у больных второй группы: БПК – на 84%, СПК – на 81%. Результаты рентгенологического изучения моторно-эвакуаторной функции желудка в зависимости от метода дренирующей желудок операции представлены в табл. 1.

**Таблица 1**

**Моторно-эвакуаторная функция желудка в зависимости от метода операции**

Тип эвакуации	Тип операции	
	СПВ+ДП (n = 70)	СПВ+ДО (n = 50)
Порционно-ритмический	66 (94,4%)*	7 (14 %)*
Порционно-замедленный	2 (2,8%)	5 (10%)
Порционно-ускоренный	2 (2,8%)	29 (58%)*
По типу «провала»	—	9 (18%)

Примечание: \* - статистическая значимость разницы между группами (p>0,05)

У подавляющего большинства больных (92%) после СПВ+ДП зарегистрирован порционно-ритмический тип эвакуации из желудка, непрерывно-ускоренный – у 2(4%) пациента. Эвакуация по порционно-замедленному типу была зарегистрирована у 2(4%) больных. У пациентов после СПВ+ДО порционно-ритмический тип эвакуации составил 21,3%, порционно-замедленный – 10,7%, порционно-ускоренный – 48,9%, по типу «провала» - 19,1%. Через

2 – 3 недели после операции ДГР регистрирован у всех оперированных, причем в 91,7% наблюдений он был высокой интенсивности. Через 6– 12 мес. частота ДГР составила 91,6%, 3 – 5 лет - 83,5%, 5 – 10 лет – 75%. После СПВ+ДП через 3 недели частота ДГР составила 82,1%, в том числе ДГР I степени - 17,9%, II степени – 33,9%, III степени – 32,1%. Через 6 – 12 мес. частота ДГР составила 67,3% ДГР I степени регистрирован в 15,2% случаев, II степени – в 35,6%, III степени – в 16,9% случаев. В сроки до 3 лет ДГР регистрирован в 20% наблюдений в том числе ДГР I степени – 16%, II степени – 4%, III степени - 0. В сроки до 5 лет и более ДГР регистрирован у 16% обследованных, из них ДГР I степени – 12%, II степени – 4 %, III степени – 0% обследованных. В отдаленных сроках после дуоденопластики с сохранением целостности привратника при эндоскопии у 64(91,4%) больных отмечена состоятельность привратника. Результаты эндоскопической оценки слизистой оболочки желудка в зависимости от от метода операции представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Частота и распространённость рефлюкс-гастрита в зависимости от метода операции**

Метод операции	Рефлюкс-гастрит			
	Отсутствует	Очаговый	Диффузный	Анастомозит
I группа (СПВ+ДП) n= 70	68 (88,7%)	6 (8,5%)	2 (2,8%)	-
II группа (СПВ+ДО) n= 50	-	39 (78%)	11 (22%)	17 (34%)

Как следует из данных, представленных в таблице, после операций, сохраняющих замыкательную функцию привратника, у подавляющего большинства обследованных (88,7%) признаки рефлюкс-гастрит отсутствовали. После операций, шунтирующих или разрушающих привратник, наблюдалась совершенно иная картина: практически у всех обследованных наблюдалась картина диффузного(22%) или очагового(78%) рефлюкс-гастрита, а у 1/3 – анастомозита. Тип опорожнения желудка также зависит от метода дренирующей операции. После ИСПВ порционно-ритмичный тип эвакуации наблюдался у 83% пациентов, поперечного ГДА – у 70%, ПП по Финнею – у 50%, , ГДА по Жабуле – лишь у 3,5%. После СПВ+ДП порционно-ритмичный тип эвакуации регистрировали у 94% обследованных. Непрерывно-ускоренный тип эвакуации чаще наблюдался после ГДА по Жабуле (20,5%) и ПП по Финнею (17,5%).

После СПВ+ДО частота демпинг-синдрома составила 12%, в том числе I степени – у 3, II степени – у 3. В сравнительном аспекте изучено качество жизни пациентов после СПВ+ДП и СПВ+ДО. Согласно проведенным расчетам, среднее значение индекса качества жизни ФХК (ИКЖ ФХК) для здоровых лиц составили 130,1±6,3 балла. Результаты изучения качества жизни после СПВ+ДП и СПВ+ДО по сравнению с показателями здоровых лиц представлены на рис. 1.

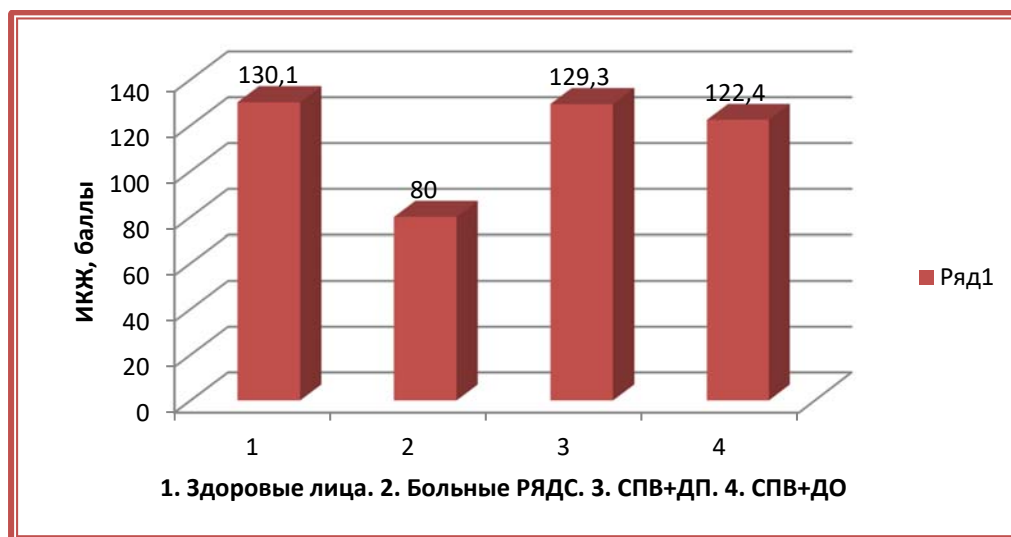


Рисунок 1. - Индекс качества жизни больных до и после операции

Как видно из данных, представленных на гистограмме, ИКЖ больных значительно снижается по сравнению с показателями здоровых лиц. Максимальное число баллов (129,3±) и таким образом, более высокое качество жизни было отмечено после СПВ+ДП. После СПВ+ДО средние показатели ИКЖ составили 122,1± балла, что значительно ниже аналогичного показателя здоровых лиц. Из функциональных показателей наиболее выраженное положительное влияние на КЖ оказывала нормальная скорость эвакуации из желудка, а отрицательное – ускоренная эвакуация из желудка, которая, как правило, наблюдалась при пилорусразрушающих дренирующих операциях. Отсутствие ДГР или непостоянный, неинтенсивный рефлюкс никак не влиял на показатели КЖ.

**Выводы.** Применяемые органосохраняющие методы хирургического лечения дуоденостенозов неравнозначны с позиции восстановления функции привратника. После СПВ+ДО функция привратника утрачивается почти полностью. После СПВ+ДП привратниковый механизм восстанавливается в 92,8% наблюдений, что обеспечивает ритмичного пассажа пищи, значительного уменьшения ДГР и отсутствия демпинг-синдрома.

Пилорусразрушающие и дренирующие желудок операции, применяемые в сочетании с СПВ, полностью нарушают функцию привратникового «механизма», что является основной причиной развития постваготомических синдромов и снижения качества жизни пациентов.

#### Список литературы:

1. Результаты органосохраняющих кислоторедуктивных операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / К.С. Болотов [и др.] // Медицина в Кузбассе. - 2012. - № 2. - С. 53-57.
2. Дидигов, М.Т. Способ бульбодуоденопластики при осложненной хронической язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки / М.Т. Дидигов, В.М. Дурлештер, О.Ю. Ключников // Хирургия. – 2014. – № 4. – С. 11-14.
3. Оценка параметров качества жизни у пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом до и после перенесенной дуоденопластики / В.М. Дурлештер [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2014. - №2. – С. 38 – 41.
4. Хирургическое лечение больных с язвенными стенозами пилородуоденальной области / А.М. Калжикеев [и др.] // Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. - 2015. - № 1. – С. 156 – 160.
5. Оноприев, В.И. Хирургия язвенной болезни на распутье / В.И. Оноприев, С.Э. Восканян // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. - № 3 – 4. – С. 7 – 16.

### Сайдалиев Ш.Ш., Мавджудов М.М., Аюбов Дж. К., Нажмуудинов Ф.Н. ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДУОДЕНОСТЕНОЗА С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ

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

**Актуальность.** В настоящее время по данным различных авторов частота сочетанных осложнений колеблется от 25 до 30% от общего числа больных с осложненными гастродуоденальными язвами [2,4,5]. Сочетание стеноза с пенетрацией дуоденальной язвы вызывает особые сложности при выборе метода операции. Частота сочетания пилородуоденального стеноза с пенетрацией язвы по некоторым данным составляет 17,3% - 37,07% [1,2]. Особенно наиболее часто встречается пенетрация залуковичных язв, составляя от 25,3 до 90% и создает значительные технические трудности при выполнении операций [3,4]. Исследования, проведенные в нашей клинике [3] показали, что пенетрация дуоденальной язвы является патогенетической основой развития рубцово-язвенных дуоденостенозов (РЯДС).

Многими авторами предлагается несколько вариантов решения проблемы пенетрирующих язв: при хронических пенетрирующих язвах предлагается выведение ее из ДПК - «абдоминализации» с ушиванием дефекта задней стенки [2,3,4] Другие предлагают радикальное иссечение пенетрирующей язвы с выключением ДПК из пассажа и сложные методики ушивания культи ДПК [1,5]. Данные методики технически сложны, опасны в плане повреждения сосудов, холедоха, вирсунгиального протока и сложности закрытия дефекта стенки кишки. Поэтому мы считаем, что данная проблема актуальна до сих пор и не получила достаточного должного обсуждения и решения.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 392 больных со стенозирующими пенетрирующими язвами 12 кишки. Возраст больных варьировал от 16 до 67 лет. Среди них мужчин было 290 (74%), женщин – 102 (26%), их соотношение составило 2,8:1. У 109 (27,5%) больных продолжительность язвенного анамнеза составлял от 5 до 10 лет, у 234 (62,2%) – от 10 до 20 лет, у 49 (10,3%) - более 20 лет, у подавляющего большинства наблюдались многократные сезонные обострения заболевания, у 37(9,4%) – ушивание перфоративной язвы, у 48(12,2%) – кровотечение в анамнезе. Компенсированный стеноз диагностирован - у 53(13,5%), субкомпенсированный – у 112(28,5%) и декомпенсированный – у 227(58%) больных. При этом наиболее часто отмечалась пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку (47,4%), одновременно в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу(44,8%) и поджелудочную железу(7,8%).

В зависимости от метода хирургического лечения больные распределены на три группы: первая - 210 больных, у которых применена резекция желудка (РЖ); вторая - 150 больных, которым выполнены органосохраняющие операции - селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с дуоденопластикой (ДП) (90) или дренирующими желудок операциями (ДО) (60); третья – 32 больных, у которых применена ДП или ДО без ваготомии. Первая группа подразделена на две подгруппы: первую составили 156 больных, которым была выполнена РЖ с радикальным иссечением язвы; вторую – 54 больных, у которых была применена РЖ «на выключение» язвы (табл.1). Как следует из данных, представленных в таблице, при стенозирующих пенетрирующих дуоденальных язвах у 53,6% больных применены резекционные способы операций, у 46,4% - органосохраняющие операции.

Таблица 1

#### Характер хирургических

Метод операции	Число больных	
	абс.	%
РЖ с радикальным иссечением язвы	156	39,9
РЖ «на выключение» язвы	54	13,7
СПВ с ДП	90	22,9
СПВ с ДО	60	15,3
ДП или ДО без ваготомии	32	8,2
Итого	392	100



При выполнении операции важное значение имеет правильная тактика хирурга у каждого конкретного больного с стенозирующей пенетрирующей язвой. Показанием к применению РЖ явился декомпенсированный стеноз у 175 больных, наличие сопутствующего ХНДП – у 17, дивертикула ДПК – у 3, медиастральной язвы – у 5, грубые анатомические нарушения в пилородуоденальной зоне вследствие перенесенной ранее операции ушивания перфоративной язвы – у 10 больных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** РЖ с радикальным иссечением язвы применена в 156(%) наблюдениях, в том числе в 16 в сочетании с селективной ваготомией. В подавляющем большинстве случаев она применена при рубцовой (57,1%) и рубцово-язвенной(35,2%) и лишь у небольшого числа больных с язвенно-инфильтративной (7,7%) форме пенетрации. В 135 наблюдениях она завершена формированием гастроэнтероанастомоза по Гофмейстеру-Финстереру, в 17 – по Ру, в 3 – по Бильрот 1, в 1 – по Бальфуру. Если РЖ с радикальным иссечением язвы выполняется при язвенно-инфильтративной или язвенно-рубцовой формах пенетрации, следует ожидать технических трудностей выделения и ушивания культи ДПК, которые наблюдались у 49 наших больных. При этом только у 101 больного культи ДПК ушита с помощью аппарата УО-40, у 40 – вручную, у 17 – открытым способом. После РЖ с радикальным иссечением язвы несостоятельность швов дуоденальной культи наблюдалась у 2(1,8%) больных.

У 54 больных с язвенно-инфильтративной (51,8%) формой пенетрации с периульцерозным воспалительным инфильтратом или «низким» рубцово-язвенным (11,6%) и рубцовым (37,1%) стенозом была применена резекция желудка «на выключение» язвы. Гастроэнтероанастомоз по Ру применен в 14 из них, по Гофмейстеру-Финстереру – в 40 наблюдениях. В раннем послеоперационном периоде несостоятельность швов дуоденальной культи вследствие нарушения ее кровоснабжения наблюдалась у 1(1,8%) больного.

В отдаленные сроки после РЖ «на выключение» пептическая язва соустья наблюдалась у 1(1,8%) больного. Рецидив пептической язвы возник у 1(0,6%) больного после резекции желудка с радикальным иссечением язвы. Альтернативой РЖ при пенетрирующих стенозирующих язвах является СПВ с ДП или ДО. При декомпенсации I и II степени риск развития ПВГ минимален, при декомпенсации III закономерен риск развития ПВГ II – III степени, поддающиеся длительной консервативной терапии. При декомпенсации IV степени неизбежно развитие ПВГ III степени или гастроплегии. Исходя из этого, СПВ с ДП или ДО в случаях декомпенсированного стеноза применяли только при I – II степени нарушения МЭФ желудка. При декомпенсации III и IV степени отдавали предпочтение резекции желудка, либо применяли изолированную ДП или ДО, если имелись глубокие нарушения гомеостаза или гастрогенная тетания. СПВ с ДП нами применена у 90 больных, в сочетании с ДО – у 60.

В основной группе ДП проводили по типу пилоропластики по Финнею (но без разрушения привратника) – у 59(56,4%), атипичного варианта Финнея – у 6(9,6%), 2-го типа Финнея – у 5(%), ДП с дозированной пилоротомией – у 5(%), по Таннеру-Кенеди – у 7 бульбодуоденостомии – у 6(12,2%) больных. В группе сравнения в качестве дренирующей желудок операции применены: поперечный гастродуоденоанастомоз – у 52(%), у 2(%)-гастродуоденоанастомоз по Жабуле – у 2(%), - пилоропластика по Финнею – у 6(%). Частота послеоперационных осложнений РЖ составила 20,0%, релапаротомии – 4,8%, послеоперационной летальности – 1,4%. Послеоперационные осложнения радикальных органосохраняющих операций составили 10,0%, релапаротомия – 1,3%, летальность – 0,6%. У 32(%) больных с высоким операционно-анестезиологическим риском стремились выполнять органосохраняющие операции без ваготомии, т.е. восстановление проходимости ДПК путем изолированной ДП или ДО. Результаты этих операций у всех больных были благоприятными, транзиторный гастростаз II – III степени наблюдался у 5(15,6%) больных. В отдаленном периоде МЭФ и размеры желудка полностью восстановились.

**Выводы.** Большинство хирургов в понятие «пенетрация» включают лишь наличие большого язвенного кратера, проникающего в соседний орган или большого периульцерозного воспалительного инфильтрата. При этом обычно не учитывается динамика ulcerogenesis: деструкция-воспаление-регенерация-рубцевание-заживление, которая периодически повторяется при каждом обострении заболевания, оставляя после себя рубцовые сращения с подлежащими тканями и органами (или развития одного из осложнений), что по сути является одним из итогов пенетрации язвы. Дуоденостеноз в сочетании с пенетрацией язвы относится к категории «трудных» дуоденальных язв в тактико-техническом плане. Вне всяких сомнений, наличие пенетрирующей язвы значительно усложняет технику выполнения как резекции желудка, так и органосохраняющих операций.

В связи с этим, хирургическое лечение этого контингента больных должно быть строго индивидуальным. Стадия стеноза, степень декомпенсации МЭФ желудка, морфологическая форма пенетрации и наличие сопутствующих заболеваний желудка и ДПК определяют выбор того или иного метода операции.

#### **Список литературы**

1. Тактика хирурга при сочетанных осложнениях язвенной болезни / В.А. Авакимян [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. - №5(160). - С. 7-11.
2. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии. – 2009. – Т.168, № 6. - С. 12-15.
3. Кодиров Ф.Д. Современные хирургические технологии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ф.Д. Кодиров. - Душанбе, 2018. – 46 с.
4. Диагностика и хирургическое лечение пенетрирующих дуоденальных язв / К.М. Курбонов [и др.] // Новости хирургии. - 2012. – Т.20, №3. – С. 16-20.
5. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки / Ф.Н. Нишанов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2018. - Т.13, № 3. – С. 43-46.

**Салимов Дж.С., Боймуродов О.С., Али-Заде С.Г., Кобиллов И.И.**  
**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ**  
Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Эхинококкоз был известен людям с древних времен, но только в конце 18-го века, когда он был назван в первых исследованиях [1]. *Echinococcus granulosus* является одним из представителей рода *Echinococcus* семейства Taeniidae. *E. granulosus* и вместе с альвеолярным эхинококкозом, вызываемым *Echinococcus multilocularis*, ответственны за большинство эхинококковых инфекций человека [2].

*Echinococcus granulosus* - небольшой ленточный червь во взрослой форме, редко достигающий 7 мм в длину. Ленточный червь состоит из головы (или *сколекса*) и тела (или *стробила*) с 3 или 4 проглоттидами. Последний несет зрелые яйца. Проглоттиды содержат как мужские, так и женские органы и служат репродуктивными единицами. В зрелой форме *E. granulosus* паразитирует в кишечнике плотоядных животных (например, лис, волков или собак), и когда его яйца выделяются с фекалиями, начинается биологический жизненный цикл. Яйца, содержащие онкосферы (эмбрионы), выбрасываемые в окружающую среду, могут проглатываться промежуточными хозяевами (в основном копытными животными) или людьми (абerrантными хозяевами). После проглатывания яйца перевариваются, и личинка онкосферы проникает через стенку тонкой кишки в кровеносную систему. Следовательно, онкосферы могут получить доступ к любому органу, но большинство достигает и образует кисты в печени и легких, начиная с стадии метацестода (стадии развития между онкосферой и взрослой формой). Кистозный эхинококкоз чаще всего поражает только один орган, образуя одиночную кисту. Жизненный цикл *E. granulosus* завершается, когда промежуточный хозяин съедается окончательным хозяином [3]. Рост метацестода и образование кисты - это начало хронического заболевания, называемого кистозным эхинококкозом или гидатидозом [2].

Кистозный эхинококкоз представляет собой зооноз с глобальным географическим распространением. В эндемичных районах, таких как Южная Америка, Африка или Центральная Азия, заболеваемость кистозным эхинококкозом может достигать нескольких десятков случаев на каждые 100 000 человек. В Польше общий показатель заболеваемости всеми видами эхинококкоза в 2012 году составил 0,073 на 100 000 человек. Заболевание встречается в основном в сельской местности, причем самые высокие показатели заболеваемости наблюдаются в северо-восточной части Польши [5].

Хирургическое удаление гидатидных кист является наиболее важным методом лечения инвазии *E. granulosus* - смертность колеблется от 2,0% до 4,0% в правильно диагностированных и пролеченных случаях. Тем не менее, он увеличивается до 11,4% - 22,3%, когда результат лечения плохой или возникают осложнения [4].

Цель исследования. Представить результаты лечения пациентов с кистозным эхинококкозом печени.

**Материал и методы исследования.** В период с 2011 по 2019 год в отделении общей хирургии ГКБ №5 были госпитализированы 119 пациентов из-за симптоматических кист *Echinococcus granulosus* печени. Когорта состояла из 73 (61,4%) женщин и 46 (38,6%) мужчин в возрасте от 31 до 72 лет. Наиболее типичными симптомами были боль (82,3%) и чувство сытости или дискомфорт в верхней части живота (65,1%). Кроме того, 54,9% пациентов жаловались на тошноту. Механическая желтуха наблюдалась у 35,8% пациентов. Гепатомегалия наблюдалась при клиническом осмотре у 74,6% пациентов. До резекции 80,7% пациентов получали антигельметическую терапию (альбендазол).

Диагностический протокол включал в себя визуализационные исследования, то есть УЗИ и компьютерную томографию живота. Образцы крови, где они использовались для проведения последовательного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием антигена Em 2 plus, а также полимеразной цепной реакции (ПЦР) для выявления *E. granulosus*.

Из 119 пациентов с диагнозом гранулярного эхинококкоза, 2 (1,7%) были исключены из хирургического лечения из-за внутрибольничных осложнений - у 1 пациента был геморрагический инсульт, а у второго развился инфаркт миокарда. Остальные 117 (98,3%) пациентов лечились хирургическим путем. Детали хирургического лечения пациентов представлены в таблице 1.

**Таблица 1. - Типы операций**

Процедура	Пациенты
Правая гемигепатэктомия	40
Левая гемигепатэктомия	19
Бисегментэктомия	21
Неанатомическая резекция печени	28
Перецистэктомия	7
Лапаротомия и биопсия	2

Правую гемигепатэктомию проводили у 40 (34,2%) пациентов, левую гемигепатэктомию у 19 (16,2%) пациентов и бисегментэктомию у 21 (17,9%) пациента. Другие оперативные процедуры включали: неанатомическую резекцию печени у 28 (23,9%) пациентов, цистоперистэктомию у 7 (6,0%) пациентов и лапаротомию с биопсией, взятой для гистопатологического исследования (неоперабельные поражения) у 2 (1,7%) пациентов.

Основные послеоперационные осложнения возникли у 4 (3,4%) пациентов, в том числе у трех с билиарной фистулой, требующей эндоскопического лечения, и у одного с субдиафрагмальным абсцессом, успешно пролеченного чрескожным дренажом под ультразвуковым контролем. Ни один из пациентов не умер в послеоперационном периоде, при этом выживаемость в течение 1, 5 и 10 лет составила 100,0%, 90,9% и 87,9% соответственно.

Выводы: Хирургическое лечение симптоматического кистозного эхинококкоза является методом выбора для инфекции *E. granulosus* печени. Несмотря на существенную разработку методов диагностики и новые возможности лечения, эхинококковая инфекция все еще представляет проблему для эпидемиологов, фармакологов и клиницистов.

#### Список литературы:

1. Romig T. Taxonomy and molecular epidemiology of *Echinococcus granulosus sensu lato* / T. Romig, D. Ebi, M. Wasermann // *Vet Parasitol.* -2015. - N213. – P.76–84.
2. Prevention and control of cystic echinococcosis / P.S. Craig [et al.] // *Lancet Infect Dis.* – 2011. - N7: - P.385–394.
3. Echinococcosis / D.P. McManus [et al.] // *Lancet.* – 2010. - N362. – P.1295–1304.
4. Brunetti E. Writing Panel for the W-I. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans / E. Brunetti, P. Kern, D.A. Vuitton // *Acta Tropica.* – 2015. - N114. – P.1-16.
5. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern World Organisation for Animal Health (Office International des Epizooties) and World Health Organization / J. Eckert [et al.]. - Paris: World Organisation for Animal Health; 2014.

*Салимов Дж.С., Али-Заде С.Г., Умари А.Р., Гулов Ф.М.*

### ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ПОЛИПОЗЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Полипы желчного пузыря представляют собой поражения, которые выступают от стенки к внутренней части желчного пузыря. Они классифицируются как неопухольевые и неопластические полипы. Неопухольевые полипы включают полипы состоящие из холестерина, гиперпластические полипы, воспалительные полипы, аденомы, лейомиомы, фибромы и липомы.

Неопластические полипы включают аденомы, аденокарциномы и плоскоклеточный рак [1]. Согласно второму изданию Гистологической классификации ВОЗ по опухолям желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, полипов холестерина, аденомиоматозной гиперплазии, воспалительных полипов и ксантогранулематозных холецистит все классифицируются как опухолеподобные поражения [2].

Полипы желчного пузыря встречаются у 0,3–12% здоровых людей[3]. Фактическая распространенность неизвестна; однако в настоящее время полипы желчного пузыря диагностируются чаще из-за широкого использования методов визуализации брюшной полости. Полипы желчного пузыря обычно протекают бессимптомно и часто диагностируются случайно во время рентгенологических исследований, проводимых по другим причинам. Хотя большинство карцином желчного пузыря развиваются из-за дисплазии и карциномы in situ, роль аденомы желчного пузыря в патогенезе карциномы желчного пузыря все еще спорны. Большинство из этих повреждений являются доброкачественными; однако из-за плохого прогноза рака желчного пузыря этот диагноз нельзя пропустить. Хотя заболеваемость карциномой у полипов желчного пузыря невелика, важно диагностировать рак желчного пузыря на ранней стадии для достижения хорошего терапевтического результата [4,5].

**Таблица 3. - Сравнение не раковой группы с раком**

Характеристики	Всего (%)	Не рак (%)	Рак (%)	p	
Мужской / женский	297 (57,6) / 219 (42,4)	285 (57,9) / 207 (42,1)	12 (50,0) / 12 (50,0)	>0,05	
Возраст (год, медиана, (диапазон))	43 (23–85)	42 (23–82)	65,5 (35–85)	<0,001	
	Лапароскопическая холецистэктомия	495 (95,9)	472 (95,9)	23 (95,8)	
	Роботизированная холецистэктомия с одним участком	21 (4,1)	20 (4,1)	1 (4,2)	
Размер 10 мм	Размер 10 мм	391 (75,8)	368 (74,8)	23 (95,8)	
	Другие (увеличение размера, ненормальные результаты и т. Д.)	125 (24,2)	124 (25,2)	1 (4,2)	
Размер (мм, медиана, (диапазон))	Ультразвуковая эхография	10,7 (1,9–45)	10,4 (1,9–45)	14 (9–30)	<0,001
Количество полипов	516 (100,0)	492 (95,3)	24 (4,7)		
<3	356 (69,0)	338 (68,7)	18 (75,0)		
≥3	160 (31,0)	154 (31,3)	6 (25,0%)		
Индекс массы тела (медиана (диапазон))	24,28 (16,68–35,28)	24,32 (16,68–35,28)	23,94 (17,48–33,97)	>0,05	
Площадь поверхности тела (медиана (диапазон))	1,75 (0,92–2,33)	1,76 (0,92–2,33)	1,69 (1,39–1,94)	<0,05	
Общий холестерин (мг / дл, медиана (диапазон))	185 (78–295)	185 (78–295)	193,5 (91–248)	>0,05	
Общий билирубин (мг / дл, медиана (диапазон))	0,79 (0,16–5,21)	0,8 (0,16–2,35)	0,68 (0,2–5,21)	>0,05	
AST (U / L, медиана (диапазон))	22 (9–147)	21 (9–147)	23,5 (17–133)	>0,05	
ALT (U / L, медиана (диапазон))	21 (5–293)	21 (5–269)	18 (11–293)	>0,05	
Уровень глюкозы натощак (мг / дл, медиана (диапазон))	97,5 (63–259)	97 (63–259)	103 (78–212)	>0,05	
СА 19-9 (Ед / мл, медиана (диапазон))	8,13 (0,5–42,81)	8,12 (0,5–42,81)	8,97 (3,8–21,26)	>0,05	
HBsAg позитивность	25 (4,8)	24 (4,9)	1 (4,1)	>0,05	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами

**Цель исследования** - определение характеристик полипов желчного пузыря для установления надежных критериев холецистэктомии у этих пациентов и определение различий между доброкачественными и злокачественными полипами желчного пузыря.

**Материал и методы исследования.** Это исследование включило ретроспективный анализ 516 пациентов, которые перенесли лапароскопическую холецистэктомию в следствие полипов желчного пузыря в период с января 2003 года по декабрь 2017 года. Демографические и клинические характеристики всех 516 пациентов перечислены в таблице 1. Средний возраст пациентов и средний размер полипов составляли 43 года (диапазон 23–85) и 10,7 мм (диапазон 1,9–45) соответственно. Среди пациентов 297 (57,6%) были мужчины и 219 (42,4%) женщины. Большинство пациентов (391 пациент, 75,8%) перенесли холецистэктомию, потому что у них был полип размером более 10 мм, что указывает на то, что критерии размера 10 мм могут быть наиболее важным фактором при принятии решения относительно операции в клинических условиях. У некоторых пациентов были специфические симптомы, такие как боль в правом верхнем квадранте или боль в эпигастрии, но другие пациенты жаловались на неопределенную боль в животе, диспепсию, усталость или потерю массы тела.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Среди 516 пациентов, перенесших холецистэктомию, 24 пациента (4,6%) имели раковые изменения. Группа больных раком была значительно старше (65,5 лет (медиана, диапазон 35–85)), чем группа без рака (42 года (медиана, диапазон 23–82)) ( $p < 0,001$ ). В группе рака предоперационный размер полипа при УЗИ был значительно больше (14 мм (медиана, диапазон 9–30)), чем полипов в группе, не относящейся к раку (10,4 мм (медиана, диапазон 1,9–45)) ( $p < 0,001$ ). Используя кривую ROC и принимая во внимание чувствительность и специфичность для прогнозирования злокачественных полипов, 12 мм может быть разумным пределом для рассмотрения злокачественного полипа.

**Выводы.** Полипы желчного пузыря с 10–11 мм у бессимптомных молодых пациентов (моложе 50 лет) имеют низкий риск развития злокачественных новообразований, и, следовательно, осторожное «выжидание и наблюдение с использованием стратегии ультразвукового исследования» может быть более подходящим, чем немедленная холецистэктомия.

#### Список литературы

1. Gallbladder polyps: How should they be treated and when? / A.S. Matos [et al.] // Rev Assoc Med Bras. – 2010. - N56. – P.318–321.
2. Inui K. Diagnosis of gallbladder tumors / K. Inui, J. Yoshino, H. Miyoshi // Intern Med. – 2011. - N50. – P.1133–1136.
3. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer / W. Kwon [et al.] // J Korean Med Sci. – 2009. - N24. – P.481–487.
4. Long-term follow up of gallbladder polyps / J.Y. Park [et al.] // J Gastroenterol Hepatol. – 2009. - N24. – P.219–222.
5. Prevalence and risk factors of gallbladder polyp in adults living in Daegu and Gyeongbuk provinces / S.Y. Kim [et al.] // Korean J Gastroenterol. – 2006. - N48. – P.344–350.

*Салимов Х.Г., Шамсиев Дж.А., Сидиков А.Ш., Усмонов Б.Н.*

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»  
ГУ «Республиканский научно-клинический центр «Урология»  
Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** Вопросы дисфункции мочевыводящей системы, особенно стриктуры уретры, остается одной из актуальных проблем урологии. В настоящее время классификация стриктур и облитераций уретры делится на травматические, воспалительные, врожденные и неясной этиологии. дисфункции мочеиспускательного канала В зависимости от этиологических факторов посвящено много исследований и природа их возникновения, как правило, ясна [2,4]. Известно, что при гистологическом исследовании удаленных тканей уретры в ходе хирургического лечения стриктуры всегда выявляются элементы хронического воспаления, которые могут изначально спровоцировать возникновение стриктуры уретры. Считается, что только в случаях, когда рубец не содержит элементов воспаления и клеток с дериватами гемоглобина (что может указывать на травму в прошлом), можно говорить о стриктуре уретры неясной этиологии [1,5]. Вместе с тем, по предположению ряда авторов в основе стриктур уретры неясной этиологии лежит микротравма на уровне спонгиозного тела, полученная за много лет до того, когда происходит верификация заболевания [3,4]. При этом наиболее характерным травматическим воздействием считаются удары промежностью ребенка о раму велосипеда во время езды на нем [1,4]. Следует подчеркнуть, что в современной литературе практически отсутствуют исследования, которые бы объяснили или ставили бы задачу изучить этиопатогенетические механизмы и предпосылки возникновения стриктур уретры у мужчин, хотя, по данным ряда авторов, частота стриктур неясной этиологии составляет 7-35% от всех клинических случаев со стриктурами уретры [3,5].

Планируемое исследование, включающее клинические особенности течения стриктур уретры, предполагает расширить знания о природе возникновения стриктур уретры у мужчин, которые в настоящее время считаются неясной этиологией, что позволит улучшить результаты их лечения.

**Цель исследования.** Целью работы является изучение особенностей клинического течения стриктур уретры у мужчин.

**Материал и методы исследования.** В исследование было включено 68 больных с первичными стриктурами бульбозного отдела уретры, которые находились на лечении на базах кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино в клинике «Мадади Акбар» и Республиканского научного центра урологии за период 2016-2019гг. Нарушение проходимости мочеспускательного канала диагности-

ровано у 19 (28,0%) больных с сочетанной травмой промежности, у 26 (38,2%) пациентов в связи с ранее перенесенным гнойно-воспалительным процессом мочеиспускательного канала и 23 (33,8%) больных, этиологические факторы стриктуры уретры не были выявлены.

Возраст больных колебался от 17 до 70 лет, преобладали больные в трудоспособном и социально активном возрасте (85,5%). На момент госпитализации 22 больных (32,35%) имели самостоятельное мочеиспускание, а у 46 пациентов деривация мочи осуществлялась через цистостому, причем длительность такой деривации составляла от нескольких месяцев до 2 лет. Всем больным проведено комплексное урологическое обследование, включающее анкетирование по системам оценки IPSS/QoL, урофлоуметрия, общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, бактериологическое исследование мочи и анализы на ИППП, рентгеновскую уретрографию.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Изучены некоторые аспекты клинического течения дисфункции органов мочевыводящей системы на основе стриктуры различного генеза (неясной этиологии, посттравматические и гнойно-воспалительные). Результат исследования показывает, что диагностика стриктур уретры неясной этиологии встречается одинаково по частоте с гнойно-воспалительным заболеванием, приводящим к стриктуре уретры. Если возраст при стриктуре уретры неясной этиологии колеблется от 21 до 45, то при гнойно-воспалительных стриктурах уретры колеблется от 35 до 55 лет, только посттравматические стриктуры уретры в основном, более 70%, встречается до 40 лет. Не менее важным клинико-статистическим показателем болезни, особенно когда она требует исключительно хирургического лечения, является такой показатель, как длительность заболевания. Так, если обращение 42,1% больных за хирургической помощью с посттравматическими дисфункциями уретры в первый год болезни было ожидаемым результатом, то сведения относительно больных с гнойно-воспалительными дисфункциями уретры оказались иными: пациенты с такими стриктурами имели длительность заболевания, которую невозможно было определить. Это позволило нам отметить, что у пациентов с гнойно-воспалительными дисфункциями уретры спонгиоз может развиваться либо очень быстро, в течение нескольких месяцев, либо очень медленно (в течение многих лет) в результате хронического вялотекущего воспаления. Длительность болезни, проявляющаяся возрастанием клиники нарушения оттока, мочи у больных со стриктурами уретры неясной этиологии, оказалась аналогичной длительности болезни у пациентов с воспалительной стриктурой уретры, и также находилась в пределах, когда невозможно было установить из-за стертого клинического течения, т.е. на фоне получения комплексной терапии имелись кратковременные улучшения с последующим обострением и нарушением пассажа мочи. Эти данные в полной мере позволяют утверждать, что локальные проявления спонгиоза у пациентов с идиопатическими стриктурами уретры, как правило, также не возникают в результате острого воспаления. Анализируя сроки обращения больных за медицинской помощью на фоне обструктивной симптоматики в отдельных случаях требовал установления цистостомы. Так, соотношение больных со стриктурами уретры неясной этиологии и на фоне воспаления, отток самостоятельной мочи и мочеиспускания через стому до госпитализации в клинику составило один к одному, тогда как у больных с посттравматическими стриктурами уретры данный показатель составил 1 к 5, с преобладанием больных с цистостомой. При этом следует отметить, что у более 70% больных отток мочи был осуществлен в начальном этапе болезни, хотя у больных с неясной этиологией гнойно-воспалительными нарушениями оттока мочи какой-либо статистически достоверной систематизации в выполнении цистостомии нами не было выявлено. Степень нарушения мочеиспускания у больных в группах, где было сохранено естественное мочеиспускание. Показатели качества жизни пациентов, которые определяли по шкале IPSS (QOL-RAScale). Таблица №1

Таблица 1

Степень нарушений мочеиспускания по шкале IPSS QOL-RAScale.

Показатели	Сужение уретры после травмы (n=19)	Сужение уретры после воспал. процесса (n=26)	Сужение уретры неясной этиологии (n=23)	Сравнение Групп, р	
	Группа I	Группа II	Группа III	I и III	II и III
Опросник шкалы IPSS					
- отсутствие или легкая симптоматика нижних мочевых путей (0-7 баллов)	-	-	-		
- умеренная симптоматика (8-19 баллов)	-	4 (20,0%)	2 (22,3%)		
- тяжелая симптоматика (20-35 баллов)	4 (100,0%)	16 (80,0%)	7 (77,7%)		
Урофлоуметрия					
Диапазон колебаний максимального потока мочи	4,0-7,1 мл/сек	2,4-10,9 мл/сек	2,7-10,7 мл/сек		
Усредненные показатели потока мочи	5,8 ± 1,5 мл/сек	6,2 ± 2,8 мл/сек	5,1 ± 2,5 мл/сек		
Общее качество жизни (шкала QL)					
Хорошее(0-1 балл)	-	-	-		
Удовлетворительное (2-3 баллов)	-	4 (20,0%)	2(22,3%)		
Плохое(4-6 баллов)	4 (100,0%)	16 (80,0%)	7 (77,7 %)		

р > 0.60 - статистически значимых отличий группы с СУНЭ от группы с ТСУ по степени нарушений мочеиспускания до операции обнаружено не было. р > 0.94 - статистически значимых отличий группы с СУНЭ от группы с ВСУ обнаружено не было.

Так, по показателям IPSS у всех пациентов с посттравматической дисфункцией мочевыводящей системы и отток мочи по уретральному каналу были тяжелыми. Такие же показатели, но в меньшей степени наблюдалась у групп больных со стриктурой неясной этиологии и на фоне гнойно-воспалительной дисфункции. Необходимо отметить, что у 10-15% больных со стриктурой различной этиологии клинические симптомы были характерны как в блоке нижних отделов мочевыводящей системы. Оценка нарушений мочеиспускания на основании изучения скоростных показателей потока мочи показала, что достоверных различий между тремя группами больных нет, а сами показатели колеблются в пределах от 5,0мл/сек до 6,1 мл/сек., что в 2,5-3 раза ниже минимальных показателей здоровых мужчин.

**Выводы.** У больных с посттравматическими стриктурами уретры отмечали плохое качество жизни при сохраненном мочеиспускании в 100,0% случаев и 80,0% пациентов с стриктурой уретры неясной этиологии. Только 20,0% пациентов с гнойно-воспалительной стриктурой уретры расценили его как удовлетворительное. Следовательно, полученные нами результаты позволили говорить об определенной степени клинического течения идиопатических и воспалительных стриктур уретры, и о глубоком отличии их от стриктур уретры травматического генеза.

#### **Список литературы.**

1. Аметов, Р.Э. Особенности симптоматики, диагностики и оперативного лечения протяженных, субтотальных и многофокусных стриктур уретры у мужчин // автореф. дисс. ...канд. мед.наук / Р.Э. Аметов. – Ростов на/Д., –2014. – 23 с.
2. Коган, М.И. Стриктуры уретры у мужчин. Реконструктивно-восстановительная хирургия/ М. И. Коган//Иллюстрированное руководство. – М.: Практ. медицина, 2010. – С. 6-7.
3. Рафиев Д.Р., Ризоев Х.Х., Рафиев И.Д. Особенность оперативного лечения посттравматических и ятрогенных стриктур уретры. Матер. VI съезда урологов Таджикистана // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. -2011 -№ 3. -С.312-316.
4. Ризоев Х.Х., Мираков Р.С., Сангов Б.Ч., Шанбезода Р.Г. Реконструкция протяженных стриктур уретры при лихен склерозе // Вестник Авиценны. Душанбе. 2013. №1. С.50-53.
5. Latini, J.M. SIU/ICUD Consultation On Urethral Strictures: Epidemiology, etiology, anatomy, and nomenclature of urethral stenoses, strictures, and pelvic fracture urethral disruption injuries / J.M. Latini, J.W. McAninch, S.B. Brandes [et al.] // Urology. – 2014. – Vol. 83, –N 3. – P. 1-7.

*Самадов Н.С., Олимов Р.Х., Азизов.Х.А, Рахмонов Ф.И.,*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХБП ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ**

<sup>1</sup>Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр урологии» Душанбе, Республика Таджикистан

<sup>2</sup>Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

**Актуальность.** Одной из причин хронической болезни почек (ХБП) является хронический пиелонефрит, обусловленный уролитиазом. Для ХБП характерен сложный комплекс полиорганных функциональных расстройств. В зависимости от стадии ХБП применяется консервативное или активное лечение. При глубоких стадиях ХБП большинство нефронов погибают, компенсаторные возможности почек и всего организма исчерпываются, и продолжение консервативной терапии становится бесперспективным. Болезнь продолжает прогрессировать и у большинства пациентов в последующем требуется заместительная терапия. Лечение больных уролитиазом при наличии ХБП является одновременно патогенетическим и симптоматическим. ХБП может быть обратимой в некоторых редких случаях. В частности, при уролитиазе устранение фактора, вызывавшего развитие недостаточности почек, т.е. удаление конкремента, может вызвать частичную обратимость ХБП. При выраженной почечной недостаточности оперативное удаление камней сопряжено с большим риском, что обусловлено глубокими нарушениями гомеостаза. В то же время нарушение функции почек является показанием к оперативному лечению уролитиаза. Однако тяжелое состояние больного и недостаточность функции почек удерживают хирурга от оперативных вмешательств. Предоперационная подготовка при выраженных и тяжелых стадиях ХБП имеет исключительно важное значение. При этих стадиях, не говоря уже о терминальной уремии, консервативной терапией обычно не удается восстановить нарушения гомеостаза, снять уремическую интоксикацию, уменьшить тяжесть гипертонического синдрома, поэтому высокая степень риска оперативного вмешательства всегда остается. Для коррекции нарушений гомеостаза и уменьшения степени риска оперативного лечения в многочисленных исследованиях некоторые авторы рекомендуют применять экстракорпоральное очищение крови. В задачу консервативной терапии входят мероприятия по коррекции основных проявлений ХБП, а также предупреждение и лечение экстрауренальных осложнений. В этом ракурсе своевременная ликвидация конкремента, приведшего к развитию ХБП, дает возможность более успешно бороться с клиническими проявлениями ХБП. В связи с этим важна разработка комплексной интенсивной терапии этого контингента больных с позиций дифференцированной коррекции нарушений гомеостаза в зависимости от стадии ХБП в процессе подготовки к оперативному лечению уролитиаза.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с уролитиазом, осложненным ХБП терминальной стадии.

**Материалы и методы исследования.** Для выполнения поставленных цели и задач обследовано 90 больных с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек, находившихся на лечении в РНКЦ «Урология» за период с 2010 по 2014 годы. Среди контингента больных ХБП развивалась чаще, преобладали мужчины, в основном в возрасте 20-45 лет (57,1%), женщин было 42,9%, в основном в возрасте 35-50 лет. Клинико-лабораторное обследо-

вание больных производилось по общепринятым методикам и включало определение скорости клубочковой фильтрации, уровня гемоглобина и числа эритроцитов крови, гематокрита, а также содержания креатинина, мочевины, натрия, калия и кальция в сыворотке крови, проба на концентрацию по Зимняцкому. У всех больных с терминальной стадией ХБП отмечались: уровень гемоглобина ниже 68г/л; креатинина более 1,005 ммоль/л; мочевины более 30ммоль/л; кальция менее 1,85ммоль/л, плотности мочи 1000-1005.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем больным в отделении проводилась предоперационная антибиотикотерапия, инфузионно-дезинтоксикационная, заместительная терапия, витаминотерапия, препараты, улучшающие почечный кровоток, кишечный диализ с сорбентами. После проведенной традиционной терапии не у всех больных отмечался желаемый результат. У 60 больных отмечалось снижение азотистых шлаков, уровень калия в крови, после гемотрансфузии отмытыми эритроцитарными массами и применения эритропоэтина отмечалось повышение уровня гемоглобина и эритроцитов до 30-100г/л, эритроцитов до 3,0-3,5 млн, гематокрита до 30-36%. У 40 больных от проведенной традиционной терапии не был желаемый результат. У них отмечалось нарастание уровня азотистых шлаков, уровень калия в крови, держалась олигурия и задержка жидкости. В связи с чем 40 больным в предоперационной подготовке проводился сеанс гемодиализа. Лечение гемодиализом проводилось на аппарате «NIKISSO» (DBB-26), производство Японии с использованием капиллярных диализаторов. Для проведения ГД использовался бикарбонатный диализный раствор. Продолжительность процедуры ГД наблюдали снижение скорости КФ ниже 10-15 мл/мин, азотемия (азот мочевины более 25-36 ммоль/л, креатинин крови, превышающий 800-1000 мкмоль/л), метаболический ацидоз, неконтролируемая гипергликемия. После проведения двукратного сеанса гемодиализа с ультрафильтрацией и гемотрансфузией по ходу с отмытой эритроцитарной массой, у больных отмечалось значительное улучшение общего состояния; исчезали периферические отеки, стабилизировались АД, ЧСС, дыхание. Значительный положительный эффект был виден на результатах биохимического анализа крови: снижение уровня мочевины с 16 до 12 ммоль/л, креатинина с 320 до 280 мкмоль/л, снизился уровень калия в крови до 4-4,5, натрия 138-142. Общий анализ крови: гемоглобин повысился до 85-90г/л, эритроциты 3,0-3,5, гематокрит 30-34%, диурез повысился до от 1,5 до 2-х литров в сутки. В последующем эти больные были взяты на оперативное лечение с целью восстановления уродинамики и удаления конкрементов в почках. Послеоперационное течение у данных больных протекало относительно гладко. У двоих больных в послеоперационном периоде на фоне тяжелых поражений почек отмечалось нарастание азотистых шлаков и уровень калия, что привело к полиорганной недостаточности. А 38 больных в улучшенном состоянии были выписаны.

**Выводы.** Таким образом, лечение ХБП терминальной стадии у больных уролитиазом в начальных стадиях проводится преимущественно консервативными методами, лечение терминальной недостаточности – программным гемодиализом. Гемодиализ в комплексной интенсивной терапии у больных уролитиазом, осложненным терминальной стадией ХБП, частично корректирует нарушения гомеостаза и создает условия для обратного развития ХБП урологического происхождения. Это позволяет проводить оперативное удаление камней из почки и мочеточника на фоне улучшенного состояния гомеостаза и функциональной способности почек.

#### **Список литературы**

1. Достиев У.А Оценка иммунологического статуса у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности / У.А.Достиев, М.К. Гулов, А.Р Достиев, Б.С. Пиров// Здравоохранение Таджикистана - №2. 2014. С. 32-35
2. Набиев З.Н. [и др.] Острое повреждение почек у детей при критических состояниях (диагностика и прогнозирование)/З.Н. Набиев – Импульс медиа групп. – Душанбе. 2013-200с
3. Содиков А.М Почечные осложнения у женщин, перенесших острую почечную недостаточность, в ближайшие сроки после родов / А.М. Содиков, А.М. Муродов, А.А. Хамрокулов, О.В. Шумилина// Научно-практический журнал ТИПММК, №2 2012. -С 43-46
4. Шамсиев Дж.А. [и др.] Состояние электролитного обмена при развитии почечной недостаточности у больных МКБ до нефроэктомии/ Дж.А. Шамсиев – II-ой Международный Исыкульский Форум Урологов Киргизистана, 2014.-6с.
5. Шамсиев Дж.А. [и др.] Эффективность гемодиализа в предоперационной подготовке больных с уролитиазом, осложненным ХБП терминальной стадии/Дж.А. Шамсиев – Душанбе 2015. – 10

*<sup>1</sup>Сангинов Д.Р., <sup>2</sup>Хусейнов З.Х., <sup>1</sup>Ниязов И.К.*

#### **СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТАДЖИКИСТАНА**

- 1) Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
- 2) ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗ СЗН РТ.

Последние десятилетия, как ни парадоксально, среди глобальных вызовов вновь вырисовываются проблемы, связанные с охраной здоровья населения, среди которых с учетом реальных тенденций к росту заболеваемости и значимыми цифрами в структуре смертности населения, занимают злокачественные новообразования.

Для решения задач, связанных с борьбой против рака в Республике Таджикистан, функционирует слаженная система онкологической службы, включающая ведущие онкоучреждения, кадры, технологию и другие ресурсы. В соответствии с установившимися канонами противораковая работа в нашей стране осуществляется на основе стратегического документа – «Национальной программы по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний», принятой на период с 2010 и 2015 гг. и продленной до 2025 г.

В связи с завершением первого этапа реализации национальной программы в 2016 году были подведены итоги, отмечено позитивное влияние принятых мер на динамику процесса борьбы против рака, раскрыты проблемы,



препятствующие эффективной реализации программы, и на этой основе было принято решение о продлении программы до 2025 года.

Финансирование онкослужбы осуществляется за счет государственного бюджета и внебюджетных средств (платные услуги). В динамике прослеживается последовательное увеличение объемов консолидированного бюджета на уровне РОНЦ в 2010 г. - 3.9 млн. сомони, в 2020 г. - 11.6 млн. сомони, т.е. рост финансирования составляет почти 3 раза, тем не менее, служба испытывает проблемы с недостаточностью финансирования. Значительную помощь в обеспечении химиопрепаратами для детей оказывает благотворительный фонд «Лона», который около 10 лет полностью решает данную потребность в детском онкологическом отделении РОНЦ. Последние годы бюджетом страны выделяется 700-800 тыс. сомони для бесплатного обеспечения химиопрепаратами.

Доступность онкологической помощи обеспечена на всех уровнях. В городах и районах функционируют 76 онкокабинетов, в которых работают врачи онкологи 42 и по совместительству врачи других специальностей 33.

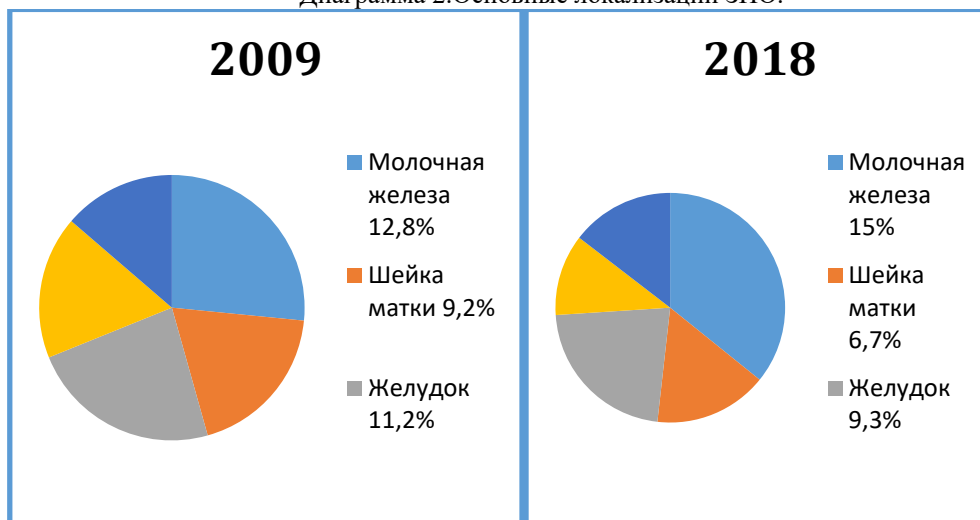
На уровне областей функционируют 4 областных онкоцентра с общей мощностью 185 коек. Головным учреждением онкослужбы является Республиканский онкологический научный центр, где развернуто 8 лечебных отделений с мощностью 235 коек, поликлиника из расчёта приема 650 пациентов в день, отделение лучевой, ультразвуковой, эндоскопической диагностики, клиническая, биохимическая и бактериологическая лаборатории, отделение цито- и морфологической диагностики, иммуногистохимическая лаборатория.

В целом, в онкослужбе работают 133 высоко квалифицированных врача, и с учетом специалистов профильных кафедр среди них 8 докторов мед-наук и 13 кандидатов мед-наук, регулярно проходящие повышение квалификации и переподготовку.

На основании данных государственной медицинской статистики и канцер-регистра нами проанализирована динамика основных показателей службы за период с 2009 - 2019 г.г., т.е. за 10 лет. За этот период общая онкологическая заболеваемость (распространенность) возросла с 97,8 в 2009 году до 172,2 в 2018 г. т.е. почти в два раза за 10 лет. К концу 2018 г. контингент онкобольных составляет 15506 против 7339 в 2009 году. Впервые зарегистрированные больные увеличились с 2730 в 2009 г. до 3128 в 2019 г., соответственно рост составляет 14,6%. Показатель смертности от злокачественных новообразований за этот период имеет тенденцию к снижению, составляя 20,5 в 2018 г. против 25,9 в 2009 г. Изучение региональных тенденций показывает, что общая заболеваемость наиболее высока в Горно-Бадахшанской автономной и Согдийской областях, а медленное снижение смертности имеет место в Хатлонской области.

В структуре онкологической заболеваемости (2018) первые ранговые места занимают рак молочной железы (15,1%), желудка (9,3%), шейки матки (6,7%), лимфомы (6,1%), немеланомные опухоли кожи (4,8%) и рак легких (4,3%). При этом отмечается снижение удельного веса больных с раком кожи (с 8,4% до 4,8%), шейки матки (с 9,2% до 6,7%) и легких (с 5,6% до 4,3%) (диаграмма 2).

Диаграмма 2. Основные локализации ЗНО.



В структуре смертности первое место занимают злокачественное новообразование желудка, молочной железы, легких и колоректальный рак. При этом в структуре смертности среди мужчин лидирует рак желудка и легкого, а среди женщин рак молочной железы, яичников и шейки матки.

Проведенный анализ за 10 лет показывает, что выявление ранних (I-II) стадий за этот период не имеет особую положительную динамику и закономерности, что связано с рядом факторов, в т.ч. недостаточной информированностью населения о ранних признаках онкозаболеваний, недостаточной активной работой первичного звена здравоохранения, низким уровнем профилактических мер и отсутствием скрининговых программ. Выявление злокачественных новообразований в III стадии заболевания за этот период увеличилось с 16,4% в 2009 г. до 20,1% в 2018 г., одновременно с ухудшением показателя запущенности (IV-стадия), который вырос с 19,4% в 2009 г. до 23,2% в 2018 г., преимущественно среди женщин, с другой стороны, неутешительные показатели выявления ранних стадий и высокий показатель запущенности связаны с низкой эффективностью проводимых профилактических мероприятий.

Первичный контакт абсолютного большинства населения с медицинскими работниками имеет место на уровне первичного (поликлинического) звена. Именно, значительную долю ответственности за раннее выявление

ЗНО несут семейные врачи, врачи терапевты, педиатры, акушер-гинекологи и службы профосмотров. Однако, медленное улучшение показателей ранней диагностики ЗНО, высокие показатели запущенности указывают на низкую онкологическую настороженность врачей первичного звена, недостаточную онкологическую грамотность, а также неполной технической оснащенности структур этого уровня современными диагностическими возможностями (эндоскопы, УЗИ, цитоморфологическая диагностика), что влияет и на эффективность вторичной профилактики рака (выявление и лечение предопухолевых заболеваний).

В Таджикистане по состоянию на 01.01.2018 функционируют 252 смотровых кабинета при сельских и городских центрах здоровья, в которых осуществляется доврачебный опрос и профилактический осмотр лиц, впервые обратившихся в течение года в медучреждения на предмет выявления хронических, пред-опухолевых и опухолевых заболеваний. За 2018 год доля осмотренного населения в смотровых кабинетах составила 18,5% (В России 24%). Выявляемость ЗНО при этом составила 0,2% от общего количества больных.

Одним из путей повышения эффективности использования ресурсов онкослужбы является применение стационарзамещающих технологий, не снижая качества медицинской помощи. В поликлинических отделениях РОНЦ и областных онкоцентров организованы стационары (палаты) дневного пребывания и паллиативной помощи.

В частности, в 2019 году при поликлинике РОНЦ амбулаторно выполнены малые операции (103 случая), открытая биопсия (110 случаев) и секторальная резекция молочной железы (61 случай), трепанбиопсия (120 случаев), цитологические исследования - 5345 и ИГХ - 62 исследования. Также 219 больным оказана амбулаторная паллиативная помощь, включая выполнение лапароцентеза у 56 больных, торакоцентеза у 29 и паллиативные вмешательства у 70 больных.

Резюмируя итоги реализации мероприятий, предусмотренных национальной программой борьбы против рака, следует отметить положительную динамику отдельных показателей оказания онкологической помощи населению: снижение смертности от ЗНО, несистематическая тенденция увеличения ранних стадий, рост числа пациентов, состоящих с момента установления диагноза ЗНО на учёте 5 лет и более. Произошло качественное переоснащение парка диагностических и лечебных технологий, вместе с тем отмечается устойчивая тенденция роста заболеваемости ЗНО. Заметного снижения запущенных случаев основных локализаций не произошло, недостаточно эффективно проводятся профилактические мероприятия заинтересованными структурами, органами и населением.

С целью дальнейшего совершенствования онкологической службы в ближне-срочной перспективе необходимо решать следующие задачи:

1. Добиться начала строительства нового корпуса онкоцентра, включительно в государственную инвестиционную программу на период 2019-2023 гг.
2. Улучшить раннее выявление онкозаболеваний путем повышения онконастороженности врачей первичного звена, повышение противоракового просвещения врачей первичного звена и реализация скрининговых программ.
3. Активировать первичную профилактику рака за счет пропаганды и формирования здорового образа жизни среди населения (СМИ, общественные медицинские организации).
4. Разработать систему непрерывного обучения врачей общей лечебной сети по актуальным вопросам онкологии (мастер-классы, монотематические курсы, семинары).
5. Повысить качество оказания специализированной помощи онкобольным путем широкого применения расширенных, комбинированных, реконструктивно-пластических и малоинвазивных вмешательств.
6. Повышение квалификации врачей онкологов в зарубежных онкоцентрах с последующим внедрением навыков онкоучреждения РТ.
7. Укрепить научное сотрудничество с интеграцией онкослужбы республики в рандомизированные кооперационные исследования с зарубежными онкоцентрами.
8. Разработать Национальную противораковую программу на период 2021-2030 гг. с реальным ресурсным обеспечением.

Список литературы:

- 1) Вадин А.Ю., Хасанов Р.Ш. и соавт. *Стратегия и тактика модернизации онкологической службы Республики Татарстан* // Поволжский онкологический вестник. 2010; №4. С.4-9
- 2) Гнатюк А.П., Самсонов Ю.В. *Современное состояние оказания онкологической помощи в городе Москве*. // НПЖ Исследования и практика в медицине. 2015; Том 2 №3, с.118-123.
- 3) Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. / URL: [https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_ru.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_ru.pdf?ua=1)
- 4) Makarova-Rasher O.V., Altekruse S.F., McNeel T.S. et al. *Population attributable fractions of risk factors in for hepatocellular carcinoma in the United States*. Cancer. 2016;122:1757-1765.
- 5) Smith R.A., Andrews K.S., Brooks D. et al. *Cancer screening in the United States, 2017: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening*. CA Cancer J Clin. 2017;67:100-21.

<sup>1</sup> Сангинов Д.Р., <sup>2</sup> Райхонов Ф.Х., <sup>2</sup> Ниязов И.К.

## МЕЛАНОМА КОЖИ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

<sup>1</sup> Кафедра онкологии и лучевой диагностики, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», Республика Таджикистан.

<sup>2</sup> ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН, Республика Таджикистан.

**Актуальность.** Меланома считается одной из наиболее агрессивных опухолей, отличается ранним и множественным метастазированием, часто неудовлетворительными результатами лечения и многообразием клинико-морфологических форм [1]. Наиболее высокие показатели заболеваемости меланомой кожи характерны для белого населения Австралии, Новой Зеландии (22-29 на 100 тыс. населения), самые низкие показатели – в Алжире, Китае, Корее

и Японии (0,1 – 1,5 на 100 тыс. населения) [2]. В Республике Таджикистан отмечается тенденция к росту показателей заболеваемости и смертности меланомой кожи, которая составляет 2,4 на 100 тыс. населения. Среди всех злокачественных опухолей кожи меланома встречается не более чем в 10% случаев, но она ответственна за 80% смертей от опухолей кожи. По данным разных авторов, меланома в области головы и шеи встречается от 22 до 57% случаев.

Большое значение в возникновении и развитии меланомы имеют наследственные факторы (до 40%), инсоляция УФО, конституциональные особенности (светлая кожа, рыжие волосы и др.), гормональный статус и предопухолевые заболевания кожи (30%). Выделяют четыре основных типа меланомы: 1) Поверхностно-распространяющаяся; 2) Лентиго-меланома; 3) Узловая; 4) Акральная [3].

В диагностике меланомы не решен вопрос ее выявления на ранних этапах. Актуальными остаются вопросы гипо- и гипердиагностики меланомы. Для облегчения диф-диагностики меланомы приняты оценочные системы программы «Меланома ВОЗ» (1994) – ABCDE и 7 точечная правила «Фигаро» [4].

Лечение меланомы кожи в зависимости от степени местной распространенности опухоли включает терапию первой линии (хирургическое иссечение, селективная лимфаденэктомия), второй линии (иммунотерапия, химиотерапия, регионарное нарушение кровообращения) и третьей линии (лучевая терапия, микрографическая операция по Мохсу. Общая 3-летняя выживаемость при IA стадии составляет 97%, при IV - 33%, летальность на 1-м году жизни – 25% [5].

**Цель исследования.** Изучение особенностей диагностики, лечения, показателей выживаемости при меланоме кожи и оценка диагностических и тактических ошибок, допущенных на уровне специалистов общей лечебной сети.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования послужили 26 больных с меланомой кожи, обратившихся в РОНЦ РТ за период 2017-2019 гг. Возраст больных колебался от 20 до 89 лет, мужчин было 19 (73,1%), женщин – 7(26,9%). Средний возраст когорты составила 50 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 45-66 лет.

Диагностика образований кожи основывалась на анализе жалоб, данных анамнеза, физикального осмотра и инструментальных методов обследования включающие: рентгенографию грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, дерматоскопию, компьютерную томографию, МРТ, также определены у части больных ЛДГ, проведены цитологическое исследование мазков-отпечатков и гистологическое исследование макропрепарата.

Хирургический метод лечения больных меланомой кожи с первичной опухолью и/или регионарными метастазами явился основным методом. Ширина иссекаемого лоскута, т.е. границы резекций, определялись уровнем инвазии и толщиной опухоли.

**Результаты исследования и их обсуждение.** За период наблюдения отмечается небольшая тенденция к росту заболеваемости. Ежегодно в стране регистрируется 25-35 больных с меланомой кожи, ежегодный прирост составляет ± 10,2%. В сроки до 6 месяцев от начала заболевания обратились 4 (15,3%) пациентов, до 1 года – 8 (30,7%) пациентов, и в сроки до 2 лет – 14 (53,8%) больных, что свидетельствует о позднем обращении больных и ненадлежащее отношение к этому контингенту врачей общей лечебной сети.

Диагноз верифицирован цитологический до операции у 14 (53,8%) больных, интраоперационно со срочным гистологическим исследованием – у 2(7,7%) больных и послеоперационно плановым гистологическим исследованием – у 10(38,5%), из них у 3 (11,5%) больных проведено иммуногистохимическое исследование опухоли. Установлено, что опухоль часто локализовался на туловище – в 10 (38,5%), области головы и шеи 6 (23,1%), нижних– 6 (23,1%) и верхних конечностях у 4 (15,4%) больных. По стадиям заболевания выявлены: I стадия – у 3(11,5%), II стадия у 2 (7,2%), III стадия у 3 (11,5%) и IV стадия у 12 (46,2%) больных.

Различные варианты хирургического вмешательства были проведены у 21 (80,8%) больных, при этом 5(19,2%) больных по разным причинам отказались от операции. Структура выполненных оперативных вмешательств выглядит следующим образом: иссечение опухоли с лечебно-диагностической целью – 7, широкое иссечение опухоли с пластикой перемещенным лоскутом – 1; широкое иссечение опухоли – 6 (23,1%); нерадикальное иссечение (в учреждениях общей лечебной сети) – 4, лимфодиссекция выполнена 2 (7,6%) больным. В послеоперационном периоде больные получали иммунотерапию или химиотерапию (дакарбазин, полихимиотерапия по схеме BOLD).

У 7 (26,9%) больных не имело место метастазирование, как до лечения, так и в процессе наблюдения. У 8 (30,8%) больных на момент обращения выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы, а у 4 (15,4%) больных после операции отмечены развитие метастазов в регионарных лимфатических узлах, выявленные клиническими и инструментальными методами. У 2 (7,6%) больных на момент уточнения диагноза до операции были выявлены отдаленные метастазы в легкие, печень, позвоночник в сочетании с регионарным метастазированием. В процессе наблюдения после операции, в сроки от 1 до 36 месяцев отмечены отдаленные органые метастазы в т.ч. у 1 больного спустя месяц после операции выявили метастазы в легкие, коже и щитовидной железе; спустя 2,7 месяца у другого больного отмечены метастазы в позвоночник; у 1 больного спустя 11 месяцев отмечены метастазы также в позвоночник; спустя 2 и 3 года у двух больных, соответственно были диагностированы метастазы в печени и легкие и в головной мозг.

Отдаленные сроки были прослежены у 25 (96,1%) больных. При этом 3-летняя наблюдаемая выживаемость составила 52,1%. В сроках до 6 месяцев от прогрессирования заболевания умерли 7 (26,9%) больных, до одного года – 3 (11,5%), до двух лет – 1 (3,8%) и до трех лет – 1 (3,8%) больной. Не удалось проследить судьбу одного больного, а 13 (50%) больных (11- мужчин и 2 женщин) пережили 3-летний срок.

**Обсуждение.** Многие авторы обычно меланому кожи относят к «фатальным», высоко злокачественным опухолям. Сегодня взгляд на агрессивность меланомы несколько поколеблен. Переход «горизонтальной» фазы развития в «вертикальную» происходит постепенно в сроках от 3-7 до 10-15 лет. Вместе с тем, своевременная диагностика

ранней курабельной меланомы встречается редко. По нашим данным более 57% больных поступили с III-IV стадии заболевания, тогда как по данным литературы запущенность (III-IV стадии) составляют от 23 до 82%. Одним из путей улучшения ранней диагностики меланомы кожи является привлечение внимания врачей общей лечебной сети и дерматологов к описанному Л.В. Червонной (2016) [1] «синдрому малых признаков» минимальной меланомы, которая включает: 1) появление субъективных ощущений в области кожных пятен в виде зуда, чувства распирания, неудобства; 2) увеличение пятна, возникновение на его фоне одного или нескольких бляшковидных образований, слегка выступающих над уровнем кожи; 3) поверхность бляшек гладкая, блестящая, с потерей кожного рисунка; 4) изменение интенсивности окрашивания бляшек по сравнению с пятном; 5) появление припухлости розоватого венчика вокруг пигментного пятна.

Пик заболеваемости по данным литературы приходится на возраст старше 50 лет, что подтверждается и нашими данными (45-64 года; средний возраст больных – 50 лет). Меланома может возникать на фоне пигментных невусов, также и спонтанно, на неизменной коже. Способствующими факторами признаны избыточная инсоляция (УФО) и травмы [1, 2,]. По нашим данным у 8 (30,7%) больных меланома развилась на неизменной коже, в 6 (23,1%) случаях на фоне пигментных невусов, при этом провоцирующими моментами служили травмы - у 10 (38,5%), и инсоляция - у 4 (15,4%) больных.

Разные авторы [2,3] указывают на неадекватно выполненные оперативные вмешательства или другое лечение (мази, физпроцедуры и др.) в учреждениях общей лечебной сети. В нашем исследовании неадекватные операции имели место в 4(15,4%), правильное лечение в 2 (7,7%) случаях, что, безусловно, повлияло на прогноз заболевания. А в целом ошибочная диагностика и неадекватное лечение по нашим данным привело к тому, что 57,7% больных поступили с распространенным процессом, что соответствует данным большинства авторов (15-45%).

На этапе диагностики меланомы кожи мы строго придерживались правиле, которое считает неприемлемым выполнение инцизионной биопсии опухоли, которая способствует её быстрой диссеминации и бурному метастазированию вследствие высокой миграционной способности атипичных меланоцитов.

Общепризнанным основным методом лечения больных меланомой кожи является хирургический метод. Последние 30 лет отношение к хирургической коррекции претерпели определенную эволюцию отхода от широкого иссечения к экономным иссечениям [1,2]. Исследованиями установлено, что нет разницы в отдаленных результатах связанных с резекцией опухоли отступая от края образования 2 или 4 см. [4].

Мы, основываясь на опыте, выполнили в 7 (33,3%) случаях из 21 иссечение опухоли с пластикой местными тканями, в 10 случаях (47,6%) широкое иссечение опухоли с пластикой перемещенным кожным лоскутом, не радикальное иссечение опухоли проведены 4 больным (19%), до поступления в учреждения общей лечебной сети, одномоментная лимфодиссекция выполнена в 8 случаях (38,1%). В адьювантном режиме применяли, дакарбазин, в/в 250 мг/м<sup>2</sup> в течении 5 дней ежедневно с интервалами 3 недели. В распространенных стадиях используем полихимиотерапию (дакарбазин + цисплатин) с включением фотемустина или ломустина и их сочетание с тамоксифеном. В качестве иммунотерапии применяли цитокины (интерферон -ИФ-а, РИФ). Пятилетняя выживаемость всей группы больных по России составляет 52,2%, по нашим данным 3-летняя наблюдаемая выживаемость составила 52,1%, что свидетельствует о невысокой эффективности проводимых лечебных мер и запущенных случаев болезни.

**Выводы.** 1. Проблема диагностики и излечения больных с меланомой кожи в Республике Таджикистан остается актуальной, связанной с высоким удельным весом запущенных случаев и невысокими показателями эффективности (выживаемости) больных. 2. Ошибочная диагностика и неадекватное лечение на уровне врачей общей лечебной сети остается высокой и требует усиление работы среди них врачей онкологов. 3. Формирование групп риска по меланоме будет способствовать ранней диагностике, что приведет к снижению метастазирования, рецидивов и смертности. 4. Использование новых методов диагностики (использование экспертной системы, плоидометрия и др.) являются перспективными методами улучшения диагностики и прогноза заболевания.

#### Список литературы:

1. Червонная Л.В. Пигментные опухоли кожи. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с.
2. Ламоткин И.А., Клиническая дерматоонкология: Атлас. – Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 499 с.
3. Garbe C, Peris K, Hauschild A, et al. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline – update 2016 // Eur J Cancer. – 2016. Vol. 63. – P. 201-217.
4. Testori A, Ribero S, Bataille V. Diagnosis and treatment of in-transit melanoma metastases // Eur J Surg Oncol. – 2017. Vol. 43. N 3. – P. 544–560.
5. Elmore JG, Barnhill RL, Elder DE *et al.* Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: observer accuracy and reproducibility study // *British Medical Journal*. – 2017. Vol. 357. – P. 2813.

<sup>1</sup>Сангинов Д.Р., <sup>2</sup>Нажмуддинов А.Х., <sup>2</sup>Мафтунаи М.

#### ПЕРВИЧНАЯ МЕЛАНОМА ПРЯМОЙ КИШКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

1. Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.
2. ГУ «Республиканский онкологический научный Центр» МЗ СЗН РТ.

**Актуальность.** Первичная меланома желудочно-кишечного тракта является редким заболеванием (редкие опухоли) и в структуре всех случаев, диагностируемых в мире меланом слизистых оболочек, составляет примерно 1% [1], чаще всего рассматривается как метастатический процесс без выявленного первичного очага [1,2]. Первичная меланома прямой кишки, отличаясь агрессивным течением и плохим прогнозом в структуре меланом ЖКТ составляет 22,2% (Титов К.С-2017, Леонтев А.В.2015), встречается в основном у женщин старше 50 лет. Большинство опухолей встречаются в 5-6 см от ануса [3]. Поздняя диагностика и неудовлетворительные результаты связаны с бессимптомным течением.

По мере прогрессирования опухолевого процесса могут быть запоры и тенезмы, аноректальные кровотечения, боль или дискомфорт и режé пролапс опухолевых масс через задний проход. Опухоль как правило, имеет полообразную форму, а отсутствие пигментации встречается в 30% случаев. Методом выбора для диагностики меланомы ЖКТ является эндоскопия, кроме этого имеет значение эндоскопическое ультразвуковое исследование с биопсией. МРТ-исследование является оптимальным методом для выявления метастаз меланомы в мозг и кости. ПЭТ позволяет обнаружить саму опухоль, регионарные и отдаленные метастазы, чувствительность которой составляет от 90%.

Хирургическое лечение является основным методом лечения первичной меланомы прямой кишки, однако, объем оперативного вмешательства (радикальная резекция, иссечение опухоли и лимфодиссекция) остается дискуссионным, ввиду неудовлетворительных результатов. Эффективность лекарственной терапии меланом ЖКТ в настоящее время изучается, вместе с тем имеются отдельные сообщения (Nodi с соав., 2008) о полном ответе на лечение иматинибом в случае К-мутации при меланоме прямой кишки. Необходимо учесть перспективность применения иммунотерапии, таргетной терапии в комплексном лечении данной патологии. Пятилетняя выживаемость при меланоме аноректальной области составляет 20%, средняя выживаемость - 20 месяцев [4].

**Клиническое наблюдение.** Пациентка Х., 73 года, госпитализирована в уропроктологическое отделение РОНЦ МЗ СЗН РТ с жалобами на боли в области ануса, трудности при акте дефекации, кровянистые и гнойные выделения во время акта дефекации, резкое похудение и общую слабость.

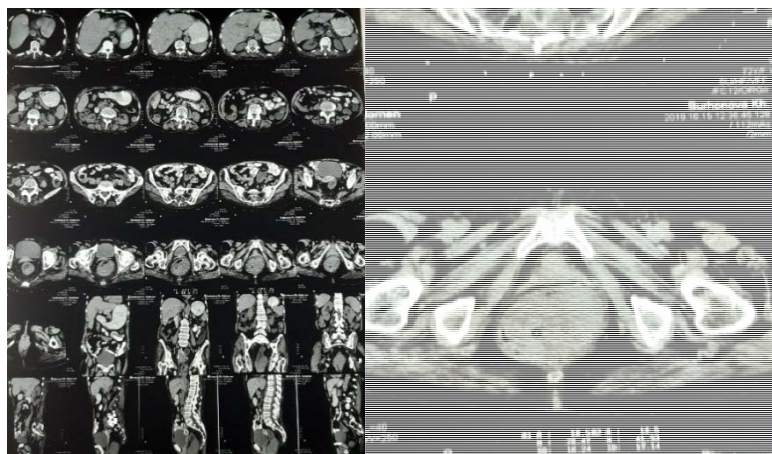
Из анамнеза: выяснилось, что больная с 20.11.2018 по 29.11.2018 находилась в колопроктологическом отделении ГКБ №24 г. Москвы Российской Федерации по поводу кровянистых выделений при дефекации в течение 4 месяцев. Проведен комплекс диагностических исследований.

При ректальном обследовании выявлены умеренно увеличенные геморроидальные узлы, без признаков воспаления и кровотечения. На высоте пальца, за анальным каналом на 5 ч выявили опухолевидное образование диметром до 5 см на узком основании, на перчатке следы крови. КТ органов брюшной полости: определялась стенозирующая опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки с вовлечением всех слоев стенки, единичные увеличения лимфатических узлов мезоректальной клетчатки, гепатомегалия. На УЗИ асцит не выявлен. Ректосигмоколоноскопия - полуциркулярная опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки протяженностью около 3 см. Патогистологическое исследование от 23.11.2018 - злокачественная меланома с умеренным содержанием пигмента. Проводилась консервативная гемостатическая, инфузионно-корректирующая симптоматическая терапия. Рекомендована консультация в специализированном онкологическом учреждении для дальнейшего лечения.

По возвращению в Таджикистан 16.01.2019 больная обратилась в поликлинику РОНЦ, где с учетом проведенного и представленного комплекса исследований (в г. Москва) подтвержден диагноз меланомы прямой кишки и решением консилиума врачей уропроктологического отделения рекомендовано оперативное вмешательство, от которого больная воздержалась и на период 6 месяцев выпала из поля зрения специалистов РОНЦ. В связи с ухудшением состояния больная 12.06.2019 обращается вновь в поликлинику РОНЦ, где после повторного консилиума врачей с учетом увеличенных подмышечных и паховых лимфоузлов с обеих сторон выносится диагноз меланома прямой кишки с метастазами в паховые лимфоузлы T3N2M0. Взята повторно биопсия из опухоли и подмышечного лимфоузла. Патогистологическое исследование

№9787 - меланома, веретенноклеточный вариант без пигмента. В связи с распространенностью процесса больная в химиотерапевтическом отделении получила общеукрепляющую и противоболевую паллиативную терапию в течение недели, по-прежнему отказываясь от оперативного вмешательства.

В связи с появлением признаков частичной кишечной непроходимости и увеличением кровянистых выделений 15.10.2019 больная госпитализирована в проктоурологическое отделение. На КТ органов брюшной полости от 15.10.2019 определяется картина стенозирующей опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки с вовлечением всех слоев стенки. Единичные увеличенные лимфоузлы мезоректальной клетчатки и по ходу верхних прямокишечных сосудов.



*Рисунок 1. На КТ исследовании органов брюшной полости определяется картина стенозирующей опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки с вовлечением всех слоев стенки. Единичные увеличенные лимфоузлы мезоректальной клетчатки и по ходу верхних прямокишечных сосудов. Рентгенография органов грудной клетки - хронический бронхит.*



УЗИ органов брюшной полости от 20.11.2018 – легкие диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы и селезенки.

После проведения предоперационной подготовки 29.10.2019 больной проведено оперативное вмешательство - трансанальная резекция опухоли прямой кишки. Макропрепарат: удалённая опухоль прямой кишки размерами 9х9см, на разрезе, темно-красной окраски, плотной консистенции (рис. 2).



Рисунок 2. Макропрепарат удаленной опухоли прямой кишки

Патогистологическое заключение №9016 от 04.11.2019 Эпителоидноклеточная меланома. Опухоль удалена радикально. Больная выписана домой с улучшением. В последующем больная получила иммунотерапию - реаферон 3 млн в течение 6 месяцев, с нарушением режима. Находилась под наблюдением онколога по месту жительства.

Спустя 11 месяцев после операции больная госпитализирована повторно в РОНЦ с признаками хронической кишечной непроходимости (23.09.2020). При ректоскопии в нижнеампулярном отделе прямой кишки выявляется циркулярная опухоль протяженностью около 3-4 см., выявлен рецидив опухоли прямой кишки, темно-красной окраски, плотной консистенции.

УЗИ органов брюшной полости от 13.08.2020: в проекции прямой кишки определяется опухоль 4 х 4 см, имеются увеличенные парааортальные лимфоузлы до 1,5 см. Гепатоз 1 ст.

С учетом клинических проявлений рецидива опухоли консилиум врачей рекомендовал паллиативную операцию - наложение одностольной колостомы. 25.10.2020 под эндотрахеальным обезболиванием больной наложена колостома и 07.10.2020 с улучшением выписана домой. Рекомендована паллиативная иммунотерапия и наблюдение онколога по месту жительства.

Данное клиническое наблюдение показывает возможности комплексного лечения первичной меланомы прямой кишки и необходимость проведения паллиативной операции.

Результаты лечения первичной меланомы прямой кишки с осложненным течением в виде обтурационной кишечной непроходимости в настоящее время, по данным многих исследователей, остаются неудовлетворительными [5]. Наше наблюдение подтверждает, что хирургическое лечение является основным методом лечения данной патологии, а иммунная и таргетная терапия улучшает качество жизни и продлевает ее. Тем не менее, хирургическое удаление первичной опухоли при метастатическом течении первичной меланомы прямой кишки остается дискуссионным. Что касается иммунотерапии, то на сегодня стандартного подхода не существует. Многие исследователи рекомендуют схему ипилимумаб+ниволумаб, однако в связи с отсутствием доступности этих лекарств мы применили реаферон, который показал свою сравнительную эффективность.

#### Список литературы:

1. Титов К.С. и соавт. Первичная меланома желудочно-кишечного тракта (обзор литературы), Ж. Колопроктология, 2017, №2(60); с. 94-99.
2. Elsayed A.M. Albahra M. et al. *Malignant melanomas in small intestine: a study of 103 patients*. Am. J. Gastroenterol. 2015; 91(5):1001-1006.
3. Bell P.D. et al. *Primary dedifferentiated amelanotic anorectal melanoma: report at a rare case*. Int. J. surg. Pathol. 2019; 27 (8): 923-28.
4. Heppt M.V. et al. *Prognostic factors and treatment outcomes in 444 patients with mucosal melanoma*. Eur J Cancer 2017; 81: 36-44.
5. Zhang S. Gao F. Wan D. *Effect of the prognosis of anorectal malignant melanoma*. J Cancer Res. Clin. Oncol. 2015; 136: 1401-5.

**Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Ганиев А.**

#### ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ

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

**Актуальность.** Несмотря на внедрение практическую хирургию новых поколений антибиотиков и значительный прогресс в интенсивной терапии, уровень заболеваемости при распространенном перитоните остаётся высокой, а уровень смертности остается между 36,7-51,3% [1].

Прогноз и исход лечения пациентов с послеоперационным перитонитом напрямую связан со своевременной диагностикой и хирургическим вмешательством [2,3]. Критерии для выполнения релапаротомии по требованию нечеткие и основаны на неколичественных, субъективных аргументах или больничных протоколах [4]. Сложные системы интегральной оценки при прогнозировании развития абдоминального сепсиса, нередко не способны предсказать прогрессирующее перитонит, обуславливая таким образом то, что идеальный момент для вмешательства пропущается [5].

Надежные клинические параметры и предикторы, позволяющие с точностью определять послеоперационный перитонит, таким образом, будут иметь первостепенное значение.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с послеоперационным перитонитом путём его ранней диагностики и оценки прогноза его исхода.

**Материал и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование историй болезни 251 пациента с вторичным распространенным перитонитом, находившихся на стационарном лечении в период с мая 2009 г. по апрель 2018 г. в хирургических отделениях ГУ «ЦСМП» г. Душанбе. Больные были разделены на 2 группы – основная группа 114 пациентов с послеоперационным перитонитом (ПП) и контрольная группа 137 больных с внебольничным распространенным перитонитом (РП).

Всем больным производился сбор анамнеза, физикальные обследования, интегральная оценка тяжести состояния по баллам систем MPI, APACHE II, анализ лабораторных показателей, диагностических методов исследования (визуализации УЗИ, компьютерной томографии, рентгенографии с использованием контрастного вещества).

Показаниями к релапаротомии служили положительные результаты компьютерной томографии: признаки несостоятельности анастомоза, свободный газ по прошествии более пяти дней после операции, скопление свободной жидкости в брюшной полости. Отрицательные результаты КТ исследования но стойкие симптомы абдоминального сепсиса более 24 часов также служили показаниями к релапаротомии. Оценка APACHE II, значения С-реактивного белка (СРБ), лейкоциты крови регистрировались ежедневно в течение первых 7 суток и затем дважды в неделю до выписки пациента из стационара.

Хирургическое лечение было направлено в первую очередь на окончательный контроль источника с последующим удалением фибринозных наложений, санацией и дренированием брюшной полости. При наличии показаний к этапным санациям, релапаротомия выполнялась каждые 24–48 часов по программированию до полного устранения интраоперационных и клинических признаков абдоминального сепсиса.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 251 пациентов, получавших лечение по поводу вторичного перитонита, у 114 (45,4%) имелся послеоперационный перитонит (ПП) и у 137 (54,6%) внебольничный распространенный перитонит (РП). Среднее значение ежедневной оценки по шкале APACHE II для всех пациентов составляло 21,0 баллов. В группе ПП показатель APACHE II был значительно выше (медиана 22,0) по сравнению с группой РП (медиана 20,0) ( $p = 0,012$ ). Уровень смертности также был выше в группе ПП, но существенно не отличался от такового в группе пациентов с РП ( $p = 0,06$ ). Характеристики обеих исследовательских групп представлены в таблице 1. Основными причинами вторичного распространенного перитонита по анатомическому происхождению были гастродуоденальная патология, заболевания тонкого кишечника, колоректальные заболевания, аппендицит, патология желчной системы. Статистический анализ не выявил существенных различий в отношении смертности и анатомического происхождения вторичного распространенного перитонита между двумя группами, за исключением острого аппендицита [4/17 (РП) против 0/3 (ПП),  $p = 0,01$ ] и патологии желчной системы [2/7 (РП) против 8/10 (ПП),  $p = 0,03$ ].

93 пациента (81,6%) в группе ПП и 133 пациента (97,1%) в группе РП жаловались на наличие болей в животе во время физикального обследования ( $p = 0,03$ ). Симптом Щёткина-Блумберга отмечался у 25 (21,9%) в группе ПП, и 49 (35,8%) в группе пациентов с РП ( $p = 0,02$ ). Кроме того, 40 пациентов (35,1%) в группе ПП и 71 пациент (51,8%) в группе РП, соответственно, имели повышение температуры тела выше  $38,5^{\circ}\text{C}$  ( $p = 0,029$ ).

Более чем у 95% всех пациентов имелись повышенные значения показателей инфекционного процесса (лейкоцитоз, СРБ), но без статистически значимой разницы между двумя группами. Развитие ПП был достоверно предсказан с помощью КТ в 97,2%, рентгенографии с контрастированием 66,2% и УЗИ 44,3%. Причины перитонита в группе ПП были следующие: несостоятельность анастомоза 50,9% ( $n = 58$ ), перфорации полого органа 22,8% ( $n = 26$ ), ишемия брыжейки 11,4% ( $n = 13$ ) и др. 14,9% ( $n = 17$ ).

Количество сеансов санации брюшной полости было значительно выше в группе ПП (медиана 4,5) по сравнению с группой РП (медиана 2,5) ( $p = 0,009$ ). В группе с РП однократные или двукратные санации проводились значительно чаще, чем в группе с ПП (62,0% против 40,7%;  $p = 0,001$ ). Более четырех сеансов санации брюшной полости чаще выполнялись в группе с ПП (27,4% против 10,2%;  $p < 0,001$ ).

Наше исследование продемонстрировало, что обычно используемые клинические и параклинические параметры имеют ограниченную прогностическую ценность при диагностике ПП по сравнению с группой пациентов с РП. Более 50% пациентов в группе с ПП имели боли в животе или болезненность при пальпации, повышение температуры тела. Кроме того, клинические признаки перитонита, такие как ригидность и резкая болезненность (симптом Щёткина-Блумберга), были очевидны только в 21,9% случаев, что можно объяснить прогрессирующими катаболическими процессами, а также послеоперационным приемом анальгетиков. Поэтому у этих пациентов перитонит часто диагностируется уже в стадии абдоминального сепсиса. Низкая точность физических тестов при диагностике послеоперационного перитонита не позволяют использовать их в качестве предикторов абдоминального сепсиса.

Анализ таких лабораторных параметров инфекционного процесса как лейкоцитоз и С-реактивный белок не выявили значительной разницы между двумя группами. Другие диагностические параметры, такие как интерлейкин 6 и фактор некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) считаются важными для ранней диагностики абдоминального сепсиса, но не



коррелируют с исходом. Более того, их короткий период полураспада делают их диагностическую применимость сомнительной.

При клиническом подозрении на вторичный перитонит в целях его подтверждения и установления источника перитонита необходимы дополнительные методы исследования, такие как КТ, рентгенография и УЗИ брюшной полости. В нашем исследовании использование только УЗИ брюшной полости показало чувствительность 46%, возможно, из-за часто встречающегося пареза ЖКТ. В рамках этого исследования компьютерная томография показала чувствительность в 97,2% при обнаружении источника перитонита и поэтому был наиболее точным и ценным методом визуализации.

Смертность пациентов в группе с ПП составила 47,4% и, следовательно, немного выше, чем в группе пациентов с РП (35,8%,  $p = 0,060$ ). В современной литературе имеются сообщения о смертности от 25 до 68% для вторичного перитонита, при этом летальность при ПП неизменно превосходит таковую при РП.

Отсутствие достоверного различия в показателях смертности между двумя группами, вероятно, вызваны ранним началом лечебных мер, даже в сомнительных случаях. Значительно большее количество сеансов санаций брюшной полости, необходимых в группе больных с ПП указывает на то, что этим пациентам диагноз выставлен либо слишком поздно (несмотря на наиболее ранние показания для релапаротомии), либо они более восприимчивы к бактериемии вследствие развития иммуносупрессии.

**Выводы.** Диагностика и своевременное выявление вторичного перитонита, послеоперационного или внебольничного распространенного, имеют решающее значение в выборе оптимальной лечебной тактики. Несмотря на достижения в области интенсивной терапии, использование интегральных систем оценка тяжести состояния и прогностических маркеров, ранняя диагностика ПП продолжает оставаться трудной задачей. В нашем исследовании клинические и лабораторные параметры имели ограниченное значение в ранней диагностике ПП. Самым надежным методом визуализации была компьютерная томография. Только своевременное хирургическое вмешательство до разгара абдоминального сепсиса и развития синдрома полиорганной недостаточности могут способствовать уменьшению показателей заболеваемости и смертности. Таким образом, мы отдаем предпочтение ранней релапаротомии по требованию даже при подозрении на ПП.

#### **Список литературы:**

1. Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационного перитонита. / Назыров Ф.Г. и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2011. – № 1(4). – С. 31-39.
2. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных и критерии прогнозирования исхода при абдоминальном сепсисе. / Алиев С.А. и др. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2016. – № 5. – С. 3-11.
3. Даминова Н.М. Оптимизация диагностики и лечения послеоперационного перитонита. / Даминова Н.М., Газиев З.Х., Саъдуллоев Д. // Здоровоохранение Таджикистана. 2015. – № 3 (326). – С. 24-28.
4. Грубник В.В. Роль "ранней" релапаротомии в лечении пациентов с острым разлитым гнойным перитонитом. / Грубник В.В., Койчев Е.А. // Хирургия Украины. 2015. – № 4 (56). – С. 54-58.
5. Сандаков П.Я. Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните. / Сандаков П.Я., Старикова А.И. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. – № 4. – С. 16-19.

*Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г.*

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

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

**Актуальность.** Существенное значение в развитии и прогнозе течения распространенного перитонита (РП) имеет проведение программированных санаций брюшной полости [1, 2]. В связи с отсутствием ранних, объективных критериев прогрессирующего перитонита особую актуальность имеет разработка методов диагностики и прогнозирования, основанных на клинико-лабораторных показателях, отражающих состояние больного и динамику воспалительного процесса в брюшной полости [3, 4].

К настоящему времени разработано множество различных систем оценки тяжести состояния и прогнозирования исхода больных распространенным перитонитом, способствующих оптимизации выбора дальнейшей хирургической тактики [5]. Динамический контроль и прогнозирование исхода у больных с РП позволяет оптимизировать хирургическую тактику с определением показаний к релапаротомии при прогрессировании перитонита [2, 4]. В связи с этим для экспресс-прогнозирования вероятности летального исхода и оптимизации выбора тактики экстренной помощи при РП нами разработана прогностическая шкала а на её основе предложен алгоритм определения показаний к релапаротомии при распространенном перитоните.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения распространенного перитонита путем оптимизации определения показаний к релапаротомиям и санациям брюшной полости.

**Материал и методы исследования.** Основу интегральной оценки степени и характера РП – индекс перитонита «ИП» – составили 3 группы факторов: факторы риска, стадия развития процесса, вероятность прогрессирования патологических изменений в брюшной полости (табл.1). Первоначально значения ИП по выделенным критериям были определены на основании экспертной оценки. В соответствии с параметрами шкалы 188 больных с заболеваниями органов брюшной полости, осложнившихся РП, оперированных в хирургических отделениях ГУ «ЦСМП» г. Душанбе в период с марта 2004 по декабрь 2013 года были распределены на 3 группы, к которым применялась соответствующая лечебная тактика. Возраст больных варьировал с 15 до 81 года, с средним возрастом 38,5 года. Мужчин было 113 (60%), женщин – 75(40%). Из 188 пациентов в 67 случаях (35,6%) в послеоперационном периоде отмечался прогрессирующий перитонит. Среди 67 пациентов с прогрессирующим в послеоперационном периоде перитонитом было 38 женщин и 29 мужчин в возрасте от 18 до 77 лет.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами построена шкала интервалов с определением максимальных и минимальных факторов риска, стадии течения распространенного перитонита и морфологических изменений брюшины. Исходя из клинического представления о сравнительной важности факторов (предикторов) им были присуждены балльные составляющие в зависимости от их «весовой» значимости в установлении степени тяжести распространенного перитонита и прогнозировании его исходов. При суммировании баллов получаем «ИП».

**Таблица 1. - Индекс перитонита**

Факторы риска-Ф		Стадия процесса-С		Вероятность прогрессирования-В	
Возраст старше 70л или тяжелые сопутствующие заболевания	10	Септический шок	10	В брюшной полости гнойный выпот с каловым запахом, грубые фибриновые наложения, межпетлевые гнойники и сращения в области кишечных петель.	10
Возраст 50-70 лет или онкозаболевание*	8	Абдоминальный сепсис поздняя стадия	8	Брюшина инфильтрирована, в брюшной полости густой гной, толстые фибриновые наложения	8
Средней тяжести сопутствующие заболевания*	6	Абдоминальный сепсис начальная стадия	6	Брюшина тусклая, петли кишечника расширены с субсерозными кровоизлияниями и петехиями, брюшная полость содержит гнойный выпот с фибриновыми наложениями на кишечных петлях	6
Женский пол или легкие сопутств. заболевания*	4	Эндогенная интоксикация поздняя стадия	4	Брюшина отечная, гиперемированная, в брюшной полости гнойный выпот	4
Не выявленные риски	2	Эндогенная интоксикация начальная стадия	2	Отек, гиперемия брюшины, в брюшной полости мутный выпот или желчь	2
Прогнозируемая летальность (%) $L = \Phi \times [(C + B)/2]$					

\* – при отсутствии вышеперечисленных рисков

Сумма баллов (ИП) может указывать на предпочтение в оказании того или иного объема экстренной помощи при распространенном перитоните (в этом смысле индекс взят в упрощенной форме для облегченного и быстрого принятия решения о дальнейшей тактике лечебных мер).

При ИП до 12 баллов включительно – прогнозируемая летальность до 16%.

От 13 до 22 баллов – прогнозируемая летальность от 16 до 40%.

При ИП свыше 22 баллов – прогнозируемая летальность свыше 40%.

Из 188 пациентов в 67 случаях (35,6%) течение патологического процесса в брюшной полости в послеоперационном периоде имело неблагоприятную динамику и сопровождалось прогрессированием перитонита. В 53 случаях (28,2%) это потребовало выполнения релапаротомии (как по требованию, так и программированных). Из них повторные экстренные оперативные вмешательства были проведены у 42 пациентов (62,7%), программированные санационные релапаротомии в 12 случаях (17,9%). Кроме того, у 13 умерших пациентов (19,4%), не подвергавшихся в послеоперационном периоде в силу различных причин повторным оперативным вмешательствам, непосредственной причиной смерти также явился прогрессирующий перитонит.



**Рисунок 1. - Лечебно-диагностический алгоритм в первые сутки послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу распространенного перитонита**

Из 67 больных у 3 пациентов сумма баллов по шкале ИП соответствовала I группе, у 31 - II группе и 33-III группе риска. Проведенный анализ показал, что из 67 случаев только в 12 (17,9%) была применена тактика выполнения программированных санационных релапаротомии. При этом у всех пациентов индекс перитонита соответствовал III группе риска. Экстренные релапаротомии по требованию в связи с прогрессирующими явлениями перитонита были проведены 41 пациенту (59,7%), и в 13 случаях (24,7%) санация брюшной полости в силу различных причин не была выполнена.

При минимальных значениях шкалы ИП (до 12 баллов) объем лечебных мероприятий ограничивают проведением комплексной консервативной терапии. Поскольку у пациентов второй группы по шкале ИП (12-22 баллов) прогрессирующий перитонит развивается практически в половине случаев, то уже в первые сутки послеоперационного периода необходимым является проведение лапароскопического исследования для визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости. Наличие визуальных признаков продолжающегося перитонита является показанием к проведению санации брюшной полости (санационная релапаротомия, видеолапароскопия). При отсутствии признаков прогрессирующего перитонита целесообразно продолжение проводимой консервативной терапии и клинико-лабораторного мониторинга. Полный лечебно-диагностический алгоритм у пациентов с распространенным перитонитом в раннем послеоперационном периоде представлен на рисунке 1.

**Выводы.** Таким образом, выделение групп риска на основании значений ИП у пациентов, позволяет планировать лечебную тактику с учетом возможных клинических вариантов послеоперационного течения заболевания. Алгоритм лечебно-диагностических мероприятий позволяет в первые сутки послеоперационного периода достоверно прогнозировать прогрессирование перитонита, что способствует определению показаний к релапаротомии и санации брюшной полости.

#### **Список литературы:**

1. Рискиев У.Р. Программированная санация брюшной полости при перитоните/ Рискиев У.Р., Мухамеджанова Н.Н., Сигалов Д.О. // Вестник экстренной медицины. 2019.– № 2(12). – С. 19-22.
2. Хирургические подходы к лечению пациентов с третичным перитонитом. / Земляной В.П. и др. // Новости хирургии. 2019 – № 4(27) – С. 453-460.
3. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита. / Савельев В.С. и др. // Анналы хирургии. 2013. № 2. С. 48-54.
4. Сандаков П.Я. Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните. / Сандаков П.Я., Старикова А.И. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. – № 4. – С. 16-19.
5. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных и критерии прогнозирования исхода при абдоминальном сепсисе. / Алиев С.А. и др. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2016. – № 5. – С. 3-11.

*Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Джонов Б.*

### **МОЛЕКУЛАҲОИ МАССАИ МИЁНА ҲАМЧУН МЕЪЁРИ ВАЗНИНИИ ЧАРАЁН ВА ПЕШГУЌИИ ОҚИБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА.**

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мухимият.** Перитонити паҳнғашта, хусусан дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ, ҳамчун яке аз масъалаҳои вазнинтарини ҷарроҳии муосир боқӣ мемонад. Натиҷаҳои ғайриқаноатманди ҷунин патологияи мудҳиш ба ғавтнокии баланди он муносиб аст — 30-70% [1-3]. Сабабҳои асосии ҷунин ғавтнокии баланд ва майл ба афзоиши беморшавӣ, ин душвориҳои дар пешгуӣи оқибати табобати беморон бо перитонити паҳнғашта ва, аз ин рӯ, дар интиҳоби тактикаи оптималии табобатӣ аст [4].

Барои пешгуӣи самарабахши оқибати беморӣ дар қатори дигар усулҳо маркерҳо низ аҳамияти хоса доранд. Айни замон қорҳо дар самти таҳқиқи моддаҳо, ки метавонанд ба мавҷудияти сироят ва илтиҳоб ишора намоянд, идома доранд. Яке аз ҷунин маркерҳо молекулаҳои массаи миёнаи зардоби хун ба ҳисоб меравад [5]. Нишондиҳандаи сатҳи молекулаҳои миёна ҳамчун маркери универсалии захролудшавии эндогенӣ, ки вазнинии ҳолати беморро ҳангоми перитонити паҳнғашта муайян карда, асоси сабаби пайдошавии оқибати марговари бемориро ташкил медиҳад, баромад карда метавонад.

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши самаранокии озмоиши молекулаҳои массаи миёна дар арзёбии вазнинии чараён ва пешгуӣи оқибати перитонити паҳнғашта.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти клиникӣ-озмоишии 188 бемори синну соли аз 15 то 81 солаи дорони бемориҳои гуногуни ҷарроҳӣ, бо перитонити паҳнғашта оризашуда, дар шӯъбаҳои ҷарроҳии МД МЁТТ ш. Душанбе аз соли 2004 то 2012 табобат мегирифтанд, гузаронида шуд. Оқибати хуби беморӣ дар 150 бемор (79,8 %) ба қайд гирифта шуд, дар 38 ҳолат (20,2%) беморӣ бо ғавт анҷом ёфт.

Дар ҳамаи 188 бемор арзёбии интегралӣ вазнинии чараёни перитонити паҳнғашта дар асоси ҳисоби нишондиҳандаҳои клиникӣ-озмоишӣ аз рӯи гурӯҳҳо мувофиқи возеҳии арзёбии ҳолии вазнинии ҳолат тибқи ҷадвали SAPS (Simplified Acute Physiology Score) гузаронида шуд.

Арзёбии ҳолии вазнинии ҳолат тибқи ҷадвали SAPS аз шабонарӯзи аввали бистарикунонӣ ҳамарӯза то муайян намудани натиҷаи беморӣ гузаронида шуд. Пешгуӣи натиҷаи бемории перитонити паҳнғашта аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот дар шабонарӯзҳои аввали бистринамоии бемор гузаронида шуд.

Беморон ба 4 гурӯҳ мувофиқи ҳолатҳои вазнинӣ аз рӯи шкалаи SAPS тақсим карда шуданд ва дар ин гурӯҳҳо динамикаи нишондиҳандаҳои молекулаҳои миёнаи плазмаи хун аз лаҳзаи иҷро кардани ҷарроҳӣ то муайян намудани оқибати беморӣ омӯхта шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Дар гурӯҳи якум иборат аз 99 бемор, ки вазнинии ҳолаташон дараҷаи сабук аст (SAPS<5 хол) дар тамоми давраи пасазҷарроҳӣ сатҳи МММ аз нишондиҳандаи 0,43 в.з.о. (воҳиди

зичии оптикӣ) баланд буда, нишондиҳандаи миёнаи он дар 3 шабонарӯзи аввал  $0,36 \pm 0,04$  в.з.о. буд. Дар ин гурӯҳ нишондиҳандаҳои нисбатан баланди сатҳи МММ плазма дар тамоми давраи беморӣ ба мушоҳида расид. Дар давраи пасазчарроҳӣ афзоиши начандон возеҳи он дар шабонарӯзи 2-3 ба мушоҳида расида, минбаъд майл ба пастшавӣ дошт. Муътадил шудани нишондиҳандаи МММ ба ҳисоби миёна дар шабонарӯзҳои 7-9-ум ба амал омад. Сабаби 3 натиҷаи фавт бемориҳои ҳамрав буданд.

Дар гурӯҳи дуюм – 24 бемор – (5-8 ҳол аз рӯи чадвали SAPS) сатҳи баландтари ибтидоии МММ (нисбат ба беморони гурӯҳи якум) ба мушоҳида расид, ки дар шабонарӯзҳои 3-4-ум нишондиҳандаи максималии барои ин гурӯҳ хосро (зиёда аз  $0,45 \pm 0,04$  в.з.о.) ба даст овард ва дар давоми 6 шабонарӯзи пас аз чарроҳӣ устувор (дар ҳудуди  $0,38-0,40$  в.з.о.) боқӣ монд. Муътадилшавии ниҳони нишондиҳандаи МММ на барвақтар аз рӯзҳои 10-11-ум ба амал омад.

Ҳамин гуна тамоюл дар динамикаи нишондиҳандаҳои дар 23 бемори дорои оқибати хуби беморӣ дар гурӯҳи сеюми (9-12 балл аз рӯи чадвали SAPS) перитонити паҳнғашта низ мушоҳида кардан мумкин аст.

Таҳлили нишондиҳандаи миёнаи МММ дар беморони зиндамондаи гурӯҳҳои 1-3 дар ҳама давраҳои муоина нишон доданд, ки вай аз  $0,55$  в.з.о. баланд нест. Ин нишондиҳандаро нисбат ба эҳтимоли пайдо шудани оқибати фавтовари беморӣ ниҳой ҳисобидан мумкин аст. Афзоиши муътадили МММ плазмаи хун дар шабонарӯзҳои 2-4-уми давраи пас аз чарроҳӣ аломати нисбатан хуби озмоиши чараёни беморӣ ба шумор меравад. Эҳтимол дорад, ки ба таври муътадил афзоиш ёфтани токсемия дар натиҷаи ворид шудани токсинҳои бофтаҳо ба маҷрои хун, вобаста ба қушода шудани маҷрои микросиркулятории узвҳо ва бофтаҳо, бо катъ гардидани зухуроти стресси чарроҳӣ ва сироятӣ, ба амал меояд.

Динамикаи МММ дар 42 бемори гурӯҳи 4-ум (зиёда аз 12 ҳол аз рӯи чадвали SAPS) аз дигар гурӯҳҳо ба қуллӣ фарқ мекунад. Дар беморони дорои оқибати хуби беморӣ дар шабонарӯзи сеюм нишондоди МММ дар ноҳияи нишондиҳандаҳои «номусоид»-и беморони гуруҳҳои дуюм ва сеюм (зиёдтар аз  $0,6$  в.з.о.) қарор дошт. Минбаъд сатҳи МММ тадричан паст шудааст, вале аз нуқтаи ниҳой то 8-10 шабонарӯз боқӣ мемонад. Муътадил шудани нишондиҳанда дар бештари ҳолатҳо танҳо дар охири давра дида мешавад (28-м шабонарӯз).

Айни замон дар беморони дорои оқибати номусоиди беморӣ нишондиҳандаҳои начандон баланди ҳамин нишондод то 3 шабонарӯзи давраи пас аз чарроҳӣ ба мушоҳида расид, ки ба нишондиҳандаҳои МММ-и беморони зиндамондагони гурӯҳҳои 2 ва 3-юм мувофиқат мекунад. Минбаъд якбора баланд шудани нишондиҳанда то ҳадди охири баландӣ пеш аз оқибати фавтовар ба амал омад. Чунин тамоюли динамикаи МММ эҳтимол дорад, ки ба ихтилолҳои авчгирандаи системаи микросиркулятсия ва бо баста шудани роҳи воридшавии токсинҳо аз бофтаҳо ба маҷрои хун аз ҳисоби аз якдигар ҷудо шудани системаҳои гардиши хуни марказӣ ва канорӣ, вобаста ба зухуроти шоки септикӣ (ШС) ва дисфунксияи септикии полиорганӣ, алоқаманд бошад. Блоки микросиркулятории токсинҳои бофтаҳо новобаста аз бадшавии авчгирандаи ҳолати бемор ва амиқ шудани вазнинии чараёни беморӣ дар заминаи амиқ шудани эндотоксикоз, мавҷуд набудани афзоиши сатҳи токсемияро муайян мекунад.

Ҳамин тариқ тамоюли возеҳ ба назар мерасад: вазнинии чараёни беморӣ (аз рӯи ҳолҳои чадвали SAPS) чӣ қадар, ки возеҳ бошад, сатҳи МММ ҳамон қадар баланд аст. Хатарӣ пайдо шудани фавт дар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта мустақиман бо баланд шудани нишондиҳандаи МММ зиёд мешавад, дар ин маврид эҳтимоли натиҷаи хуб мутаносибан кам мешавад. Лозим ба зикр аст, ки дар ҳолатҳои фавт дар байни беморони дорои нишондиҳандаи МММ то  $0,5$  в.з.о., сабаби бевоситаи фавт авчгирии зухуроти ШС будааст.

Фавтият дар гурӯҳи беморони дорои сатҳи МММ  $0,5$  в.з.о. (бе дарназардошти беморони дорои зухуроти шоки септикӣ)  $0\%$ -ро ташкил дод, ин имконият медиҳад чунин ҳисоб кунем, ки ин нишондиҳандаҳои миёнаи молекулярӣ пегшӯии номусоид доранд. Хатар ҳангоми ба  $0,51-0,55$  в.з.о. (фавтият –  $41,4\%$ ) расидани нишондиҳандаи МММ, якбора зиёд мешавад, ва ҳангоми баланд шудани он қариб ки муғлак мешавад (фавтият  $80-95,7\%$ ), ин имконият медиҳад, ки ин фосилаи нишондиҳандаи МММ-ро сатҳи ниҳой ҳисобем. Ҳамин тариқ, нишондиҳандаи миёнаи сатҳи МММ метавонанд, ки ба сифати меъёри вазнинии чараёни беморӣ ва пешгӯии оқибати он ба кор бурда шавад.

**Хулоса.** Дар беморони дорои ҳолати вазнини мувофиқи чадвали SAPS 0-4 ҳол, сатҳи молекулаҳои массаи миёнаи плазмаи хун дар тамоми давраи пасазчарроҳӣ нишондиҳандаи нисбатан паст дорад ва ба пешгӯии оқибати беҳтарин мансуб аст.

Дар беморони бо 5-12 ҳол будани нишондиҳандаи чадвали SAPS, арзёбии динамикаи сатҳи МММ плазмаи хун аҳамияти калони пешгӯикунандагӣ дорад. Нишондиҳандаи молекулаҳои массаи миёнаи дар сатҳи  $0,51-0,55$  в.з.о.-ро нисбат ба эҳтимоли пайдо шудани оқибати фавтовари беморӣ, ниҳой бояд ҳисобид. Ин меъёр имконият медиҳад, ки пешгӯии инфиродии беморӣ дар беморони гурӯҳи бо чунин вазнинии ҳолат мувофиқи чадвали SAPS арзёбӣ карда шавад.

Ҳангоми вазнинии ҳолат мувофиқи чадвали SAPS 12 ҳол ва зиёда аз он бошад, эҳтимоли фаро расидани фавт баландтарин аст. Нишондиҳандаҳои начандон баланди молекулаҳои массаи миёна дар ин гурӯҳи беморон, дар бештари мавридҳо ба зухуроти шоки септикӣ бо пайдо шудани блоки микросиркуляторӣ барои токсинҳо, вобастагӣ дорад.

#### АДАБИЁТ:

1. Черданцев Д.В., Первова О.В., Шапкина В.А., Дятлов В.Ю., Трофимович Ю.Г. Вакуум-ассистированная лапаростомия при лечении распространенного гнойного перитонита. *В мире научных открытий*. 2015; – №12-2(72) – с. 517–531.
2. Singal R, Dhar S, Zaman M, Singh B, Singh V, Sethi S. Comparative evaluation of intra-operative peritoneal lavage with super oxidized solution and normal saline in peritonitis cases; randomized controlled trial. *Maedica (Buchar)*. 2016; – №11(4) – p. 277–285.
3. Van Biesen W., Brown E.A. Diagnostic and therapeutic approach to peritonitis. *Nephrol. Dial. Transplant*. 2017; – №8(32) – p. 123-131.

4. Власов А.П., Зайцев П.П., Власов П.А., Полозова Э.И. Новый способ прогнозирования эндогенной интоксикации у больных с перитонитом. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2017; – 6(176) – с. 55-59.
5. Власов А.П., Тимошкин С.П., Абрамова С.В., Власов П.А., Шибитов В.А., Полозова Э.И. Показатели эндогенной интоксикации – критерии энтеральной недостаточности при остром перитоните. Фундаментальные исследования. 2014. – № 10 (6). – С. 1066-1070.

*Сатторова М.А.,<sup>2</sup>Сангинов Д.Р.,<sup>1</sup>Ходжиева М.М.<sup>2</sup>*

### ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НИЗКОМ РИСКЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ (ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ). Таджикистан.

**Актуальность.** Злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО) занимают особое место в структуре гинекологических и онкологических заболеваний. Под этим термином по классификации FIGO 2000г. объединены различные формы патологических состояний трофобласта: инвазивный пузырный занос (ИПЗ), хориокарцинома (ХК), опухоль плацентарного ложа (ОПЛ) и эпителиоидная трофобластическая опухоль (ЭТО). Современная концепция трофобластических опухолей позволяет рассматривать их как два различных биологических процесса: персистенция в организме матери трофобластических клеток после завершения беременности (наблюдается после частичного или полного пузырного заноса) и трофобластическая малигнизация (инвазивный пузырный занос, хориокарцинома, опухоль плацентарного ложа, эпителиоидная трофобластическая опухоль)[6]. Злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО), характеризующиеся чрезвычайной злокачественностью и способностью к быстрому отдаленному метастазированию, обладают высокой чувствительностью к противоопухолевым лекарственным препаратам, являясь моделью для химиотерапии [7]. Среди онкогинекологических новообразований частота их варьирует от 0,01% до 3,6%[8]. В структуре онкогинекологических заболеваний ЗТО в нашей стране составляет 3,6%. Несмотря на значительное улучшение ранней диагностики и лечения ЗТО за последние десятилетия в РТ системно не внедрена оптимизация лечения в зависимости от степени риска резистентности ЗТО.

**Цель исследования.** Провести анализ оценки риска резистентности с целью оптимизации лечения больных с низким риском резистентности злокачественных трофобластических опухолей у женщин Республики Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Клиническим материалом для настоящего исследования послужили данные о 100 больных с злокачественными трофобластическими опухолями, находившихся на лечении в отделении онкогинекологии и химиотерапии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТРОНЦ за период 2016 - 2020 гг. В качестве территориальных единиц рассматривались 3 области, районы республиканского подчинения и г. Душанбе. Возраст больных с низким риском резистентности варьировал в пределах от 19 до 51 лет, в среднем составляя  $27 \pm 0,8$  лет. Длительность анамнеза болезни составляла от 1 до 6 месяцев, в среднем - 3 месяца.

Оценка факторов риска ЗТО у больных представлена в табл.1.

Таблица 1. Оценка факторов риска

Факторы риска		Низкий риск резистентности	
		100	
		п	%
	до 39 лет	91	91
	>39 лет	9	9
	пузырный занос	17	17
	аборт	70	70
	роды	13	13
	< 4 мес.	75	75
	4 - 6 мес.	24	24
	7 - 12 мес.	1	1
	> 12 мес.	-	-
	< 1000	5	5
	1000-10000	12	12
	10000 -100000	50	50
	>100000	33	33
	О(I)	27	27
	А(II)	37	37
	В(III)	22	22
	АВ(IV)	14	14
	<3 см	4	4
	3 - 5 см	81	81
	> 5 см	15	15
Локализация метастазов	влагалище	-	-
	1 -4	-	-
	4 - 8	-	-
	>8	-	-
	моноХТ	3	3
	полиХТ	-	-

Количество баллов по шкале FIGO у больных «низкого риска» варьировало от 1 до 6, в среднем составляя 2,1. Группа больных с ЗТО «низкого риска», в основном представлена 85% пациентками с первой стадией заболевания,

15% больных имели вторую стадию заболевания, Пациентки с третьей и четвертой стадиями заболевания в группе «низкого риска» не встречались.

Исследование сывороточного уровня ХГ проводилось с помощью диагностической тест-системы «(β-ХГЧ ИФА II COBAS CORE)» для количественного определения *in vitro* хорионического гонадотропина (ХГЧ) в сыворотке и плазме крови человека. За весь период лечения и мониторинга в РОНЦ 100 больным выполнено более 400 исследований сывороточного уровня ХГ. УЗКТ проводилась на аппарате Aplio фирмы Toshiba. За весь период лечения в РОНЦ 100 больным выполнено и проанализировано более 380 ультразвуковых исследований.

Лечение всех больных проводилось в соответствии с группой риска развития резистентности, определяемой по шкале факторов риска развития резистентности объединенной классификацией ВОЗ и ФИГО 2002г. В соответствии с этой шкалой мы выделили пациенток с низким риском (до 7 баллов) которых вылечили по оптимизации лечения по первой и второй линии риска резистентности. (Таблица 1)

Наиболее многочисленную группу больных ЗТО представляют пациентки с низким риском резистентности к химиотерапии. При регулярном мониторинге сывороточного уровня β-ХГЧ после эвакуации ПЗ и своевременной диагностики ЗТО вероятность попадания больной в группу с высоким риском резистентности минимальна.

Из 100 больных ЗТО с низким риском резистентности двум пациенткам в другом лечебном учреждении на первом этапе лечения выполнена гистерэктомия по поводу маточного кровотечения. При морфологическом исследовании им установлен диагноз инвазивный пузырный занос. Через 2 недели после операции уровень β-ХГЧ был нормальным. Одной больной проведены 3 профилактических курса химиотерапии по схеме Мtx/FA. Другой пациентке проводилась лечебная химиотерапия по поводу ЗТО. Лечение остальных 98 больных начато стандартной химиотерапией первой линии для ЗТО низкого риска по схеме Мtx/FA.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Лечение всех пациенток с низким риском развития резистентности опухоли начато стандартной химиотерапией первой линии в режиме метотрексат/лейковорин (Мtx/FA).

Полная ремиссия после первой линии химиотерапии достигнута у 98 больных. Таким образом, эффективность химиотерапии первой линии у больных ЗТО с низким риском резистентности составила 98%. Для достижения маркерной ремиссии пациенткам потребовалось проведение от 1 до 4 курсов химиотерапии, в среднем 3,8 курса. Общее количество курсов (включая профилактические) варьировало от 4 до 7, составляя в среднем 5,5 курса. Таким образом, уровень β-ХГЧ нормализовался в среднем через 7,5 недель, а весь период лечения занял от 8 до 20 недель – в среднем 3,5 месяца. Ремиссия достигнута у всех пациенток (табл.3)

Клиническое наблюдение за больными после получения двух курсов химиотерапии первой линии выявило у двух пациенток появление резистентности к химиотерапии, выражающиеся в том, что при одновременном уменьшении размеров матки (объема опухоли) оставались высокими показатели β-ХГЧ. После идентификации резистентности согласно алгоритму диагностики, вновь определяли риск резистентности с целью выбора режима химиотерапии II линии. Установлено, что у этих пациенток риск резистентности оставался низким, в связи с чем, проведена химиотерапия II линии по схеме метотрексат + лейковорин (MTX +FA) + цисплатин, вследствие чего добились выздоровления.

Длительность наблюдения после окончания лечения составляет от 5 месяцев до 3 лет. Все пациентки живы и здоровы. У 22 (22%) женщин родились здоровые дети через 1,5- 2 года после окончания лечения, т.е. проведенное лечение не повлияло на репродуктивную функцию женщин.

Таблица 3. Эффективность химиотерапии у больных с ЗТО «низкого риска» в зависимости от стадии заболевания (FIGO)

Стадия FIGO	Количество пациенток	Излечены с помощью ХТ I линии	Излечены с помощью ХТ II линии
Всего	100	98	2
I	70	70	-
II	30	28	2
III	0	-	-
IV	0	-	-

**Выводы.** К группе с низким риском резистентности относятся пациенты, получившие до 7 баллов оценки по шкале ВОЗ и ФИГО (2002). Проведенное в перспективной группе исследование показало: современный стандартный режим химиотерапии I линии Мtx/FA (метотрексат, лейковорин) является высокоэффективным, обладает низкой токсичностью и может считаться режимом выбора для химиотерапии у больных с низким риском развития резистентности ЗТО. Лечение технически легко выполнимо, экономически выгодно (средняя стоимость лекарственных препаратов для одного курса химиотерапии составляет всего 200 сомони), дает быстрый клинический эффект и не снижает качество жизни больных.

#### Список литературы.

1. Клиническая онкогинекология: руководство для врачей. 2-е издание, переработанное и дополненное. Под редакцией Козаченко В.П. Москва: Бином; 2016.
2. Нечаева И.Д., Дильман В.М. Трофобластическая болезнь. Л.: Медицина,
3. Умарова С.Г. Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы у многорожавших женщин Таджикистана: автореф. дис... д-ра мед. наук. - Душанбе, 2014. - 46 с.

4. Цип Н.П. Химиотерапия при трофобластических опухолях, развивающихся после эвакуации пузырного заноса / Н.П. Цип // 2015. Онкология. -Т.5. -№3.-С. 252-254.
5. Seckl M.J., Sebire N.J., Fisher R.A. et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO clinical practice guidelines. // Ann. Oncol. – 2015. – V. 24 (Suppl 6). – P. vi39-vi50.

**Сафарзода А.М., Амонова Ш.Ш., Курбонова М.Х. Исоева Т.Н.**  
**ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА**  
 ГУ «ГНЦРиД». Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проведение сеанса очищения крови методом гемодиализа требует наличие доступа к системе кровообращения больного. Идеальным сосудистым доступом признается такой, который обеспечивает соответствие скорости кровотока, от которого зависит эффективность гемодиализа, доступ который функционирует в течении многих лет и имеет минимум осложнений. В рекомендациях DOQI (1997) Национального Почечного Фонда США говорится: «... Ни один из современных вариантов сосудистого доступа не отвечает этим требованиям в полной мере...» (44) и с этим трудно не согласиться. В настоящее время около 1,5 млн. жителей планеты поддерживают жизнь методом хронического гемодиализа. Именно у них требуется создание хорошего сосудистого доступа, гарантирующего возможность длительного и полноценного очищения крови и, следовательно, максимальных сроков выживания.

Гемодиализ – это процедура, которая позволяет очищать организм пациента с нарушенной работой почек от лишней жидкости и токсинов. При острой или хронической почечной недостаточности почки не способны выводить воду и продукты метаболизма белка - мочевину и креатинин, поддерживать стабильный уровень калия, фосфора. В этом случае необходимо экстракорпоральное, т.е.внепочечное, удаление ненужных веществ. В быту гемодиализ называют "искусственной почкой" или просто диализом. Для подсоединения к искусственной почке необходим сосудистый доступ [1-4].

**Цель исследования.** Повышение качества диализа и улучшение качество жизни пациентов находящихся на хрондиализе.

**Материал и методы исследования.** С этой целью на предплечье руки заранее выполняют небольшое хирургическое вмешательство - формируют артерио-венозную фистулу, это прямое соединение артерии с веной. После операции получают поверхностнорасположенный сосуд с достаточно высокой скоростью тока крови и толстой стенкой. Фистуле необходим срок около 1 месяца, чтобы “созреть”, т.е. сформироваться после полного заживления.

Во время процедуры диализа в фистулу вводят иглу гибкой трубкой, по которой кровь поступает в диализный аппарат. Там происходит удаление токсинов, избыточного количества электролитов и жидкости. После этого кровь возвращают в сосудистое русло больного. Чтобы кровь не сворачивалась и не забила тромбами диализную систему, вводят гепарин. В экстренных случаях, когда нет готового доступа , пациенту устанавливают катетер в крупный сосуд. Гемодиализ делают трижды в неделю, в среднем процедура занимает 4 часа. Всё это время пациент лежит в функциональном кресле, подсоединенный к аппарату; можно читать, смотреть ТВ, спать, слушать музыку. Гемодиализ проводят при остром повреждении почек и при хронической недостаточности. Так как острое повреждение может быть обратимым, то и процедур в этом случае требуется лишь несколько, обычно от 2 до 5 часов. С восстановлением функции почек гемодиализ прекращают. При хронической почечной недостаточности или при остром повреждении с неблагоприятным исходом почки полностью перестают выполнять свои функции. Происходит это из-за гибели почечных клубочков и замещения их рубцовой тканью. В этом случае гемодиализ замещает работу почек и проводится до трансплантации либо смерти пациента.

Существует классификация сосудистых доступов для проведения внепочечного очищения крови, включая программный гемодиализ, которая делит их на временные и постоянные. К временным доступом в последние годы стал метод катетеризации магистральных вен специально одно-двухпросветными катетерами, обеспечивающими забор крови и возврат ее после очищения в диализаторе. Наиболее распространена методика установки катетеров в подключичные вены по методу Сельдингера. На табл №1 Приведены примеры сосудистых доступов на этапах лечения.

Таблица 1

Этап	Тип доступа	Вид локализации и доступа
I	Первичный - временный катетер	Катетер в подключичной, яремной или бедренной вене
II	Вторичная артериовенозная фистула (АВФ)	В верхней трети предплечья или нижней трети плеча
III	Третичный - имплантация аутолены или протеза	Все виды доступов с имплантацией аутолен или сосудистых протезов.

Используется катетеризация бедренных вен и внутренней яремной вены. Катетеры для катетеризации магистральных сосудов выпускаются промышленным способом в виде специальных стерильных наборов в которые входят сами катетеры и дополнительные устройства – струна-проводник, расширители пункционного туннеля, пункционные иглы, скальпель, шовный материал и др., что позволяет проводить манипуляции по обеспечению сосудистого доступа в максимально короткие сроки.

Существуют несколько видов для создания фистул (АВФ) при котором учитываются возрастные, конституционные и нозологические особенности больного, а также степени сохранности периферических сосудов. Для максимальной пролонгации функции первичных сосудистых доступов разработаны правила эксплуатации АВФ, которым медицинский персонал отделения гемодиализа должен быть обучен:

1. По возможности воздержаться от пункции «свежей» фистулы в течение первых 2-3 недель.



2. Строго соблюдать правила асептики и антисептики при пункции фистулы (двух- или трехкратная обработка кожи антисептиком, стерильные перчатки и салфетки, наложение стерильной повязки (наклейки) после окончания гемодиализа.
3. Пункция фистулы не ближе 3 см от места анастомоза.
4. Смена точек пункции в течение последующих сеансов гемодиализа с расстоянием не менее 1 см от предыдущего места вкола.
5. Расстояние между артериальной и венозной иглой не менее 5 см для предотвращения рециркуляции.
6. Пункция вены должны выполняться под углом 45°, что обеспечивает надежный гемостаз после извлечения иглы. После проникновения иглы в просвет вены угол наклона уменьшается для дальнейшего введения иглы по ходу сосуда.
7. После извлечения иглы место пункции прижимается таким образом, чтобы тампон располагался дистальнее точки введения иглы. Кровоток в фистуле при этом должен быть сохранен.
8. Категорически не рекомендуются давящие повязки, особенно на «свежие» фистулы.
9. Артериальная игла (забор крови) должна располагаться по возможности на встречу току крови, венозная (возврат крови). Расстояние между иглами должно составлять не менее 5 см, что предотвращает рециркуляцию и ухудшение качества очищения крови.

**Результаты исследование и их обсуждение.** Соблюдение этих простых правил дает возможность длительной функции первичной АВФ и снижает частоту осложнения как в раннем, так и в отдаленном периоде. Тем не менее, такие осложнения развиваются и работающий в диализном центре, обязан их знать, распознавать и устранять. Как ранние, так и поздние осложнения встречаются нередко и оказывают влияние на сроки и качество жизни пациентов с ХБП. По данным ряда зарубежных авторов, именно осложнения сосудистого доступа являются главной причиной госпитализации диализных больных в стационар для их лечения или формирования нового доступа.

На таблице №2 приведены виды осложнения постоянного сосудистого доступа их причина и лечение осложнения.

Таблица 2

Виды осложнения	Причины осложнения	Лечение осложнения
<i>Ранние осложнения</i>		
Тромбоз- 5% в течении 30 дней	Малый диаметр сосудов, дефекты техники анастомоза, гиперкоагуляция, гипотония	Тромболизис в первые сутки (эффект 75-90%) Тромбэктомия, реанастомоз
Кровотечения из раны 5% в течение 12 часов	Ненадежный гемостаз, прорезание швов при хирургических дефектах, гипокоагуляция, гипертензия, передозировка гепарина	Ревизия раны при перфузном кровотечении. Введение протамина при передозировке гепарина. Снижение АД при гипертензии. Дренаж гематомы и назначение антибиотиков
Раневая инфекция-1% в течении 1 недели	Несоблюдение асептики, нагноение гематомы, хроническая септицемия (катетеры)	Ревизия и дренирования раны при гематоме. Антибиотикотерапия. Перевязка артерии при угрозе арозивного кровотечения
Отек конечности- до 0,5% в течении первой недели	Венозная недостаточность, стеноз подключичной вены, большой сброс крови из артерии	Высокое положение конечности. Снижение артериальной гипертензии Антиагреганты. Ликвидации стеноза проксимальной вены
<i>Поздние осложнения</i>		
Тромбоз – до 16% АВФ в течении года	Стенозирование вен в местах пункций, гипотония, гиперкоагуляция, тугие повязки. Течение васкулита	Тромболизис в первые сутки (эффект до 95%) Тромбэктомия. Реанастомоз
Стеноз – до 30% в течение года	Развивается в венозном анастомозе и местах пункций, при высокой турбулентности	Стентирование Обходное шунтирование Реанастомоз
Аневризма истинная – до 30% в течение 3 лет	Постепенная атрофия интимы, дистрофия мышечной стенки, высокое давление в вене, пункции в одну точку	Сужение артериального анастомоза Иссечение гигантских аневризм Перевязка сосудов и АВФ на другой конечности
Сердечная недостаточность. Развивается при проксимальных фистулах и использовании сосудистых протезов	Перегрузка правых отделов сердца, слабость компенсаторных механизмов ремоделирования миокарда.	Сужение артериального анастомоза на 30-50% просвета. Ликвидация АВФ и имплантация перманентного катетера в яремную вену. Ликвидация АВФ и переход на перитонеальный диализ.

В таблице 3 предоставлена работа диализотерапии в ГУ «ГНЦРиД» за последние 3 года. За 2017 год всего 333 пациента, общее количество гемодиализа составляет 3176(100%) сеансов. По нашим данным при проведении сеансов гемодиализа однопросветным катетером в среднем количестве составляет 4048 (100%) сеансов, было отмечено, что качество эффективности диализотерапии в среднем составляло 30-40%. При проведении диализотерапии у больных с 2-х просветным катетером в среднем составляло 142 сеанса (3,5%) эффективность диализотерапии в среднем составляло 40-50%. При проведении гемодиализа через АВФ в среднем количество гемодиализа составляло 2253 (56%) и эффективность составляло 50-60%. Что позволяет делать выводы об эффективности проведения гемодиализа через АВФ - артериовенозной фистулы.

Год	Кол-во пациен-тов	Кол-во сеансов ге-модиализа	Кол-во диализа одно-просвет-ным катете-ром	Кол-во диализа Двухпросвет-ным катетером	Кол-во диализа артериовенозной фистулой (АВФ)
2017	333	3176 (100%)	1520 (47,9%)	120 (3,8 %)	1536 (48,3 %)
2018	384	3404 (100%)	1820 (53,4 %)	158 (4,6 %)	1426 (41,9%)
2019	420	5565 (100%)	1624 (29,2 %)	146 (2,7%)	3795 (68,1 %)

**Выводы.** Современный режим программного гемодиализа должен обеспечивать комфортное состояние больного и высокое качество жизни (в англоязычной литературе well-being), складывающееся из нескольких составляющих, о которых мы говорили. Это, в первую очередь, достаточная доза диализа, наличие стабильного и неосложненного сосудистого доступа, хорошая переносимость самой процедуры гемодиализа и минимальные реакции на синтетические диализные мембраны. Совокупность всех указанных компонентов является гарантией успеха в длительной жизни пациента за счет комплекса воздействия – искусственного органа и искусства лечения, которым должен владеть работник гемодиализа.

#### Список литературы:

1. Пилотович В. С., Калачик О.В. Хроническая болезнь почек. – 2009. – С. 65-77.
2. Джон Т. Даугирдас, Питер Дж. Блейк, Тодд С. Инг 2003 г 3-е изд. Руководство по гемодиализу.
3. Пилотович В.С., Слизский С.И., Шилай Л.М. Методика наложения артериовенозного шунта для хронического гемодиализа / Хирургия. – 1991. - №7. - С. 68-72.
4. Отчеты ГУ «ГНЦР и Д» за последние 3 года (2017, 2018, 2019).

<sup>1,2</sup>Сафарзода А.М., <sup>1</sup>Сатторов А.М., <sup>1</sup>Бафоева Н.Ю., <sup>1</sup>Рахимова Р.К.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

<sup>1</sup>Государственное учреждение Городской научный центр «Реанимация и детоксикация» (ГУ ГНЦР И Д)

<sup>2</sup>Государственное образовательное учреждение Таджикский государственный медицинский университет (ГОУ ТГМУ). Таджикистан

**Актуальность.** В современной нефрологии большинством ведущих авторов (Смирнов А.В., 2013 г.) признается полиморфизм клинической симптоматики кистозной болезни почек. Кистозное повреждение почек часто выявляется случайно, либо при обращении к врачу по поводу дизурических расстройств, артериальной гипертензией, другие поступают впервые с развернутыми проявлениями хронической почечной недостаточности. Данное обстоятельство связано с отсутствием единой стратегии ведения, лечения, также общепризнанной классификацией. Несмотря на учащения частоты кистозной болезни почек в Республике Таджикистан клинические проявления, течение, характер осложнений остаются не изученными.

**Цель исследования.** Изучить частоту клинической симптоматики кистозной болезни почек у коренных жителей Республики Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 60 больных с кистозным заболеванием почек. Лабораторно и инструментально проведены мониторинг АД, УЗИ почек, проба Реберга, при необходимости компьютерная томография.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам обследования установлено у 29 пациентов (48,3%) мелкие одиночные и двухсторонние кисты размером от 1,0 до 3,0 см, АД 120/80 мм рт.ст, кисты размерами более 4,0 см до 6,0 см, АД 130/90 рт. ст. выявлено у 19 (31,7%), множественные кисты, более 2 в каждой почке размерами от 3,0-7,0 см, АД 140/100 рт.ст. у 12 (20,0%) пациентов. Наиболее частым, клиническим проявлением кистозной болезни почек являлись болевые ощущение в области поясницы 24 (40,0%). Лабораторным и функциональным исследованием выявляется незначительная протеинурия <1,0 г/сут, микрогематурия у 28 (46,7%), мочекислый-оксалотурический диатез –26 (43,3%). Начальные признаки снижения СКФ выявляется у 21 (35,0%), тяжелой у 8 (13,3%), терминальной у 7 (11,7%).

**Выводы.** Кистозная болезнь почек чаще протекает моносимптомно, со скрытым течением основных клинических симптомов. Не редко первично обращается в 3Б-5 стадии хронической болезни почек.

#### Список литературы

1. Левиашвили Ж.Г., Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Синдромы сочетанного поражения почек и других систем. «В»: / Папаян А.В., Савенкова Н.Д. / *Клиническая нефрология детского возраста*. Левша, СПб., 2008: 149–191
2. Арутюнян С.С., Савенкова Н.Д., Ларионова В.И. Аутосомно-доминантный поликистоз почек у взрослых и детей. *Нефрология* 2010;14 (3): 58-68
3. Смирнов А.В. Клиническая диагностика и лечение поликистозной болезни почек. / Смирнов А.В., Добронравов В.А., Кисина А.А., Румянцев А.Ш., Каюков И.Г. / Проект клинических рекомендаций. НИИ нефрологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. *И.П. Павлова* (2013)
4. Grantham JJ. Clinical practice. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *N Engl J Med*. 2008;359:1477–1485.
5. Ecker T, Edelstein CL, Fick-Brosnahan GM, et al. Diuretics versus angiotensin-converting enzyme inhibitors in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Am J Nephrol*. 2001;21:98-103

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА И ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЖКБ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ «Городской научный центр реанимация и детоксикация» ГУ «ГНЦР И Д»  
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет». Таджикистан

**Актуальность.** Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с ЖКБ имеющих сопутствующей заболеванием ишемической болезни сердца (ИБС), подвергшихся некардиальной операции, по-прежнему, представляют нерешенную проблему, которая требует особого внимания в предоперационном периоде и в значительной мере влияет на качество жизни и стоимости лечения. Предоперационный период после обширных вмешательств сопровождается напряжением сердечно-сосудистой системы, что является фактором, неуклонно повышающим частоту осложнений и летальность у больных с ЖКБ имеющих сопутствующей заболеванием ИБС. Полноценное предоперационное обследование может в значительной степени изменить тактику введения больного и улучшить исход оперативного вмешательства [1-4].

**Целью исследования** явилось определение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и выявление пациентов, нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 90 больных прооперированных по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта, в возрасте от 40 до 75 лет, имевших сопутствующее сердечно-сосудистое заболевание ИБС: стенокардия напряжения I-Класса, НКI-Класса, ХСН I-II. В предоперационном периоде оценивали физическое состояние больных по шкале ASA, индекса риска кардиологических осложнений (индекс Гольдмана, 1977г.) а также проводили, оценку функциональных резервов пациента выполняли, эхокардиографию. Премедикация: диазепам внутрь на ночь и утром за 1,5-2 ч до операции 0,14 мг/кг, с последующим внутримышечным введением за 40 мин до общей анестезии в той же дозе, димедрол 0,14 мг/кг и атропин 0,01 мг/кг. Операцию выполняли в условиях тотальной внутривенной анестезии и искусственной вентиляции легких в режиме легкой или норм вентиляции. Для введения в анестезию использовали диазепам 0,12 мг/кг, кетамин 1,45 мг/кг, фентанил 2,7 мкг/кг и миорелаксанты. Для поддержания анестезии-кетамин 1,4 мг/кг,ч при необходимости болюсно вводили 0,07 мг/кг; в качестве анальгетика инфузионно использовали фентанил 6,4 мкг/кг/ч. Длительность операции составляло 6-9 ч. Состояние гемодинамики оценивали по показателям ЧСС, АДс, АДд рассчитывали также АСД, УИ, СИ, ИОПСС по общепринятым формулам. Исследование проводили на 4 этапах: до операции(I), введение в анестезию (II) первые три часа анестезия (III) и анестезия после третьего часа (IV). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «PrimerofBiostatistics 4,03» MSeXcelXP.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Физическое состояние больных соответствовало IКлассу (n=65) IIКлассу (n=25) по шкале ASA. При оценки класса Гольдмана пациенты относились к I(=47), II(n=36), III(n=7), классу риска, прогнозируемый риск развития кардиологических осложнений (инфаркт миокарда, отек легких, нарушение ритма и летальных исхода) составил от 1 до 38% случаев. При выявлении пациентов низкого риска дополнительное обследование не требовалось. Наличие высокого риска развития осложнений ИБС требовало назначения оптимальной терапии и, возможно, решения вопроса об отмене хирургического вмешательства. При выявлении умеренного риска показано проведение неинвазивных нагрузочных проб. Для оценки функциональных возможностей организма применяли индекс функционального статуса (индекс Дюка) корректирующих с потреблением кислорода. Функциональные резервы пациентов оценивали как хорошие и удовлетворительные (4-10 MET). Вид оперативного вмешательства дополнительный риск развития сердечно-сосудистых осложнений. При операциях на органах брюшной полости он составлял 8%. В течение проведения анестезиологического пособия для больных был характерен эукинетический нормодинамический гипертонический тип кровообращения (УИ 38.36 (29.99-44,73) мл/м<sup>2</sup>, СИ 2,64 (2,07-2,86) л/мин.м<sup>2</sup>, ИОПСС 1831.66 (1093,53-2286.106 дин.с.см<sup>5</sup>), у 8 пациентов II класса риска и 5 пациентов IIIКласса риска индекс Гольдмана на III этапе исследования наблюдали снижение АД более 25% от исходных значений в результате уменьшения УИ, СИ или ИОПСС для коррекции гемодинамических нарушений проводили инфузию допамина 2-5 мкг/кг/мин или мезатон 0,3-0,5мкг/кг/мин. При проведении исследования в послеоперационном периоде не отмечено развития кардиологических осложнений.

**Выводы.** Предоперационное обследование, направленное на выявление групп больных высокого риска, позволяет выработать план введения больных в предоперационном периоде, но не дает возможности с достаточной точностью предсказать характер предоперационных осложнений в конкретной клинической ситуации. Несмотря на все новшества в методологии предоперационной оценки риска до сих пор остается в большей мере нерешенной проблемой и требует дальнейшего изучения.

### Список литературы:

1. Прудков М.И. и др. Реабилитация больных желчнокаменной болезнью после минимально инвазивного хирургического лечения. - Екатеринбург, 2001. - С. 36.
2. Светлов В.А., Козлов С.П. // Анестезиология и реаниматология. - 1996. - № 4. - С. 53-62.
3. Харрисон Т.Р. Внутренние болезни. Кн. 5: Болезни сердечно-сосудистой системы. — М.: Медицина, 1995.
4. Zacks S.L., Sandler R.S., Rutledge R., Brown R.S. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. – Am. J. Gastroenterol. – 2002. - V.97. - P. 334-340.

*Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Холов Д.М.*  
**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

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

**Актуальность.** В связи с анатомо-физиологическими особенностями расположения 12-перстной кишки (ДПК) и отсутствием чётких симптомов при её разрыве, особенно забрюшинной части, диагностическая ошибка наблюдаются до 30 % случаев [1,2,3,5]. Большинство авторов считают, что лечение закрытых повреждений ДПК, независимо от сроков получения травмы, только оперативное [1,2]. Однако высоким остаётся частота послеоперационных осложнений (от 25% до 72,5%). При этом послеоперационная летальность составляет от 30,5 до 80% случаев. Особенно при развитии забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100% [1,2,3,4,5].

**Цель исследования.** Улучшение результатов комплексного хирургического лечения при разрывах ДПК и его осложнений у детей.

**Материал и методы исследования.** Мы подвергли анализу результаты лечения 9 детей с разрывами ДПК и его осложнений, которые были госпитализированы в отделение детской гнойно-септической хирургии ГУ национального медицинского центра республики Таджикистан. Возраст детей колебался от 4-х до 14 лет. Девочек было 3(33,3%), мальчиков-6(66,7%). Основными причинами разрыва ДПК была тупая травма в области живота на уровне выше пупка. У 5(55,6%) детей причиной разрыва ДПК был удар руля велосипеда при падении с неё, у 2(22,2%) девочки удар качели в области живота, у 2(22,2%) падение с высоты. 4(44,4%) больных были доставлены первично в ГУ "НМЦРТ" от момента получения травмы. Из них 2(22,2%) больных доставлены на вторые сутки, 2(22,2%) на третьи. 5(55,6%) больных были переведены из других медицинских учреждений республики на сроки от 5 до 18 суток после безуспешных оперативных вмешательств. У 2(22,2%) больных разрыв ДПК осложнялся разлитым перитонитом, у 5(55,6%) общим перитонитом. У 1(11,1%) больного обнаружена обширная забрюшинная флегмона без перитонита, у 1(11,1%) забрюшинная флегмона с разлитым перитонитом.

Основными жалобами первично поступивших больных были боль в животе в области выше пупка, вздутие живота, рвота, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, недомогание, плохой аппетит, бледность, вялость. Больные находились в вынужденном положении в постели, на правом боку с согнутыми конечностями. На УЗИ отмечалось скопление жидкости в малом тазу и инфильтрация в забрюшинном пространстве. При обзорной рентгенографии в положении стоя только у 3(33,3%) больных обнаружен свободный воздух под куполами диафрагмы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По нарастанию симптомов раздражения брюшины с диагнозом перитонит дети, которые были госпитализированы первично в клинику детской хирургии ГУ "НМЦРТ" были оперированы. При лапаротомии срединным разрезом был установлен картина смешанного перитонита. При ревизии у этих больных был установлен разрыв ДПК в области её нисходящей ветви. Участок разрывов был ушит двухрядными швами в поперечном направлении с предварительным проведением назогастроинтестинального зонда в тощую кишку. К линиям швов подводился сальник и фиксировался швами. Второй зонд проводился в желудок. Брюшная полость тщательно санировалась и промывалась антисептическими растворами (декасаном и метрогилом). Затем производилось дренирование дуоденальной зоны через отверстие Винслоу из разреза в поясничной области. Также дренажи проводились в другие отлогие места брюшной полости из отдельных разрезов в подвздошных областях. Зонд из желудка удалён на 7-ой день после восстановления пассажа кишечника. Зонд из просвета тощей кишки удалён на 12-е сутки. Кормление через рот начато после удаления зонда из желудка. Рацион первоначального питания состоял из концентрированного бульона, молочной смеси "Нутрилон", каши и кипяченной воды. Объем энтерального питания подбирался с учётом возраста детей. Осложнений в послеоперационном периоде не было. У всех первично поступивших больных швы на ДПК зажили первично без осложнений.

Больные, которые были переведены из других медучреждений после безуспешных операций, также были оперированы. Четырём (44,4%) больным были произведены оперативные вмешательства по отключению ДПК с гастроэнтероанастомозом и межкишечным соустьем. Из них у двоих (22,2%) больных произошла несостоятельность швов ран ДПК, которые проявлялись выхождением содержимого кишечника из дренажей дуоденальной зоны. Но благодаря ежедневному промыванию дренажей антисептическими растворами налаживанию особого ухода за больным и комплексной терапии удалось достичь выздоровления.

Приводим пример: Больной М., 2010 года рождения, упал с велосипеда и получил травму в области выше пупка. Спустя 18 часов он был доставлен в областную больницу и с диагнозом "Разлитой перитонит", произведена срединная лапаротомия. Обнаружен смешанный общий перитонит, разрыв ДПК в области перехода нисходящей части в горизонтальную, а также разрыв восходящего отдела толстой кишки. Произведено ушивание места разрыва ДПК в поперечном направлении двухрядными узловыми швами, гемиколэктомия с илеотрансверзанастомозом, декомпрессия тощей кишки назоинтестинальным зондом, санация и дренирование брюшной полости из разрезов в подвздошных областях. Назначена комплексная интенсивно-корректирующая и антибактериальная терапия. На 5-е сутки послеоперационного периода наблюдалось выхождение кишечного содержимого из дренажных трубок. Произведена релапаротомия, на которой обнаружена несостоятельность швов ДПК, произведено повторное ушивание дефекта ДПК и дренирование брюшной полости.

На 4-е сутки после релапаротомии снова отмечалось выхождение кишечного содержимого из дренажей. Спустя 4 суток больной в крайне тяжелом состоянии был доставлен в ГОУ "НМЦРТ" клинику детской хирургии. Больной госпитализирован в отделение реанимации. Отмечались признаки истощения и выраженной интоксикации. Больной постоянно беспокоен, наблюдалось постоянное чувство жажды и голода. Дефицит веса составлял более

50%. Из всех дренажей брюшной полости отмечалось обильное выхождение кишечного содержимого с гноем. Лабораторно диагностированы гипокоагуляция, гипокалиемия, гипоальбуминемия, анемия. В анализах мочи обнаружены сплошь лейкоциты и белки 0,099%.

Больному проведена предоперационная терапия в течение 12 часов. После чего произведена релапаротомия, при которой обнаружена картина запущенного общего смешанного перитонита, а также забрюшинная флегмона. Все петли кишечника спаяны между собой и покрыты слоем фибрина. Вся серозная оболочка впитана желчью. При ревизии обнаружено полное расхождение швов раны ДПК и несостоятельность илеотрансверзанастомоза. После разъединения спаек и ушивания раны ДПК, с целью отключения последней, произведено закрытие привратника из полости желудка путём проведения кисетного шва через слизисто-мышечные слои хромированным кетгутом, а также наложен гастроэнтероанастомоз на свободной петле тощей кишки с Браунским межкишечным соустьем. Толстая кишка на уровне поперечно ободочной заглушена. Конец тонкой кишки выведен в виде одностольной энтеростомы через боковую стенку живота справа. Операция закончилась тщательной санацией брюшной полости и дренированием дуоденальной зоны через поясницу и других отлогих мест брюшной полости. В ходе лечения произошло восстановление пассажа кишечника. Начала функционировать стома. Но, однако, на 5-е сутки произошла несостоятельность швов ДПК, которая проявлялась выхождением желчи из дренажей. В связи с чем проводилось ежедневное фракционное промывание дренажных трубок антисептическими растворами и продолжалось интенсивно-корректирующее и мощное антибактериальное лечение. Антибиотики подбирались из группы карбепенемов. В результате долгого скрупулезного ухода и лечения свищ ДПК закрылся самостоятельно, перитонит ликвидировался, дренажи удалены на 25-е сутки. Больной набирает вес и продолжается лечение в условиях стационара.

В одном (11,1%) случае самостоятельное закрытие свища ДПК удалось достичь без её отключения. Первоначально у этого больного при лапаротомии в условиях ЦРБ разрыв ДПК не был диагностирован. Нами произведена релапаротомия и дренирование забрюшинной флегмоны через поясницу. Свищ закрылся на 25 день после операции.

**Выводы.** 1. При раннем поступлении больных с разрывом ДПК, наиболее эффективным методом лечения является ушивание разрыва ДПК двухрядными узловыми швами после проведения назоинтестинального зонда.

2) В случае позднего поступления детей с разрывом ДПК наиболее приемлемым считается ушивание разрыва ДПК с его отключением путём наложения гастроэнтероанастомоза и Браунского соустья.

3) При тотальной флегмоне забрюшинного пространства предпочтение отдаётся широкому дренированию забрюшинного пространства через поясницу с последующим их фракционным промыванием антисептическими растворами.

#### **Список литературы.**

1. Тошовски В. Острые процессы в брюшной полости у детей / Авиценум. -1987, - Прага, стр. 373-377.
2. Карасильников Д.М. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях двенадцатиперстной кишки / Карасильников Д.М., Миннулин М.М., Николаев Я.Ю. // Ж. Хирургия онкологии, - 2013, - №2 (67), С. 42-45.
3. Видеолапароскопия при закрытых и открытых травмах живота / С.А. Касумьян [и др.] // Ж. Эндоскопическая хирургия. -2004, - № 1, С. 77.
4. Михайлов А.П. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, Б.В. Сигуа // Вестник хирургии. -2006. -165, - №3, -С.106-109.
5. Иоскевич Н.Н. Повреждения двенадцатиперстной кишки, вопросы диагностики и хирургического лечения / Н.Н. Иоскевич // Ж. Горденского медицинского университета. - 2018. -Т-16. - №5. - С. 615-321.

*Сафаров Д.М., Ниёзов М.М.*

### **НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОХА VARA У ДЕТЕЙ**

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

**Актуальность.** Несмотря на широкое распространение соха vara (варусная деформация шейки бедра) у детей, обобщающее исследование по особенностям его течения и методов лечения, а также среди ученых нет единого мнения о сроках оперативного лечения, что определяет актуальность настоящего исследования.

**Цель исследования.** Изучение эффективности хирургического лечения соха vara у детей.

**Материал и методы исследования.** В основу наших наблюдений положен анализ данных 17 больных с диспластический и постравматический соха vara-ой в возрасте от 5 до 13 лет. Наибольшее число больных отмечены у мальчиков - 12 (70,6%), девочки – 5 (29,4%).

При обследовании больных использовали анамнестические данные, результаты клинического осмотра и рентгенологического исследования до и после операции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При обследовании больных двустороннее поражение отмечено в 4 (23,5%) случаях. Одностороннее поражения отмечено у 13 (76,5%) больных. Из них левостороннее поражение отмечено - у 8 (61,5%) случаев, правостороннее у – 5 (38,5%) пациентов.

При клиническом осмотре обращали внимание положение большого вертела, ограничение отведение в тазобедренном суставе. При одностороннем поражении величина укорочения варьировала от 2 до 5 и более сантиметров. При рентгенологическом исследовании основное внимание обратились на значение шеечно-диафизарного угла, при этом всегда отмечалось уменьшение ее ниже 90°. А также по данным рентгенологического исследования определили положение зона роста. При этом зона роста проксимального конца бедренной кости во всех случаях находилось вертикальном положении.

До обращения в клинику у одного больного с соха vara отмечено после неправильного сращения перелома шейки левого бедра, у другого больного после перенесенного гематогенного остеомиелита проксимального конца

левой бедренной кости. У третьего больного соха vara отмечено после операции по поводу врожденного вывиха бедра.

Всем больным произведено оперативная лечения. Она заключалась межвертельной валгизирующей остеотомией бедренной кости, фиксацией Г-образной пластинкой. В послеоперационном периоде больным проведена реабилитация. Для определения результатов лечения в динамики сделаны рентгеновские снимки. У всех больных восстановлены шеечно-диафизарного угла от 110° до 125°, при этом у больных отмечено улучшение функции тазобедренных суставов.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о важном значении коррекции шеечно-диафизарного угла с целью обеспечения нормального функционирования тазобедренного сустава у больных с варусной деформации шейки бедра.

#### **Список литературы**

1. Особенности клиники, диагностики и тактики лечения варусной деформации шейки бедра у детей / Джалилов А.Г., Каримов Ж.Н., Джононов Ш.П., Акбарова Н.П. // Травма. 2012. Т. 13. №1. С. 133-134.
2. Соха-vara всегда ли необходима операция? / Королков А.И., Рахман П.М., Громов А.Б. / Ежегодная научно-практическая конференция по актуальным вопросам травматологии и ортопедии детского возраста «Турнеровские чтения» Сборник статей. 2019. С. 184-187.
3. Roberts D.W., Saglam Y., De La Rocha A., Fraguillo B. N., Tulchin-Francis K., Kim H. K.W. / Long-term Outcomes of Operative and Treatment of Congenital Coxa Vara // J Pediatr Orthop. 2018 Apr; 38(4): P. 193-201.
4. Sabharwal S, Mittal R. Cox G. Percutaneous triplanar femoral osteotomy correction for developmental coxa vara: a new technique. // J Pediatr Orthop. 2005; 25: P. 28-33.

*Сафаров А.С., Зарифов Х.З., Гуломов Ф.М.*

### **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ФОРМ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

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

**Актуальность.** Аппендикулярный перитонит остаётся одним из наиболее тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний детского возраста: особенно при поздних поступлениях больных детей, когда развиваются различные осложнения в виде абсцесса, конгломерата с непроходимостью кишечника и абдоминального сепсиса; что стало причиной введения термина абсцедирующий перитонит у детей. (В.Г. Цуман с соавт 2005; М.Б. Юдин с соавт; 1998; Шамсиев Ж.А, 2003; Карасева О. В. 2006гг).

В этой связи наиболее спорными остаётся вопросы диагностики и тактики хирургического лечения, различных форм абсцедирующего перитонита у детей, особенно при сформированных внутрибрюшных абсцессах у детей (Рошаль Н.М; Карасева О.В.-2006).

**Цель исследования.** Разработать тактику хирургического лечения различных форм абсцедирующего перитонитов у детей.

**Материал и методы исследования.** Мы проанализировали результаты диагностики и лечения 1232 больных, поступивших в клинику детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, расположенную на базе ГУН МЦ РТ, за 5 лет с 1914 по 1919гг; по поводу острого аппендицита и его осложнений. Возраст детей колебался от одного года до 15 лет. Благодаря проведению динамического наблюдения и при необходимости лапароскопии у 318(25,8%) детей диагноз острый аппендицит был исключен, у оставшихся 914 (74%,2%) больных детей во время лапаротомии и лапароскопии были установлены различные формы острого аппендицита, в том числе катаральный 59%(6,6%); флегмонозный 777 (78,3%); гангренозный 78 (8,7%). Среди них, у 341 (37,3%) больного ребенка установлены различные формы аппендикулярного перитонита. Из 341 больного ребенка местные формы перитонита были установлены у 188 (55,1%) больных диффузный, у 70 (20,5%); разлитой у 45 (13,3%); общий у 38 (11,1%). Среди них абсцедирующая формы перитонита установлено у 104 (30,5%) случаях.

В своей работе мы придерживались наиболее часто принимаемой классификации перитонита, предложенной Маятом 1972г и считаем, что любые из этих форм перитонита, в основе которых лежат основные показатели течения процесса, объем поражения брюшной полости; перитониты могут быть свободными и абсцедирующими; течение которых зависит от реактивного организма, возраста и вида инфекции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 188 больных детей с местными перитонитами в 7 (3,7%) случаях имел место аппендикулярный абсцесс, именуемый абсцедирующей формой, одну из стенки которого составляла брюшная стенка.

Этим больным, применялось хирургическая тактика, которая заключалась в дренировании этих абсцессов с наружи по общепринятой методике.

В остальных случаях наблюдался местный ограниченные перитонит с рыхлыми спайками именуемыми некоторыми авторами преаппендикулярных абсцессов I-II, наблюдавшиеся у 78 (41,5%); местный неограниченный – именуемый свободным у 103 (56,9%) больных детей.

Тактика хирургического лечения этих групп больных состояла из поперечного или косога лапаротомного доступа по Волковичу-Дьяконову над процессом с бережным разведением рыхлых спаек, аппендэктомия санация с дренированием брюшной полости из сближающихся точек.

При распространенных формах (диффузный, разлитой и общий) перитонитов у 153 (44,7%) больных из 341 обнаружены сочетанные абсцедируемые и инфильтраты, создавшие вторичную частичную и полную непроходимость кишечника.

Лапаротомия в случаях разлитого и общего перитонитов складывалась из средней лапаротомии, разведением спаек, инфильтратов и межкишечных абсцессов; аппендэктомия - с резекцией пораженного сальника. Особое внимание придавалось оценке тяжести стенки кишечника после его освобождения от абсцессов и инфильтратов.

В случаях тяжелой инфильтрации стенки кишки, ее дилатации и обширной десоризации у 38(11,1%) больных, декомпрессия кишечника осуществлялась секостомией с дренированием просвета кишки полиэтиленовой трубкой с боковыми отверстиями.

Следует отметить, что при очень позднем поступлении больных, особенно из дальних районов, позднее 10-и суток, когда длительный гнойный процесс привёл к отложению толстых слоев фибрина и сращению петель кишки между собой подобно плащу, то невозможно их разъединение обычными способами, в этом случае мы применяем смесь левомекол + химотрипсина + 0,5% новокаина и гидрокортизона Рихтера.

В 5 случаях при распространенных формах перитонитов при позднем поступлении больных имели место внутрибрюшные абсцессы, не имеющие близости к передней брюшной стенке.

Из них тазовое расположение - 3; медиальное - 1; подпеченочное - 1.

Тактика хирургического лечения этих больных, складывалась из всестороннего обкладывания тампонами, смоченными антисептиком, вскрытия стенки на самом безопасном участке, санация и по возможности необычного удаления отростка и дренирование его самым коротким путём, полихлорвиниловой трубкой с сигарами. Из них в 3-х случаях удалось удалить червеобразный отросток необычными способами.

Необходимо отметить, что благодаря поэтапно проведенному комплексу интенсивной корригирующей терапии, начиная с предоперационного периода во время операции и продолжающейся в послеоперационном периоде с налаживанием особого ухода за ними удалось достигнуть положительных результатов лечения.

Летальный исход наблюдался в одном случае (0,3%) у больного, которому не была произведена аппендэктомия при невозможности ее удаления, аппендэктомия производилась спустя 6 месяцев.

#### **Выводы:**

1. С целью разработки тактики хирургического лечения абсцедирующих форм аппендикулярных перитонитов мы также считаем необходимым вести в классификацию перитонитов слова: абсцедирование, особенно при внутрибрюшных абсцессах.
2. В случаях поздних поступлений больных с формированием множества абсцедирования и швартев, с целью разведения и предотвращения массивных повреждений стенки кишечника, надо использовать смесь левомекола+ гидрокортизона, химотрипсина и новокаина.
3. С целью предотвращения повторных операций и ликвидации источника инфекции, необходимо использовать все приемы для безопасного удаления аппендикса.

#### **Список литературы.**

1. Лосева А.А. «Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей». / А.А.Лосева // Учебное пособие по детской хирургии. Одесса -2009. - С. 34-51.
2. Рошаль Н.М. Каравеева О.В. – 2006 ст250 ст.
3. Цумань В.Г. Машков А.С. Гнойно – септические осложнения при острых хирургических заболеваниях у детей./ В.Г. Цумань., А.С. Машков. Москва. «Медицина». - 2005г. - с. 88-167.
4. Я.Б Юдин. Прокопенко К.К. Федоров Г.А. Жабинская. «Острый аппендицит у детей». / Я.Б Юдин. К.К. Прокопенко., Федоров Г.А. Жабинская. 1998 ст.253

*Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Махмаджанов Д.М.*

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СЕГМЕНТАРНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ**

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

**Актуальность.** На фоне аномалий развития мочевыделительной системы возникающий хронический обструктивный пиелонефрит занимает одно из ведущих мест в структуре уронефрологических заболеваний детского возраста [1,4]. Актуальность проблемы заключается не только в полиморфности видов обструкции, но и в нередких их осложнениях, таких, как хроническая почечная недостаточность (ХПН), сморщивание почки, потеря функции органа. Наиболее часто в структуре обструктивных уропатий встречаются такие заболевания, как гидронефроз, уретерогидронефроз, склероз шейки мочевого пузыря (СШМП), нейрогенный мочевой пузырь и пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) [2,3].

Известны многочисленные способы хирургического лечения обструктивных уропатий. Выбор метода оперативного лечения во многом определяется степенью нарушений структурных и функциональных изменений мочевого пузыря, мочеточника и почек, а также возрастом ребенка [1,3,5].

Комплексная оценка и предоперационная подготовка детей с врожденными пороками мочевыделительной системы имеет свои возрастные особенности, без учета которых нельзя добиться результатов в исходе хирургического лечения.

**Цель исследования.** Оптимизировать результаты хирургического лечения сегментарной дисплазии мочеточников (СДМ) у детей.

**Материал и методы исследования.** За период с 2017 по 2020 гг. в отделение детской урологии, в клинику детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦ РТ был госпитализировано 31(100%) ребенок с врожденным гидронефрозом и уретерогидронефрозом, причинами которых являлись дисплазии лоханочно-мочеточникового сегмента у 12 (38,7%) и дисплазия пузырного сегмента мочеточника у 19 (61,3%) больных, в возрасте с 1 года до 5 лет было 10 (32,5%), с 6 до 10 лет - 16 (51,6%) и от 11 до 15 лет - 5 (16,2%) детей.



Характерной особенностью детей с патологией мочеточников являлась выраженность клинической картины с отягощающим сомато- неврологическим фоном, а также с генерализованностью воспалительного процесса, иммунодефицитного состояния и повышения азотемии, поэтому проявлен особый подход к методам диагностики и предоперационной подготовки. С первых суток госпитализации с учетом нарушения гомеостаза начата комплексная витаминно и инфузионно-корректирующая терапия с применением антибиотиков, спазмолитиков, обезболивающих, десенсибилизирующих, гормонопрепаратов, препаратов, снижающих азотемию, и уросептиков.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Предоперационная подготовка длилась от 6 до 10 дней. Производились реконструктивно-восстановительные операции на прилоханочном сегменте по Ян-Кучеру у 8 (25,8%) больных, перемещение aberrантного сосуда на лоскуте по методу клиники у 2-х (6,5%) больных. При патологии пузырно-мочеточникового сегменте- неоцистоуретероанастомоза по Политано-Ледбеттеру у 5 (16,2%) больных, по методу Коэну у 6 (19,3%) больных, с антирефлюксной защитой по Грегуару у-3(9,7%) больных, у-5(16,2%) больных неоцистоуретероанастомоз был выполнен по методу клиники. У 2-х (6,5%) больных, учитывая, что ХПН в терминальной стадии, с повешенной азотемией, уретерогидронефроз - 5 (16,2%) степени, с целью предоперационной подготовки и деблокады почки была выполнена уретерокутанеостомия дистальной части мочеточников, которым через 6-8 месяцев было выполнено реконструктивно-восстановительное оперативное лечение по методу Политано-Леадбеттера. У 5-и (16,2%) больных было интраоперационное внутреннее дренирование стендом, 6 (19,3%) больным чашечно-лоханочная система и верхняя трети мочеточника были дренированы двумя катетерами, а у 20-и (64,5%) больных дренирование почки было выполнено по методу клиники. Послеоперационный период протекал гладко, продолжалась инфузионно-корректирующая терапия, раны зажили первичным натяжением, швы были удалены на 7-8 сутки, интубационные дренажные трубки удалены на 12-14 сутки, дети были выписаны в удовлетворительном состоянии на 12-18 день.

**Вывод.** Таким образом, дифференцированный подход и после подготовка к проведению реконструктивно-восстановительных операций на фоне комплексной инфузионно-корректирующей терапии обеспечивают хороший результат лечения при сегментарной дисплазии мочеточников у детей.

#### Список литературы.

1. Азизов А.А. Оиди ихтироъ ва кашфиёт дар шўъбаи урологияи кўдаконаи МД ММТ ҚТ / Азизов А.А., Займудинов Б.М., Сафедов Ф.Х., Н.С. Шаханов., М.А. Сатторв // Маҷаллаи Авҷи Зухал - 2015. - №2, - С. 11-16.
2. Пулатов А.Т. О реконструктивно-восстановительных операциях при мегауретере с вторичными камнями. / А.Т. Пулатов, А.А.Азизов, А.А. Мансуров. // Материалы V пленума Всесоюзного научного общества урологов. – Ленинград. – 1981. – С. 39–40.
3. Пугачев А.Г. Отдаленные результаты оперативного лечения нейромышечной дисплазии мочеточников у детей. / А.Г. Пугачев, Ю.В. Кудрявцев, В.Д. Вороновский. // Урология. – 2003. – № 6. – С. 58 – 64.
4. Чумаков И.П. Хирургическое лечение рецидивного и ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. / И.П. Чумаков. Детская хирургия. – 2005. – 1. – С. 18 – 21.
5. Ческис А.Л., Виноградов В.И., Тульцев А.И., Буйвалова Т.С. Повторные реконструктивные операции при мегауретере у детей. / А.Л. Ческис, В.И. Виноградов, А.И. Тульцев, Т.С. Буйвалова // Материалы V пленума Всесоюзного научного общества урологов. – Ленинград. – 1981. – С. 62 – 63.

*Саъдуллоев Ф.С., Одинаев Х.С., Абдурахмонов А.А., Усмонов Б.Н.*

### НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** По литературным данным мочекаменная болезнь занимает второе место по распространенности после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей, и имеет тенденцию к неуклонному росту. В настоящее время заболеваемость в мире этой нозологией достигает 5-6%. В России, по данным Аполихина О.И. с соавт., в период с 2002 по 2009 гг. абсолютное число зарегистрированных больных мочекаменной болезнью увеличилось на 17,3% [1]. При этом среди больных нефролитиазом крупные и коралловидные камни диагностируются у 10-30% пациентов. Кроме того, в 35-75% уролитиаз носит рецидивирующий характер, в результате чего приходится выполнять повторные вмешательства, которые в 22-28% приводят к различным осложнениям, в 11% заканчиваются нефрэктомией, а в некоторых случаях, – летальным исходом [2].

Выбор метода оперативного лечения таких камней зависит от многих факторов: размера камня, их количества, расположения, конфигурации и плотности камней, степени обструкции и выраженности воспалительных изменений верхних мочевых путей, функционального показателя почечной паренхимы, наличия и выраженности сопутствующих заболеваний. В зависимости от этих и других факторов могут выполняться различные методы оперативных вмешательств, начиная с дистанционных, эндоскопических и малоинвазивных методик, заканчивая открытыми, травматичными операциями, вплоть до нефрэктомии [3,4,5].

В течение последнего десятилетия, согласно рекомендациям, Европейской и Американской урологических ассоциаций, перкутанная нефролитотомия прочно зарекомендовала себя в лечении крупных и коралловидных камней почек, обеспечивая клиническую эффективность в 68-99% наблюдений [3,4]. Однако сама технология выполнения перкутанного доступа в чашечно-лоханочную систему несет в себе потенциальный риск развития гнойно-воспалительных (14-36%) и других жизненно опасных осложнений, таких как кровотечение (3-16%), повреждение соседних органов и структур (1-3%), ранение плевральной полости (4-8%) [4,5]. Учитывая, что по результатам литературы имеется довольно широкий диапазон значений таких показателей, как полнота удаления камней и процент осложнений в послеоперационном периоде, в данной статье мы проанализировали собственный первый опыт выполнения чрескожной пункционной нефролитотрипсии у пациентов с камнями почек за период с 2018 по 2020 гг.

**Цель исследования:** изучение эффективности чрескожной пункционной нефролитотрипсии (ЧПНЛ).

**Материалы и методы исследования.** Материалом послужили клинические данные больных, находившихся на лечении в отделении эндоурологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» в период с 2018 по 2020 гг. Проведен анализ лечения 20 больных, у которых по данным комплексного обследования были выявлены камни почек. Всем пациентам перед началом лечения было проведено комплексное клиническое обследование по традиционной схеме, принятой для диагностики мочекаменной болезни (жалобы, сбор анамнеза, физикальный осмотр, клиничко-лабораторные исследования, ультразвуковое, рентгенологическое исследование, бактериологические методы диагностики). Основное внимание уделяли размеру, количеству и форме конкрементов, их расположению в полостной системе почки, степени выраженности воспалительного процесса, наличию и степени выраженности гидронефроза, поскольку именно эти факторы являются ведущими при выборе метода лечения. Возраст пациентов варьировал от 18 до 53 лет, медиана составила 35 год. Средний размера камня составила от 2 до 4 см. По данным бактериологического исследования мочи на предоперационном этапе бактериурия была выявлена у 5 пациентов.

Все процедуры ЧПНЛ выполнены двумя хирургами под эндотрахеальным наркозом в положении больного на животе после предварительной катетеризации мочеточника на стороне операции. Доступ к полостной системе почки осуществлялся после изучения локализации и размеров камня, анатомии чашечно-лоханочной системы, иглой Shiba 18G под сочетанным ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Дилатация пункционного хода осуществлялась при помощи дилататоров Amplatz с последующей установкой кожуха Amplatz 26-30 Ch. Для дефрагментации конкрементов использовался пневматический литотриптер Karl Storz Calculusplit. Оперативное вмешательство завершалось установкой нефростомического дренажа 18-20 Ch. Уретральный катетер 16-20 Ch и мочеточниковый катетер 4-5 Ch удалялись минимум через 2 суток после операции.

В ближайшем послеоперационном периоде всем пациентам выполнялись ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства, обзорная урография, и 3-х пациентов антеградная пиелоуретерография.

**Результаты исследования и их обсуждения.** За период с 2018 по 2020 гг. в ГУ «РНКЦ Урологии» было выполнено 20 чрескожная пункционная нефролитотрипсия камней почек. Следует отметить, что в нашем центре ежегодно увеличивается количество выполняемых эндоурологических вмешательств. На момент выписки пациентов из стационара у всех пациентов отсутствовали клинически значимые фрагменты камней. У 16 больных оперативное вмешательство было выполнено через один пункционный доступ. Средняя продолжительность операции составила 120±30,5 минут. Интраоперационные кровотечения были отмечены у 2 пациентов, которое удалось остановить установкой нефростомической трубки катетером Фоле с нажатием область почки. Продолжительность переживания в стационар составила 7 (5-9) койко-дней. Внедрение новых технологий коренным образом изменило подходы к оперативному лечению пациентов с камнями почек, что за последние два десятилетия привело к резкому сокращению количества выполняемых открытых операций у пациентов, страдающих мочекаменной болезнью. В настоящее время согласно данным мировых центров, имеющих оборудование, специальные знания и опыт выполнения хирургических вмешательств по поводу крупных и коралловидных камней почек, открытая операция требуется в 1,0 – 5,4% всех наблюдений. В развитых странах открытые операции составляют примерно 1,5% от общего числа выполняемых оперативных вмешательств по поводу мочекаменной болезни. В настоящее время крайне актуален вопрос выполнения дополнительных доступов при удалении почечных камней, поскольку главная цель лечения камней почек – это его полное удаление. Это важно в отношении ликвидации обструкции, эрадикации причинного возбудителя инфекции мочевых путей, а также предупреждения дальнейшего роста камня и профилактики рецидива камнеобразования. Инфекционные осложнения в послеоперационном периоде – не менее важная проблема современной эндоурологии. Высокий процент инфекционных осложнений связан, прежде всего, с нецелесообразным и неправильным назначением антибактериальных препаратов у пациентов с осложненным течением мочекаменной болезни и наличием дренажных систем в мочевых путях, некорректной подготовкой этих пациентов на дооперационном этапе, высоким процентом поступления больных с рецидивом нефролитиаза и наличием полирезистентных возбудителей в верхних мочевых путях, а также с особенностями выполнения перкутанной нефролитотомии (повышение внутрилоханочного давления во время нефроскопии, длительность оперативного вмешательства, несовершенство ирригационной системы). Все вышеизложенное приводит к инфекционно-воспалительным и гнойно-септическим осложнениям в раннем и позднем послеоперационном периодах. В нашем исследовании 2 больным потребовались экстренные вмешательства по поводу кровотечения и не возможность пункции полостной системы почек, из-за анатомической особенности, которым произведена открытая традиционная пиелонефролитотомия с нефростомии.

**Выводы:** чрескожная пункционная нефролитотрипсия по праву считается «золотым стандартом» в лечении камней почек с эффективностью около 70%, позволяет сократить длительность операции и период послеоперационного восстановления, уменьшить кровопотерю и длительность переживания в стационар.

#### **Список литературы:**

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А., Зайцевская Е.В. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной статистики. // Экспериментальная и клиническая урология. 2011. N 1. С. 4-10.
2. Меринов Д.С. Возможности трансуретральных вмешательств в лечении крупных и коралловидных камней почек // Урология сегодня. 2011. N 1. С. 11.
3. De la Rosette J, Assimos D, Desai M, Gutierrez J, Lingeman J, Scarpa R, Tefekli A. The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy Global study: indications, complications, and outcomes in 5803 patients. // J Endourol. 2011. Vol. 25, N 1. P. 11-17.
4. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» / Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Руднов В.А., Сняжкова Л.А. // Российские национальные рекомендации. М., 2014.
5. Grabe M, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Cek M, Naber KG, Pickard RS, Tenke P, Wagenlehner F, Wulft B. Guidelines on urological infections. European Urological Association. 2011. 112 p.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ-АНГИОПРОТЕКТОРОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии<sup>1</sup>ГУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино<sup>2</sup> Таджикистан

**Актуальность.** Хронические облитерирующие поражения артерий нижних конечностей встречаются у 2-3% населения и составляют 20% от общего числа больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Причиной поражения периферических сосудов у 70-80% является атеросклероз [3,4].

Распространенность ишемии нижних конечностей среди населения старше 50 лет при наличии таких факторов риска как гиперлипидемия, курение, артериальная гипертензия и сахарной диабета достигает 30% [2]. По данным трансатлантического консенсуса (TASC) в настоящее время около 90% ампутаций нижних конечностей во всем мире выполняются по поводу критической ишемии нижних конечностей (КИНК). В течение первого года с момента установления диагноза критической ишемии 25% больных нуждаются в высокой ампутации конечности (TASC). Летальность у больных с КИНК в первый год составляет около 20% и через пять лет 40%-70%[5]. Хирургическое лечение поражения периферических сосудов на сегодняшний день значительно усовершенствовано. Внедрение ангиопластики и стентирования в сосудистой хирургии открыло новые возможности в лечении атеросклеротических и диабетических поражений дистальных артериальных сегментов. Нестандартные, атипичные методы улучшения кровотока в конечности, путём артериализации истоков подколенных вен, остеотрепанация и резекция трубчатых костей, также не смогли окончательно решить проблему дистального поражения сосудов.

Результаты же клеточной терапии с использованием собственных стволовых клеток находятся на стадиях изучения.

Вместе с тем результаты хирургического лечения КИНК и по сей день оставляют желать лучшего: эффект от него наблюдается лишь у 45% пациентов, до 20% пациентов погибают и у 35% выполняются "большие" ампутации. Большие ампутации сопровождаются достаточно высокой летальностью: до 15% при ампутациях ниже коленного сустава, и до 40% - при ампутациях выше коленного сустава. Примерно у 30% больных с хронической критической ишемией выполнение реконструктивной операции невозможно из-за распространенного поражения артерий конечности. Все это заставляет искать новые пути улучшения различных методов лечения больных, которым оперативное лечение противопоказано [2,4].

Таким образом, несмотря на значительные успехи сосудистой хирургии, до сих пор не утрачивается актуальность применения консервативных методов лечения КИНК, сохраняется необходимость их максимального совершенствования. Последние годы большинство авторов вновь пересматривают и широко применяют консервативные методы лечения с учётом появления ангиопротекторов нового поколения, генной инженерии. В настоящее время наиболее эффективными средствами для лечения ХКИНК считаются препараты простагландина E1, позиционируемые как единственная альтернатива ампутации при отсутствии возможности хирургической [1,3].

Таким образом, при высокой частоте неудовлетворительных результатов хирургического лечения и раннего рецидива критической ишемии появление вазопротекторов нового поколения вновь возродили надежду на консервативную терапию пораженных периферических сосудов.

**Цель исследования.** Оценка эффективности применения препараты ангиопротекторов нового поколения у неоперабельных больных с критической ишемией нижних конечностей.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ результатов консервативного лечения 62 больных с КИНК. Возраст больных колебался от 43 до 86 лет. Большинство пациентов были мужчины - 48(77%). Для оценки общего состояния больного и функции основных систем и органов проводились: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ отдельных органов по показаниям (почки, поджелудочная железа, печень и т.д.), ультразвуковая доплерография (УЗДГ) брахицефальных артерий, лабораторные исследования. У 100% больных в нашем исследовании была выявлена различная сопутствующая патология. При этом у одного и того же больного, как правило, встречалось сочетание нескольких заболеваний, что представлено в табл.1.

Таблица 1.

## Распределение пациентов по характеру сопутствующих заболеваний

Сопутствующая патология	Количество пациентов N = 62 (Общее количество)	
	Абс.	%
ИБС	51	82,2
Гипертоническая болезнь	46	74,5
Дисциркуляторная энцефалопатия	10	15,6
Сахарный диабет 1 и 2 типа	9	14
Заболевания желудочно-кишечного тракта	10	15,6
Заболевания легких	11	17,4

Различные формы ишемической болезни сердца (ИБС) - у 51(82,2%) больного, гипертоническая болезнь – у 46(74,7%), дисциркуляторная энцефалопатия (перенесенные по данным анамнеза нарушения мозгового кровообращения) у 10(15,6%), сахарный диабет 1 и 2 типа – у 9(14%), заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит, колит, холецистит и др.) – у 10(15,6%). Хронические заболевания легких диагностированы у 11(17,4%). По причине развития хронической ишемии нижних конечностей большую часть составляют атеросклеротические поражения (n=49) и остальные системные заболевания, как эндартериит и диабетическая ангиопатия конечностей. Состояние кровообращения конечности исследовали методом УЗ-ДАС сосудов нижних конечностей, рентгеноконтрастной ангиографией. Поражение аорто-подвздошного сегмента

наблюдались у 13(21%) больных, бедренно-подколенного сегмента – у 14(23%), артерий голени – у 19 (30,2%) больных. Все пациенты признаны инкурабельными по двум причинам: 1. из-за тяжести общего состояния, обусловленного вышеперечисленными соматическими заболеваниями. 2. из-за диффузного поражения периферических сосудов и отсутствия возможности оперативного лечения. Трофические изменения на стопах (цианоз, язвы, некроз) имели место у 35(57%) пациентов. В зависимости от методов консервативного лечения больные были разделены на две группы: первая группа (контрольная) – 18 больных, которым назначали стандартное лечение с применением препарата трентала. Вторую (основную) группу составляли 44 пациента, которым проводили комплексное консервативное лечение с внутривенным применением препарата ПГЕ 1 (Вазопростан) в сочетании с лазерной терапией.

**Результаты исследования и обсуждение.** Результаты всем больным оценивались после 12 недель терапии по двум критериям: 1. Оценка качества жизни больных с субъективными и объективными симптомами, как: ночные боли, боли в покое, онемение, похолодание и появление перемежающейся хромоты. 2. По полученным результатам УЗДАС нижних конечностей (до и после лечения). Из 18 больных первой группы, у 61,2%(n=11) из них отмечен удовлетворительный результат, у 33,4%(n=6) пациентов из-за неэффективности консервативного лечения выполнена ампутация. У двоих больных с сухой гангрой первого пальца и язвенно-некротических изменений пяточной области, после продолжительного лечения выполнена ампутация и некрэктомия с иссечением краёв ран. Больные II группы принимали препараты ПГЕ1 (Вазопростан 60мкг) с сочетанием внутривенного лазерного облучения крови в течении 10 дней каждые 3 месяца. В этой группе у 69,5% (n=3) больных получили хороший результат, у 29,5% (n=13) удовлетворительный, а у одного пациента с системными заболеваниями как эндартериит и сахарный диабет выполнена высокая ампутация. Результаты всем больным оценивались при ходьбе на бегущей дорожке до развития перемежающейся хромоты. Расстояние без болевой ходьбы в первой группе 36±56м и соответственно во второй 86 ±140 м (p<0,001) .

**Выводы.** Таким образом, применение препаратов ангиопротекторов нового поколения (Вазопростан) в сочетании с ВЛОК расширяет возможности лечения КИНК у неоперабельных больных, что проявляется снижением болевого синдрома, увеличением дистанции безболевой ходьбы, регрессом трофических явлений, а также сохранением конечности.

#### **Список литературы:**

1. Гавриленко, А.В. Комплексное лечение пациентов с хронической ишемией нижних конечностей с использованием генных продуктов ангиогенез: ближайшие и отдаленные результаты / А.В. Гавриленко, Д.А. Воронов, Н.П. Бочков // КТТИ. 2011; VI (3): 84-88.
2. Калинин, Р.Е. Реперфузионное повреждение тканей в хирургии артерий нижних конечностей / Р.Е. Калинин, А.С. Пшенников, И.А. Сучков // Новости хирургии. - 2016. - №3. - С.348-352.
3. Кошкин, В.М. Консервативная терапия у больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей / В.М. Кошкин, Н.А. Сергеева, М.Р. Кузнецов // Медицинская совет. 2015. С-6.
4. Покровский, А.В. Критическая ишемия нижних конечностей. Инфраингвинальное поражение / А.В. Покровский, Ю.И. Казаков, И.Б. Лукин // Тверь: Ред.-изд. центр Твер. Гос. ун-та, 2018. 225 с
5. ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg, 2018: 1-64. In press.

*Солиев О.Ф.<sup>1</sup>, Султанов Д.Д.<sup>1,2</sup>, Камолов А.Н.<sup>1,2</sup>*

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

1Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

2Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

**Актуальность.** Хронические заболевания вен (ХЗВ), под которыми понимают довольно широкий спектр морфологических и функциональных нарушений венозной системы отмечают более чем у 60% взрослого населения. По данным многих авторов в Российской Федерации частота ХЗВ (средний возраст 53,5 года) достигает 69,9%, в европейских странах — 40—60% [1, 2]. В структуре хронических заболеваний вен, варикозная болезнь (ВБ) является наиболее частой патологией. По данным обзора ряда зарубежных авторов, частота ВБ составляет 1—60% среди взрослого населения. На частоту развития ВБ также оказывает влияние возраст пациентов [3]. В Республике Таджикистан, согласно собственным данным [4], частота ВБ среди жителей сельской местности трудоспособного возраста составляет 48,5%. Такой разброс данных о частоте различных вариантов ХЗВ зависит как от метода проведения эпидемиологических исследований, так и от наличия или отсутствия ряда провоцирующих факторов ее развития у населения конкретного региона. Проведение исследования по изучению эпидемиологии ХЗВ вообще и факторов риска их развития в частности было инициировано группой сосудистых хирургов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии и сотрудников кафедры хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сины.

**Цель исследования.** Анализ распространенности и факторов риска хронических заболеваний вен среди жителей сельской местности Таджикистана.

**Материал и методы исследования.** Проанализированы результаты обследования 1482 жителей сельской местности двух районов Республики Таджикистан — Дусти и им. Джалолиддина Балхи, проведенного в 2016—2017 гг. Необходимо отметить, что число жителей этих районов, по оценке на 1 января 2016 г., составляло 104 200 и 181 900 соответственно [5]. Исследование проводили в сельских участковых больницах и центральных районных больницах при обращении населения по поводу различных заболеваний или во время профилактических осмотров, без специального отбора. Обследование проводили сосудистые хирурги Республиканского научного центра сердечно-

сосудистой хирургии. Проводили общеклиническое обследование пациентов с выявлением факторов риска заболеваний вен, ультразвуковое исследование венозной системы нижних конечностей. Оценка сосудистого статуса включала в себя обнаружение объективных признаков заболеваний вен — телеангиэктазий, ретикулярных вен, варикозного расширения подкожных вен, отека, гиперпигментации, липодерматосклероза, венозных трофических язв. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей и системы нижней полой вены проводили с помощью портативной ультразвуковой системы Mindray DC-3, снабженной конвексным датчиком 2,5—7,5 МГц. В результате комплексного обследования составляли заключение об отсутствии или наличии ХЗВ, заполняли анкету участника исследования. При выявлении заболевания указывали форму и клинический класс заболевания по классификации СЕАР, каждому пациенту давали лечебные рекомендации. Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью статистического пакета IBM SPSS 21.0. Данные представлены в виде абсолютных и относительных величин. Дисперсионный анализ относительных величин (качественных показателей) проводили с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. Влияние факторов риска на развитие ХЗВ определяли по отношению шансов с указанием медианы и 95% доверительного интервала (ДИ). Различия показателей считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все обследованные лица были постоянными жителями сельской местности двух районов, где проводилось исследование. Из общего числа обследованных ( $n=1482$ ) лиц было 1257 (84,8%) женщин и 225 (15,2%) мужчин. Национальный состав обследованных: 1291 таджик, 152 узбека и 39 туркмены. Возраст обследованных лиц варьировал от 11 до 80 лет, в среднем составив  $36,8 \pm 8,6$  года. Из общего числа пациентов 199 (13,4%) имели ожирение различной степени: I степень отмечена у 89 (44,7%) пациентов, II степень — у 67 (33,6%) и III степень — у 43 (21,6%). Различные нозологические формы ХЗВ обнаружены у 761 (51,4%) обследованного. Наиболее часто находили ретикулярный варикоз и телеангиэктазии, что составило 30,1% в общей изученной популяции и 58,6% от числа обследованных, имевших различные формы ХЗВ. Второй по распространенности стала ВВ, которая была выявлена у 271 обследованного (18,3% в общей популяции и 35,1% среди лиц с ХЗВ). Необходимо отметить, что эти две формы ХЗВ почти с одинаковой частотой встречались как у мужчин, так и у женщин. Различные варианты посттромботической болезни (ПТБ) были выявлены у 12 (0,8%) человек в общей популяции, что составило 1,6% среди лиц с ХЗВ. Эту патологию чаще выявляли у женщин, однако без значимых различий с мужчинами. Флебодисплазия в нашем исследовании была идентифицирована в 2 (0,3%) случаях, у подростков 11 и 14 лет.

Наиболее значимым для развития ХЗВ стало сочетание нескольких факторов, которое имело место у 525 (68,9%) пациентов с ХЗВ, тогда как в общей популяции этот показатель был минимальным — 73 (4,9%). Вторым по значимости фактором риска развития патологии вен нижних конечностей была наследственная предрасположенность, которая имела место у 456 (59,9%) пациентов с ХЗВ. Необходимо отметить, что данный фактор в общей популяции был выявлен в 27,7% наблюдений. Другим наиболее важным фактором риска развития ХЗВ явился тяжелый физический труд (регулярное поднятие тяжестей и полевые работы), который имел место у 416 (54,7%) обследованных лиц. Этот же фактор наиболее представлен в общей популяции — у 775 (52,3%) человек. Длительная стоячая или сидячая работа, а также малоподвижный образ жизни с наличием избыточной массы тела также отмечены как значимые факторы риска развития ХЗВ. Беременность и количество родов (двое и более) как факторы риска развития ХЗВ имелись в анамнезе у большинства женщин — у 433 из 644. Необходимо отметить, что ХЗВ выявлялись в конце второй беременности, клинически значимое варикозное расширение подкожных вен отмечалось уже при третьей беременности и прогрессировало на фоне последующих беременностей. При статистической обработке полученных данных значимого влияния пола в развитие ХЗВ не обнаружено. Таким образом, результаты исследования показали, что более чем у половины населения сельской местности имеют место различные формы ХЗВ, основными факторами риска развития которых явились семейный анамнез, беременность и роды, тяжелый физический труд, длительная сидячая/стоячая работа и ожирение.

**Выводы.** Таким образом, полученные нами данные демонстрируют, что более чем половина населения сельской местности страдает различными формами хронических заболеваний вен, наиболее часто это лица активного трудоспособного возраста. Основными преобладающими факторами риска явились семейный анамнез, трое и более родов, тяжелый физический труд, длительная сидячая/стоячая работа, а также избыточная масса тела.

#### Список литературы.

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология. 2018;12(3):146-240.
2. Султанов Д.Д., Эпидемиология хронических заболеваний вен среди сельских жителей Таджикистана / Д.Д. Султанов., [и др.] // Флебология.- 2019. Т.13, №4. С.307-313. <https://doi.org/10.17116/flebo201913041307>
3. Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2018 года. Душанбе, Управление оперативной полиграфии ГВЦ Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. 2018;53.
4. Management of Chronic Venous Disease Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2015;49:678-737.
5. Zolotukhin I.A. Prevalence and Risk Factors for Chronic Venous Disease in the General Russian Population / I.A Zolotukhin., [et al] // Eur J Vasc Endovasc Surg.- 2017.-Vol.54, No.6. Pp.752-758.

*Сошникова Е.В., Ильясевич И.А., Тесаков Д.К.*

### НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА

ГУ РНПЦ травматологии и ортопедии, Минск. Республика Беларусь

Среди различных видов патологии осевого скелета одно из ведущих мест занимают кифотические деформации позвоночника скелета. Классической кифотической деформацией является болезнь Шеерманна (юношеская кифотическая деформация), которая развивается в процессе физиологического роста человека и связана с нарушением

апофизарного энхондрального роста тел позвонков. Нарастание кифотической деформации может сопровождаться неврологическими осложнениями, причиной развития которых является стеноз позвоночного канала на вершине деформации [1, 2].

Анализ данных литературы указывает на необходимость тщательного обследования пациента и дифференцированного подхода в выборе тактики хирургического вмешательства. Недооценка особенностей функционального состояния дурального мешка и сосудистой оболочки спинного мозга (СМ) на вершине деформации позвоночника может провоцировать неврологические осложнения, связанные с дополнительной травматизацией невралных структур СМ и нарушением спинального кровообращения во время операции [3, 4].

В диагностике вертеброгенных нарушений функций СМ определяющее значение имеют данные магнитно-резонансной и компьютерной томографии (МРТ и КТ), которые определяют особенности анатомических и морфологических изменений СМ. Получить количественную оценку функционального статуса нейрональных структур СМ, вовлеченных в патологический процесс, можно с помощью нейрофизиологических методов. Среди способов современной нейрофизиологической диагностики наиболее информативными являются методы, основанные на регистрации и анализе вызванных соматосенсорных потенциалов (ССВП) и моторных ответов (МО) при транскраниальной и корешковой магнитной стимуляции (ТМС и КМС, соответственно).

**Цель исследования.** нейрофизиологическая оценка функции проводящих путей СМ у пациентов с кифотической деформацией грудного отдела позвоночника.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ нейрофизиологических данных, зарегистрированных у 15 пациентов (18-19 лет) с кифотической деформацией позвоночника в грудном отделе (болезнь Шеерманна) с углом искривления от 60° до 90° (при измерении по J.A. Cobb). По данным клинко-рентгенологического обследования признаков компрессии невралных структур, а также ангиографических и неврологических нарушений не выявлено. Контроль – 15 здоровых лиц того же возраста.

Состояние нисходящих моторных путей СМ оценивали по данным ТМС, проводимой в стандартных условиях. Регистрировали МО мышц стоп (*m. extensor digitorum brevis*). Рассчитывали время центрального моторного проведения импульса (ВЦМП) в системе нисходящих трактов СМ как разницу между показателями латентного времени МО, зарегистрированного в одной и той же мышце при ТМС и КМС.

Проводимость восходящих путей СМ оценивали по данным ССВП, зарегистрированных при электрическом раздражении *n. tibialis* в области медиальной лодыжки. Использовали стандартную схему отведения ССВП на трех уровнях: периферическом (*Pf*) – в подколенной ямке, спинальном ( $N_{22}$ ) – в проекции поясничного утолщения, корковом ( $P_{38}-N_{45}$ ) – в проекции коркового представительства нижней конечности. Анализировали параметры ССВП: амплитуду (мкВ), латентный период (мс) и время центрального афферентного проведения (мс) на участке грудных и пояснично-крестцовых сегментов (*CCT* – *central conduction time*, межпиковый интервал  $P_{38}-N_{22}$ ).

Оборудование: цифровая электрофизиологическая установка *Nicolet Viking Select* (*Nicolet Biomedical*, США) в комплексе с магнитным стимулятором *Magstim-200* (*Magstim Company Ltd*, Великобритания).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что, несмотря на отсутствие неврологических расстройств и МРТ-признаков очагового изменения СМ, данные диагностики свидетельствовали о выраженном отклонении электрофизиологических показателей. Параметры МО характеризовались значительным снижением амплитуды (до 50%) по сравнению с контролем. На фоне уменьшения амплитуды МО определяли достоверное ( $P < 0,05$ ) увеличение его латентного времени:  $42,5 \pm 2,4$  мс (при норме  $36,5 \pm 2,4$  мс). Среднее значение показателя ВЦМП также имело сдвиг в сторону его увеличения и составило  $19,2 \pm 2,1$  мс (при норме  $15,5 \pm 0,6$  мс). Электрофизиологический паттерн МО свидетельствовал о выраженной моторной недостаточности нервных трактов СМ с уровня компрессии.

Изменения паттерна ССВП характеризовались аналогичным снижением амплитуды спинальных и корковых потенциалов (вплоть до полного угнетения), модификацией формы ответов, значительным удлинением величины латентного периода и времени центрального афферентного проведения импульса (*CCT*:  $P_{38}-N_{22}$ ) на участке от поясничного утолщения СМ до первичной соматосенсорной коры головного мозга. Так, изменение показателя *CCT* в среднем составило  $20,2 \pm 1,9$  мс (при норме  $16,6 \pm 1,6$  мс). Полученные данные отражали снижение афферентной проводимости дорсальных отделов СМ вследствие снижения физиологических резервов микроциркуляторного русла.

Полученные результаты свидетельствовали, что у пациентов с кифотической деформацией грудного отдела позвоночника и отсутствием неврологической симптоматики, по данным нейрофизиологической диагностики определялись признаки функционального изменения проводящих путей СМ (таблица).

**Выводы.** Таким образом, результаты нейрофизиологического исследования, зарегистрированные у пациентов с кифозом грудного отдела позвоночника, отражали признаки субклинической сенсомоторной недостаточности системы проводящих путей СМ. Планирование хирургического вмешательства, проводимое с учетом данных о состоянии функции СМ на вершине деформации позвоночника, позволяет снизить риск интра- и послеоперационных неврологических спинальных осложнений, улучшить качество лечения.

Таблица – Средние значения параметров МО и ССВП

Группы	Латентное время МО, мс		ВЦМП, мс	Латентное время ССВП, мс		<i>CCT</i> , мс
	ТМС	КМС		$P_{38}$	$N_{45}$	
Контроль	$36,5 \pm 2,4$	$21,5 \pm 3,1$ с	$15,5 \pm 0,6$	$38,1 \pm 3,3$	$46,5 \pm 4,2$	$16,6 \pm 1,6$
Кифоз	$42,5 \pm 2,4^*$	$22,5 \pm 2,2$	$19,2 \pm 2,1^*$	$41,5 \pm 1,9$	$48,8 \pm 2,9$	$20,2 \pm 1,9^*$

*Примечание:* ТМС – транскраниальная магнитная стимуляция; КМС – корешковая магнитная стимуляция; МО – моторный ответ; ВЦМП – время центрального моторного проведения импульса;  $P_{38}$  и  $N_{45}$  – корковые ССВП-пики; *CCT* – время центрального афферентного проведения импульса; \* – достоверные изменения при  $P < 0,05$  по *t*-критерию Стьюдента по сравнению с контролем.

### Список литературы:

1. Значение растяжения спинного мозга в формировании спондилогенной цервикальной миелопатии на фоне кифотической деформации позвоночника / Ш.Ш. Магомедов, А.П. Татаринцев, К.В. Сысоев, М.Ю. Докиш // Вопросы нейрохирургии. – 2018. - № 5. – С. 62-68.
2. Челпаченко, О.Б. Определение показаний к декомпрессии позвоночного канала у пациентов с кифотическими деформациями грудного и поясничного отделов позвоночника / О.Б. Челпаченко, К.В. Жердев, А.А. Овечкина // Педиатрическая фармакология. – 2014. - № 11. – С. 75-80.
3. Kyphosis – A Risk Factor for Positioning Brachial Plexopathy During Spinal Surgeries / M. Biscevic [et al] // Acta Orthop Traumatol Turc. – 2019. – N 53. – pp. 199-202.
4. Spinal Cord Injury After Extremity Surgery in Children with Thoracic Kyphosis / B. Pruszczyński [et al] // Clin Orthop Relat Res. – 2015. – N 473. – pp. 3315-20.

*Султанов Д.Д.,<sup>1,2</sup> Х.А. Юнусов Х.А.,<sup>1</sup> Курбанов Н.Р.<sup>1,2</sup>*

### ЗНАЧЕНИЕ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗВИТОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

<sup>1</sup> Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

<sup>2</sup> ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
МЗ и СЗН РТ

**Актуальность.** Основной причиной вертебро-базиллярной недостаточности в настоящее время является нарушение притока крови по позвоночным артериям (па) вследствие окклюзионно-стенотического их поражения или же патологической извитости (пи) [1,2,6]. Последняя часто регистрируется среди детей или же пациентов с высоким артериальным давлением [3,5]. Необходимо отметить, что в большинстве случаев поражение ПА имеет неспецифические клинические проявления, в связи с чем решающую роль в постановке диагноза играют визуализирующие методы исследования [3,4]. Одним из наиболее современных методов исследования, позволяющих определить как органические изменения сосуда, так и объемную характеристику кровотока в позвоночной артерии, является дуплексное ангиосканирование [1,2]. Основными инструментальными методами диагностики ПИ ПА являются цветное дуплексное и триплексное сканирование, спиральная и магнитно-резонансная томографии в режиме визуализации сосудов и рентгеноконтрастная ангиография [3,4]. Однако, как утверждают некоторые исследователи, из-за некоторых топографо-анатомических характеристик позвоночных артерий возможности дуплексного сканирования (дс) в диагностике, ее патологических состояний не велики [3,5]. Все вышесказанное явилось основным мотивом для выполнения настоящего исследования.

**Цель исследования.** Определение возможности ультразвукового дуплексного ангиосканирования в диагностике патологической извитости позвоночных артерий.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на результатах комплексного обследования 52 пациентов с патологической извитостью позвоночных артерий. Мужчин было 18 (26,1%), женщин 34 (73,9%). Возраст пациентов варьировал от 23 до 76 лет. Все больные страдали артериальной гипертонией различной степени тяжести.

После предварительного осмотра пациентов и ангиологического обследования им было проведено ультразвуковое дуплексное сканирование. Данный метод был выполнен с использованием диагностической системы и «Миндрей» СД 6 (Китай), снабженной секторальными и линейными датчиками частотой 3,5 – 7,0 МГц в консультативно-диагностическом отделении РНЦССХ, как с целью диагностики патологических деформаций, так и в послеоперационном периоде для контроля зоны реконструкции сосуда. Исследование проводилось как в В-режиме, так и в режиме цветного картирования кровотока, провели как в горизонтальном положении больного, так и в вертикальном, с поворотом головы в противоположную сторону, с так называемой пробой с поворотом головы. При помощи ДС исследовали проходимость и состояние стенок сосудов, а также их ход. При выявлении патологической извитости изучали скоростные показатели кровотока в артерии в трех точках – до места изгиба артерии, на уровне колена петли или извитости и на самой отдаленной точке от извитости.

По стандартной схеме позвоночная артерия доступна в трех сегментах: V<sub>1</sub> – проксимальный сегмент до входа в позвоночный канал; V<sub>2</sub> – средний сегмент, на уровне С<sub>4</sub>-С<sub>6</sub> шейных позвонков; V<sub>3</sub> – где позвоночная артерия, выходя из позвоночного канала, образует физиологический изгиб и входит в череп. Следует отметить, что визуализация V<sub>1</sub> сегмента представляет значительные трудности, особенно у лиц гиперстенического типа телосложения. Во втором сегменте артерия визуализируется в промежутке между поперечными отростками. В V<sub>3</sub> сегменте позвоночная артерия выявляется латеральнее внутренней сонной артерии на 1-2 см ниже мастоидального отростка.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты комплексного ангиологического и инструментального обследования пациентов позволили диагностировать следующие патологические состояния позвоночной артерии. В 16 случаях выявлена С-образная извитость, в 22 наблюдениях S-образное искривление сосуда. У 8 пациентов отмечалось петлеобразование или же так называемый койлинг позвоночной артерии. Необходимо отметить, что у 9 пациентов она носила двухсторонний характер, а в 5 наблюдениях, кроме этого отмечался сопутствующий кинкинг внутренней сонной артерии.

Изучение характеристики кровотока в позвоночных артериях показало, что снижение или усиление линейной скорости кровотока (ЛСК), а также других параметров кровотока имели прямую корреляционную связь как от типа патологической извитости ПА, так и от диаметра сосуда и величины угла, который указан ангуляцией в табл. №1



Показатели скорости кровотока и индекса резистентности в зависимости от типа патологической извитости позвоночной артерии

Характеристика кровотока	Сегмент сосуда	Тип патологической извитости		
		С-образный	S-образный	койлинг
	проксимальнее извитости	26,1±1,8	27,4±1,6	24,2±1,9
	на уровне колена извитости	36,2±14,1	35,4±12,3	38,2±11,9
	дистальнее извитости	22,4±2,9	24,7±3,1	20,2±3,1
	проксимальнее извитости	14,4±3,9	13,9±3,3	15,2±3,4
	на уровне колена извитости	13,1±4,1	14,2±4,3	14,6±3,9
	дистальнее извитости	10,1±1,1	9,6±0,9	9,2±0,8
	проксимальнее извитости	0,76±0,1	0,71±0,1	0,82±0,1
	на уровне колена извитости	0,67±0,2	0,66±0,2	0,68±0,2
	дистальнее извитости	0,64±0,2	0,63±0,2	0,63±0,1

Как видно из представленной таблицы, при всех типах патологической извитости на уровне колена или угла деформации сосуда отмечается усиление как пиковой скорости кровотока, так и повышение конечной диастолической ЛСК проксимальнее извитости, что доказывает значимые нарушения артериальной перфузии головного мозга. При этом также у всех пациентов отмечался турбулентный характер кровотока. Как видно из представленных данных, отмечается значимое различие пиковой скорости кровотока (ПСК) и конечной диастолической скорости (КДСК) между проксимальной и дистальной частями позвоночной артерии. Вместе с тем, нами не выявлены значимые различия изменения индекса резистентности сосуда, как между сегментами измерения позвоночной артерии, так и при различных типах ее извитости.

Таким образом, результаты проведенного исследования показывают, что независимо от типа патологической извитости позвоночной артерии отмечается нарушение артериального кровотока с усилением его в месте более выраженного изгиба сосуда со снижением ее в дистальных сегментах.

**Вывод.** Дуплексное сканирование обладает высокой чувствительностью при диагностике патологических извитостей позвоночных артерий, позволяя при этом определить как скоростные показатели артериального кровотока, так и тип самой извитости.

#### Список литературы

1. Баратов А.К. Стентирование позвоночной артерии при атеросклеротическом стенозе и патологической извитости / А.К. Баратов, О.Н. Садриев, Е.Л. Калмыков, Т.Г. Гульмурадов, Х.А. Юнусов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. – Т. 25, № 1. – С. 103-109.
2. Волженин В.Е. Анализ факторов снижения мозгового кровотока при цереброваскулярных заболеваниях / В.Е. Волженин, И.И. Шоломов, Ж.Н. Волженина, О.Н. Костин // Неврологический вестник. – 2007. – №1. – С.17-21.
3. Дическул М.Л. Ультразвуковые диагностические критерии разграничения и гипоплазии позвоночной артерии / М.Л. Дическул, В.П. Куликов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 4. – С. 46–48.
4. Лабзин В.И. Особенности клинической анатомии внечерепного (внутриканального) отдела позвоночной артерии / В.И. Лабзин, Ю.А. Шакало, Г.Н. Марущенко // Оренбургский медицинский вестник.–2015.–Т. 1, № 4.–С. 38-41.
5. Stenting of symptomatic extracranial vertebral artery stenosis: Is further testing indicated? / Z. Wang [et al.] // Int J Stroke. – 2016. – Vol. 11, № 2. – P. 22-24. doi: 10.1177/1747493015616640.

*Ткач А. В., Можжаев П. Н.*

#### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ АКРОМИОПЛАСТИКИ ПРИ ИМПИДЖМЕНТ-СИНДРОМЕ И ПОВРЕЖДЕНИИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ФГАОУ ВО  
«Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»  
«Медицинская академия имени С.И. Георгиевского». Россия

**Актуальность.** Важную роль в механизме развития импиджмент-синдрома отводят анатомическому варианту строения акромиона: изогнутая и крючковидная форма способствуют уменьшению расстояния между акромионом и клювовидным отростком, сужению субакромиального пространства и увеличению частоты разрывов ротаторной манжеты. Кроме того, в результате возрастной дегенерации возможна деформация акромиона, изменение размеров, формирование на нижней поверхности остеофитов в форме килевидной шпоры, травмирующей ротаторную манжету во время движений в плечевом суставе. Для устранения давления клювовидно-акромиальной дуги на ротаторную манжету плеча проводят акромиопластику (субакромиальную декомпрессию) - резекцию выступающей передне нижней части акромиона, достоинством которой является сохранением места прикрепления дельтовидной мышцы к акромиону, позволяющей восстановить функцию плечевого сустава в полном объеме.

**Цель исследования.** Изучить современные подходы к проведению акромиопластики при импиджмент-синдроме и повреждении вращательной манжеты плеча.

**Материалы и методы исследования.** Исследование осуществлено на основании изучения современных отечественных и зарубежных научных источников, находящихся в открытом доступе (научометрические базы РИНЦ и Google Scholar).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Показан этот вид оперативного лечения как самостоятельное вмешательство при импиджмент-синдроме, обусловленном деформацией акромиона II или III типов, сужении субакромиального пространства менее 7 мм, разрыве ротаторной манжеты по наружной поверхности. Также проводят

акромиопластику как составной элемент комбинированного вмешательства при массивном разрыве ротаторной манжеты, атрофии ротаторной манжеты, контрактуре плечевого сустава, адгезивном капсулите. Проведение субакромиальной декомпрессии возможно открытым и артроскопическим способом. Открытый способ применяют при больших дефектах ротаторной манжеты (повреждении двух сухожилий и более), при значительных размерах остеофитов, которые травмируют манжету, а также при рецидиве разрыва.

Артроскопическую пластику акромиона делают чаще, чем открытую операцию. Для резекции акромиона применяют бур, шейвер и термокаутер. Для артроскопии плечевого сустава, как правило, используют круглый 5,5-мм артроскоп с 4-мм оптикой с углом наклона объектива в 30°–70°. Во время артроскопии плечевого сустава предпочтительно положение пациента на здоровом боку с фиксацией упорами. Осуществляют тракцию за предплечье и кисть в положении легкого отведения и сгибания в суставе (до 30°). Для этого используют либо груз весом 2,5–4,5 кг, прикрепленный через систему блоков к кисти пациента, либо тракцию осуществляет ассистент. Кроме того, применяют укладку в позиции “пляжного кресла”, когда пациент располагается полусидя с наклоном туловища согнутым вперед, под углом 70° к горизонтальной плоскости, со свисающим через край стола плечевым суставом. Недостатком данного положения является артериальная гипотензия при проведении наркоза, связанное с изменением давления в брюшной аорте и в системе нижней полой вены, особенно у пожилых пациентов.

Перед проведением операции на коже маркером отмечают контуры плечевого сустава. Используют три основных хирургических доступа: задний, боковой, передний порты. Задний доступ, расположенный на расстоянии 2 см ниже и 2 см медиальнее от заднелатерального угла акромиона, служит для установки артроскопа. Боковой доступ, предназначенный для введения хирургических инструментов, находится на 2 см латеральнее края акромиона по линии надостной мышцы. Передний доступ расположен латерально и кверху от вершины клювовидного отростка, его выполняют на 1 см латеральнее и на 1 см книзу от середины расстояния между верхушкой клювовидного отростка и передним краем акромиона, вблизи сухожилия длинной головки двуглавой мышцы, он служит для введения артроскопических инструментов (для введения ирригационной канюли, крючка, кусачек, шейвера) и оттока промывной жидкости. Место входа в полость сустава находится в треугольнике, ограниченном сухожилием длинной головки *m. biceps brachii*, нижним краем сухожилия подлопаточной мышцы и передним краем суставной впадины лопатки.

Перед введением артроскопа для лучшей визуализации полость сустава заполняется 30–35 мл физиологического раствора, подаваемого помпой под давлением 60 мм водного столба. Для этого через точку заднего порта в полость сустава в переднезаднем направлении вводится инъекционная игла большого диаметра. После заполнения жидкостью скальпелем производится разрез кожи длиной до 1 см в месте входа иглы и через него вводится троакар вместе с канюлей, после троакар заменяется артроскопом. Прежде всего, осуществляется осмотр суставного хряща головки плеча и суставной впадины лопатки, состояние суставной губы, сухожилие длинной головки бицепса, синовиальной оболочки и внутренней поверхности ротаторной манжеты плеча. Установлено, что точность артроскопической диагностики заболеваний плеча выше, чем при клинико-рентгенологическом исследовании, а диагностическая точность составляет около 90–95 %. После этого проводят ревизию субакромиального пространства. Чтобы облегчить работу в субакромиальном пространстве, эта область отмечается двумя иглами: одна устанавливается у передненаружного края акромиона, другая – ключично-акромиальное сочленение. Артроскопическая санация сустава (артролиз) - удаление внутрисуставных рубцов полости сустава, хондромных (свободных) или костно-хрящевых тел, дегенеративно измененных участков внутрисуставной порции сухожилия двуглавой мышцы и вращательной манжеты производится механическим путем с использованием большого количества жидкости, поступающей в суставную капсулу. Основную массу кости акромиона удаляют из заднего порта. Резекцию акромиона осуществляют костной фрезой, начиная от его наружного края медиально и вперед. Важным моментом операции является создание плоской поверхности резецированного акромиона. Обычно во время пластики резецируют не менее 5 мм массы кости. Фактическое количество костной ткани акромиона, которое нужно удалить, зависит от размера костной шпоры и толщины акромиона. Резекцию акромиона считают полной, когда III тип акромиона превращают в I. Также производят резекцию клювовидно-акромиальной связки, удаляют ее кальцифицированные фрагменты и формируют пологую гладкую поверхность клювовидно-акромиальной дуги.

**Выводы.** Преимуществом артроскопической пластики по сравнению с открытой является меньшая инвазивность, возможность оценить состояние мышц и сухожилий как со стороны бурсы, так и со стороны сустава, определить форму акромиона, выявить размер и распространенность дефекта и устранить его, доступность всех внутрисуставных структур для хирургического воздействия.

#### **Список литературы:**

1. Архипов, С.В. Артроскопическая субакромиальная декомпрессия при «импинджмент синдроме» плечевого сустава у спортсменов / С.В. Архипов // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – № 2. – С. 79-82.
2. Neer, Ch.S. II. Shoulder Reconstruction / Neer Ch. S. II. – Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990. – 551 p.
3. Аскерко, Э.А. Практическая хирургия ротаторной манжеты плеча / Э. А. Аскерко / – Витебск. – ВГМУ – 2005. – 201 с.
4. Мицкевич В.А. Плечевой сустав: вывихи и болевые синдромы / В. А. Мицкевич / М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». – 2016. – 552 с.

*Туйдиев Ш.Ш., Тохирова М.Г., Махмудназаров А.М.*  
**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА**  
Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** Проблема лечения хронического гипертрофического ринита до сих пор остаётся актуальной. В клинической практике ринологии для хирургического лечения данной патологии с разным успехом применяются гальванокаустика, лазерокоагуляция, и криодеструкция носовых раковин [1,2,]. В последние годы в клинической практике оториноларингологии широкое применение получил метод подслизистой вазотомии нижних носовых раковин. Сущность операции заключается в разрушении артерий, вен и артериовенозных сплетений носовой раковины, в результате чего носовая раковина уменьшается в объёме. [3,]. Наш опыт применения подслизистой вазотомии в клинической практике показал некоторые недостатки данного способа. В частности, после проведенного разреза на переднем конце носовой раковины нередко отмечается значительное кровотечение, требующее переднюю марлевую тампонаду носа, в результате которой края раны нередко повреждаются или разрываются, что препятствует своевременному заживлению послеоперационной раны носовой раковины.

**Цель исследования.** Совершенствование метода хирургического лечения хронического гипертрофического ринита.

**Материал и методы исследования.** В ЛОР отделениях Национального медицинского центра РТ под наблюдением находилось 52 больных с хроническим вазомоторным ринитом в возрасте от 18 до 54 лет. Мужчин было 29, женщин – 23. Основными жалобами больных с гипертрофическим ринитом были заложенность носа, затрудненное носовое дыхание, постоянные выделения из носа слизисто-гнойного характера, нарушение сна, снижение обоняния и работоспособности, зависимость от постоянного использования сосудосуживающих препаратов.

Длительность заболевания у большинства пациентов составила более 10 лет. Для установления клинического диагноза больным проведены передняя и задняя риноскопия, фиброриноскопия, рентгенография носа и околоносовых пазух, исследование дыхательной, обонятельной и защитной функций носа, клиническое исследование крови, мочи и кала, а также флюорография ОГК и ЭКГ по показаниям.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При передней и задней риноскопии у всех больных обнаружена застойная гиперемия слизистой оболочки носовых раковин, которая резко увеличена в размерах, соприкасается с перегородкой носа. Увеличение носовых раковин в объеме происходит за счет расширения и разрастания сосудистой сети, а при исследовании функционального состояния носа выявлены значительные нарушения дыхательной, обонятельной и защитной функций носа. Показаниями для проведения хирургического лечения были выраженные нарушения основных функций носа, неэффективность ранее проведенной консервативной терапии и отсутствие острой или хронической гнойной патологии со стороны околоносовых пазух.

Для сравнительной оценки эффективности традиционной подслизистой вазотомии носовых раковин и предлагаемого нами метода больные были разделены на две группы. В первую (контрольную) группу вошли 26 больных, а вторую (основную) группу составили 26 пациентов с хроническим гипертрофическим ринитом. Больным первой группы проведена традиционная подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией (Sol. Novocaini 1% - 5,0) слизистой носовой раковины, скальпелем по переднему концу нижней носовой раковины проводили разрез слизистой оболочки до кости длиной 0,5 - 1,0 см. Далее в разрез вводили распатор, которым продвигаясь по поверхности кости, отслаивали слизистую оболочку и разрушали сосудистую сеть на всём протяжении носовой раковины. При этом, следует отметить повышенную кровоточивость из раны у 19 из 26 больных, в связи с чем операцию приходилось завершать передней марлевой тампонадой носа.

Пациентам второй группы проводили УЗ дезинтеграцию нижних носовых раковин. УЗД носовых раковин проводили ультразвуковым хирургическим аппаратом ЛЮРА-ДОН с применением ультразвукового (УЗ) зонда (рис. 1) После местной инфильтрационной анестезии носовой раковины 1% раствором новокаина в объеме 3,0 УЗ зонд во включенном состоянии внедряли в толщу нижней носовой раковины через её передний конец в глубину на 2-3 см и производили подслизистую дезинтеграцию ее ткани в течение 10-12 секунд массирующими движениями зонда. При этом, во избежание возможного кровотечения из раневого отверстия её края коагулировали УЗ зондом при выходе из раны. (Рис-2)

Метод позволяет осуществлять разрушение патологически измененной стромы носовой раковины щадящее, без повреждения физиологически важного эпителиального покрова слизистой оболочки с последующим рубцеванием в зоне операционного канала.

В первые сутки после операции отмечались умеренная набухлость нижних носовых раковин и скопление слизисто-фибринозного налета в области раневого отверстия. В послеоперационном периоде ежедневно проводятся туалет полости носа электроотсосом, анемизация слизистой 0,1% раствором нафтизина и массаж слизистой носа кортикостероидной мазью и спреем, что значительно ускоряет процессы заживления в носовой полости.

К концу второй и началу третьей недели у больных наступало улучшение носового дыхания за счет втягивания и уменьшения в объеме нижних носовых раковин и расширения общего носового хода

Контрольные осмотры больных, проведенные через 2 и 4 месяцев после операции, показали высокую эффективность УЗД носовых раковин. У 24 пациентов сохранялось хорошее носовое дыхание, они перестали пользоваться сосудосуживающими каплями. У 2 отмечено удовлетворительное носовое дыхание, при этом они изредка пользовались сосудосуживающими каплями.



Рис-1



Рис-2

**Выводы.** УЗ дезинтеграция носовых раковин является физиологичным, щадящим и эффективным методом выбора хирургического лечения хронического гипертрофического ринита и может успешно применяться в клинической практике отечественной ринологии.

**Список литературы:**

1. Артемьева-Карелова А. В. Хирургическое лечение вазомоторного ринита с учетом анатомических особенностей слизистой оболочки носовых раковин / А. В. Артемьева-Карелова / Российская оториноларингология -2018 -№ 1 (92) –С.16-20
2. Лопатин А.С. Ринит: Руководство для врачей. / А.С. Лопатин.- М.- 2010. – 424с.
3. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон-2016- 115 с.

*Турдибоев Ш.А., Кодиров Д.И., Рахмонов Б.А.*

**ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ**

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

**Актуальность.** Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – одна из важнейших проблем современного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, ЧМТ является одной из трех ведущих причин смертности населения в мире. Несмотря на развитие и широкое применения средств нейровизуализации, инструментальных методов исследования, приоритет отдаётся клинической диагностике ЧМТ. Она особенно актуально на догоспитальном этапе, когда использовать инструментальные диагностические методы невозможно [1,4]. Для лечения пациентов используются проверенные и эффективные методы, которые заслужили в мире репутацию «золотых стандартов» [2,3,5]. В оценке результатов работы заложены принципы доказательной медицины. В частности, с использованием современных методов нейровизуализации.

**Цель исследования.** изучить особенности течения травматических эпидуральных гематом с использованием современных методов исследования.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положен анализ 62 больных с ТЭГ, находившихся на лечении в детском нейрохирургическом отделении Государственное учреждение Национального медицинского центра РТ за 2015-2019гг. Среди обследованных было 36(58,1%) мужчин и 26 женщин (41,9%). По возрасту больные распределились следующим образом: от 0 до 3-х лет - 8 (12,9%) человек, от 4 до 7 лет - 24 (38,7%), от 8 до 15 лет – 30 (48,4%) ребенка. Причиной черепно-мозговой травмы у 37 (59,7%) больных было падение с различных высот, у 21 (33,9%) – дорожно-транспортные происшествия, а по другим причинам госпитализированы 4 (6,4%) пострадавших. Причиной заболевания во всех случаях была ЧМТ различной степени тяжести: в 12 (19,4%) случаях причиной возникновения ТЭГ была лёгкая ЧМТ, в 26 (41,9%) - средней степени тяжести и в 24 (38,7%) случаях наблюдалась на фоне тяжёлой ЧМТ. Проводились клиничко-неврологические обследования, краниография и компьютерная томография (КТ).

Показаниями произведения компьютерной томографии явилось наличие широких линейных переломов костей свода черепа, появление очаговых симптомов при поступлении и в динамике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По отношению намета мозжечка эпидуральные гематомы разделялись на супратенториальные, что выявлено у 56(90,3%) пострадавших, и субтенториальные 6 (9,7%). Травматические эпидуральные гематомы у 35(56,4%) больных локализовались в правом полушарии головного мозга, а в левом полушарии – у 27(43,6%) обследованных. Наиболее часто они локализовались в лобно-теменно-височных долях. Менингеальные симптомы, как правило, были выраженными и проявлялись ригидностью затылочных мышц и в некоторых случаях симптомами Кернига. Симптомы пирамидной недостаточности отмечались у 44 (70,9 %) больных.

С появлением современных диагностических методов нейровизуализации диагностика ТЭГ значительно упростилась. На основании КТ и интраоперационных данных нами было установлено, что в большинстве случаев ТЭГ имеют объем от 50 до 150 мл. Одним из главных признаков КТ-диагностики ТЭГ была регистрация смещения срединных структур головного мозга. В наших исследованиях - смещение срединных структур головного мозга раз-

личной степени наблюдений. Степень смещения срединных структур колебалась от 5 до 20 мм. У 45 (72,6 %) больных отмечались признаки сдавления конвекситальных субарахноидальных пространств на стороне гематомы. Следует сказать, что степень выраженности КТ проявлений ТЭГ, как правило, коррелировала со степенью тяжести состояния больных. Объем гематомы являлся одним из определяющих факторов принятия решения об оперативном лечении. Из 62 больных 48 (77,4%) обследованным произведено оперативное вмешательство, а остальные лечились консервативным путем.

Спонтанная инволюция малых гематом явилась основанием для разработки и внедрения их консервативного лечения. Критериями назначения консервативной терапии служили объем гематомы (<15-20мл субтенториальной локализации и в височной доли головного мозга, <25-30 мл супратенториальной локализации в других долях головного мозга), степень дислокации срединных структур головного мозга более 4 мм и положительная неврологическая симптоматика.

**Выводы.** 1. Для травматических эпидуральных гематом в большинстве случаев характерно преобладание общемозговых симптомов и быстрый прогрессирующий тип течения. 2. Методы компьютерной нейровизуализации (КТ) являются основными в диагностике ТВЧ гематом. КТ головного мозга с высокой степенью точности выявляют локализацию, объем и структуру травматических внутримозговых гематом, что позволяет определить показания и тактику хирургического лечения.

#### **Список литературы.**

1. Банин А.В. Черепно-мозговая травма средней и тяжелой степени (клиника, диагностика, лечение, исходы): Автореф. дис.д-ра мед. наук.- М., 2007.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация. -М.: Антидор, 2012.
3. Исхаков О.С., Басенцян Ю.Г., Шпилюевский В.М. и др. Черепно-мозговая травма на фоне резидуальной энцефалопатии// Тезисы докладов Второго съезда нейрохирургов Российской Федерации. — Н. Новгород, 1998. С. 238.
4. Корниенко В.Н., Туркин А.М., Лихтерман Л.Б. и др. Магнитно-резонансная томография в диагностике черепно-мозговой травмы//Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство - М.:Антидор; 2017. Т.2. - С.510-533.

*Умарзода С.Г., Каримова Ф.Н., Носирова Ф.Т.*

### **СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ.**

Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

**Актуальность.** Низкий социально-экономический статус многорожавших женщин, частые роды с короткими интервалами, наличие хронической анемии, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии, стрессовые ситуации негативно отражаются на состоянии организма и, прежде всего, иммунной системы, способствуя развитию предопухолевой патологии и злокачественных новообразований.

**Цель исследования.** Оценить состояние иммунитета многорожавших женщин со злокачественными опухолями яичников (ЗОЯ) в Республике Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Изучение иммунологического статуса (клеточного и гуморального) нами проведено у 26 больных ЗОЯ и 19 здоровых женщин. Измерение количественных и функциональных характеристик циркулирующих лимфоцитов и их субпопуляций осуществлялось с использованием моноклональных антител к поверхностным рецепторам лимфоцита человека: CD3 (Т-лимфоциты), CD4 (Т-хелперы), CD8 (Т-супрессоры), CD20 (В-лимфоциты), CD95 (апоптоз), CD16 (NK-клетки), CD25 (рецептор к IL-2), CD71 (рецептор пролиферации). Исследование проводилось с использованием люминесцентной микроскопии.

Оценка содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов классов А, G и М (IgA, IgG, IgM) по Manhcini, проводилась методом радиальной иммуннодиффузии в иммунологической лаборатории НИИ гастроэнтерологии.

**Результаты исследования и обсуждение.** Изучение иммунологического статуса у исследованных больных ЗОЯ показало, что содержание CD3+ было снижено по сравнению со здоровыми, составляя 48,9±3,1% (p<0,001). Показатели CD4+ (Т-лимфоцитов-хелперов) и CD8+ (Т-супрессоров, цитотоксических Т-лимфоцитов) у больных ЗОЯ также были снижены, составляя 29,1±1,3% и 19±2,4% соответственно (p<0,01).

Соотношение CD4+/CD8+ является показателем иммунорегуляторного индекса (ИРИ) и составил у больных ЗОЯ 1,5 у.е. Натуральные киллеры (CD16+) обладают уникальной способностью лизировать патологически измененные клетки без предварительной сенсibilизации, осуществляют противоопухолевую защиту. Содержание натуральных киллеров - CD16+ (NK-клеток) у здоровых лиц составило 10,0±2,0%, в группе больных ЗОЯ оно было несколько выше - 12,8±2,1%. Показатели CD20+ (В-лимфоцитов) у больных ЗОЯ были в пределах допустимых значений нормы - 21,5±1,3. У больных ЗОЯ отмечено значительное повышение количества апоптирующих клеток CD95 - 34±4,0% (у здоровых лиц - 24±4,0%). Активация NK-клеток и повышение количества апоптирующих клеток (CD95) может привести к истощению функционального резерва лимфоцитов (Таблица 1).

При исследовании количества клеток с рецепторами CD25 и CD71 выявлена тенденция к их снижению у больных ЗОЯ - 23,5±2,3% и 20,3%, отражающая угнетение пролиферативной активности лимфоцитов. Иммуноглобулины играют важную роль в каскадном развитии иммунного ответа. Из данных таблицы 1 видно, что в группе больных ЗОЯ наблюдалось достоверное повышение содержания иммуноглобулинов А, М, и G по сравнению со здоровыми женщинами.

Таблица 1.

**Показатели иммунитета у больных ЗОЯ**

Антиген	Здоровые (n=19)	Больные ЗОЯ (n=26)	p
CD3	65,6±2,3	48,9±3,1	<0,001
CD4	36,4±2,1	29,1±1,3	<0,01
CD8	22,5±1,7	19±2,4	>0,05
CD4/CD8	1,62	1,5	-
CD20	24±2,0	21,5±1,3	>0,05
CD16	10,0±2,0	12,8±2,1	>0,05
CD95	24±4,0	34±4,0	>0,05
CD25	25,4±3,4	23,5±2,3	>0,05
CD71	23,3±1,6	20,3±2,2	>0,05
Ig A	197±2,4	217,6±6,2	<0,01
Ig M	105±9,2	140,9±7,5	<0,05
Ig G	1320±119	1749,5±35,2	<0,01

Показатели иммунитета оказались достоверно снижены в группе многожизненных больных, чем у малорожавших. В группе многожизненных больных выявлены более глубокие дефекты иммунного статуса, по сравнению с малорожавшими больными и здоровыми. Обнаружено наиболее низкое относительное количество Т-лимфоцитов ( $p<0,001$ ), более значительный дисбаланс регуляторных субпопуляций (Таблица 2).

Таблица 2

**Показатели иммунитета у больных ЗОЯ**

Антиген	Здоровые (n=19)	Многожизненные (n=15)	Малорожавшие (n=11)
CD3	65,6±2,3	46,9±3,1***	51,0±2,0**
CD4	36,4±2,1	26,8±1,3***	31,5±4,5
CD8	22,5±1,7	20,5±2,4	17,5±0,5**
CD4/CD8	1,62	1,3	1,8
CD20	24±2,0	21,0±1,3	22,0±4,0
CD16	10±2,0	15,5±0,5*	10,1±2,1
CD95	24±4,0	38,5±4,0*	29,5±0,5
CD25	25,4±3,4	19,1±2,3	28,0±4,3
CD71	23,3±1,6	18,1±1,7*	22,5±4,1
Ig A	197±2,4	205,7±6,2	229,5±9,5
Ig M	105±9,2	126,3±7,5	155,5±22,5
Ig G	1320±119	1424,4±35,2	2075±5,95***

**Примечание:** \* -  $p<0,05$ ; \*\* -  $p<0,01$ ; \*\*\* -  $p<0,001$  – значимость различий показателей иммунитета по сравнению с таковыми в контрольной группе.

Отмечено снижение уровня активированных Т-лимфоцитов, повышение уровня НК-клеток и апоптирующих клеток CD95 ( $p<0,05$ ). Кроме того, в группе многожизненных наблюдается очень низкая пролиферативная активность лимфоцитов ( $p<0,05$ ).

Проведенные исследования по изучению иммунного статуса больных ЗОЯ показали глубокие нарушения Т-клеточной системы, наряду с повышением НК-клеток, апоптирующих клеток и гуморального иммунитета, обусловленные опухолевой интоксикацией у больных с распространенными стадиями заболевания. Соответственно, многочисленные жалобы больных и клинические проявления болезни также указывают на тяжесть общего состояния пациенток.

**Выводы.** Полученные результаты по изучению иммунного статуса больных со злокачественными опухолями яичников доказывают, что именно снижение показателей иммунитета у женщин, вследствие воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов риска, является пусковым механизмом в развитии злокачественной опухоли. Изменения в иммунном статусе больных и ассоциация ЗОЯ с вирусной инфекцией (ЦМВ, ВПГ и ВПЧ) требуют назначения иммуномодулирующих препаратов на фоне специальной противоопухолевой терапии.

**Список литературы:**

1. Сулейманова, Н.Д. Факторы риска злокачественных новообразований женских половых органов (Обзор литературы) / Н.Д. Сулейманова. // Вестник новых медицинских технологий – 2014. – Т. 21. - № 1. – С. 115 – 121.
2. Тюляндина, А.С. Современные тенденции в системном лечении онкогинекологических больных / А.С. Тюляндина / Практическая онкология. – 2013. – Т.14. - № 2. – С. 43-50.
3. Каирбаева, М. Ж. Современная стратегия лечения больных раком яичников: автореф. дис... д-ра мед.наук / Каирбаева Мадина Жеткергеновна. – Алматы, 2010. - 41 с.
4. Global cancer statistics / A. Jemal [et al.]. // Ca. Cancer. J. Clin. - 2011. - V. 61. - P. 69-90.
5. Weiderpass, E. Trends in corpus uteri cancer mortality in member states of the European Union/ E. Weiderpass // Eur. J. Cancer. – 2014. – V. 50. – P. 1675 – 84.

## СОСТОЯНИЕ СЛУХА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОТОТОКСИЧЕСКИХ АНТИБИОТИКОВ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино». Таджикистан

**Актуальность.** Применение ототоксических противотуберкулёзных препаратов в современной фтизиатрии является наиболее актуальным во всём мире в целом. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью определяется как лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза к двум или трём препаратам первого ряда (МЛУ-ТБ). Показатель частоты выявления микобактерий туберкулёза (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью среди новых случаев заболевания составил 32,7%, у ранеевылеченных пациентов 76,6%.

Резервные противотуберкулёзные препараты (канамицин, капромицин, амикацин, циклосерин и др.) остаются единственными специфическими лекарственными средствами при лечении пациентов, выделяющих устойчивые микобактерии.

После применения ототоксических антибиотиков у большинства больных развивается нейросенсорная тугоухость, иногда и необратимого характера, которая составляет 29,7% всех случаев нейросенсорной тугоухости. Использование аудиологических методов исследования позволяет своевременно установить и предупредить о дальнейшем осложнении со стороны слуха.

**Цель исследования.** Выявление нарушения слуха у больных туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью после лечения ототоксическими препаратами.

**Материал и методы исследования.** Для реализации поставленной цели в условиях ЛОР-клиники НМЦ РТ «Шифобахш» на кафедре оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» нами впервые было обследовано 42 больных в возрасте от 18 до 49 лет. Исследование проводилось с января по август 2020 года. Исследование включало: сбор жалоб, анамнез, клинический осмотр ЛОР-органов (риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, отоскопия), также были проведены субъективные и объективные методы исследования слуха-тонально-пороговая аудиометрия и импедансометрия, что включало в себя тимпанометрию и акустическую рефлексометрию. Пациентов целенаправленно направляли в клинику врачи-фтизиатры, а также были больные, которые были направляли с различных поликлиник города Душанбе.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Несмотря на то, что больные перенесли тяжёлую форму туберкулёза лёгких, при риноскопии, фаринго-ларингоскопии поражения ЛОР-органов не были обнаружены. На фоне терапии аминогликозидными препаратами у этих больных основными жалобами были снижение слуха и шум в ушах.

После проведения отоскопии у 6 пациентов (14,3%) была диагностирована перфорация барабанной перепонки, а у оставшихся пациентов барабанная перепонка была без изменений. 36 пациентам (85,7%) была проведена тимпанометрия, на которой было видно, что проблем в среднем ухе нет, т.е. звукопроводящая система слуха без изменений.

На тонально-пороговой аудиометрии у 3 пациентов (7,2%) была диагностирована смешанная тугоухость, а у 39 пациентов нейросенсорная тугоухость различной степени: - I степень у 19 пациентов (48,7%), II- у 14 пациентов (35,9%), III- у 6 пациентов (15,4%). После постановления окончательного диагноза (рис 1.) всем пациентам было рекомендовано противоневритная терапия.

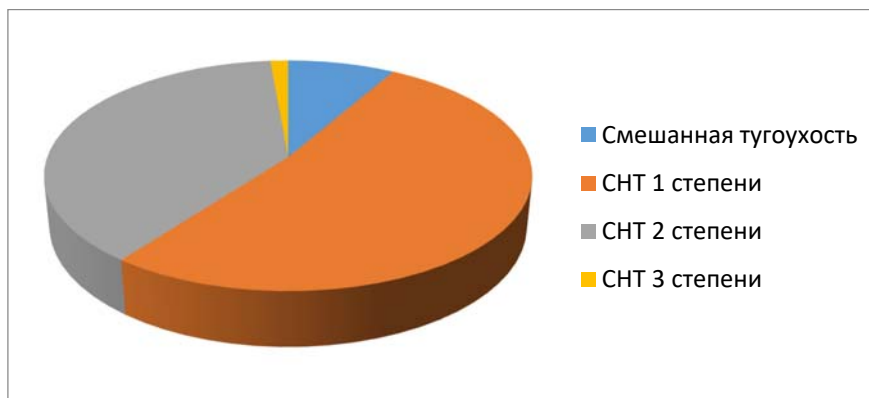


Рис. 1. Диагноз пациентов после применения ототоксических препаратов

Комплекс противоневритного лечения включали средства из группы ноотропов. Длительность терапии составил от 20 до 25 дней. Помимо перечисленных препаратов также назначали комплекс витаминов, совместно с названными группами препаратов применяли физиотерапию (электрофорез с прозеринамиКJ на сосцевидный отросток). После курса лечения всем пациентам было повторно проведено аудиологическое исследование слуха. Тем пациентам, которым не помогло проведённое лечение, было рекомендовано в дальнейшем слухопротезирование.

**Выводы.** 1. Больные туберкулёзом лёгких, принимающие ототоксические антибиотики, должны находиться под наблюдением врача-сурдолога для ранней диагностики неврита слухового нерва. 2. После выявления поражения периферического слухового анализатора, этим больным необходимо начать противоневритное лечение своевременно, и при необходимости рекомендовать реабилитационные мероприятия.



### Список литературы.

1. Лопатина А.С. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа. Руководство для практикующих врачей. Москва, 2011 г. - 531 с.
2. Контролируемое лечение - залог успеха химиотерапии туберкулеза / Г.Л. Гуревич [и др.] // Мультирезистентный туберкулез: клинико-эпидемиологические особенности и тактика лечения: материалы между-нар. науч.-практ. конф. «Внедрение новых подходов в борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Белоруссии», Минск, 2014. - С.12-18.

*Усмонов Х.С., Рахмонов Б.И., Юлдошев Р.З.*

### СОЧЕТАННАЯ ИММУНОХИМИОТЕРАПИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКИХ

Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

ГУ РОНЦ. Таджикистан.

**Актуальность.** Ежегодные статистические исследования показывают, что в мире имеется тенденция к увеличению больных с раком лёгких и по последним данным составляет 14,1 млн новых случаев, а количество смертей до 8,2 млн. (1). В Республике Таджикистан это цифра за последние 10 лет удвоилась и составляет 150 случаев (2). Необходимо подчеркнуть, что эти больные в основном поступают в III-IV стадии, когда им невозможно проводить оперативное лечение, а результаты консервативной терапии также не утешительны. Немелкоклеточный рак лёгких это плохо поддающаяся химиотерапии форма злокачественной опухоли. В связи с этим появляется необходимость поиска новых путей паллиативного лечения этой категории онкологических больных.

До настоящего времени полной и однозначной картины механизма противоопухолевого действия не существует. Судьба клетки зависит от множества в большинстве своем неизвестных факторов, что заставляет продолжать поиски новых путей решения также в лечении немелкоклеточного рака лёгких.

Параллельно с цитостатическим эффектом химиопрепаратов воздействие на злокачественный опухолевый процесс препаратами иммунотерапии, с механизмом: цитотоксического действия; блокирования ангиогенеза; активации коагуляционной системы крови и местных воспалительных реакций, обусловленных TNF-активированными клетками эндотелия и лимфоцитами, и ведущий к так называемому "геморрагическому" некрозу опухолей; воздействие клеток иммунной системы, цитотоксичность которых оказалась тесно связана с наличием молекул TNF на их поверхности, или процесс созревания/активации этих клеток связан с ответом на TNF (3).

**Цель исследования.** Оценить эффективность включения иммунотерапии в схему комплексной терапии больных немелкоклеточным раком лёгких.

**Материал и методы исследования.** У 31 больного немелкоклеточным раком лёгких использован препарат Рефнот (TNF с Тимозином L1) и Ингарон (Интерферон гамма), в сочетании с моно- и полихимиотерапией (кселода, гемзар, цисплатина, САР, ЭП). В исследуемой группе возраст больных колебался от 32 до 76 лет, мужчин было - 20, а женщин - 11. В исследуемой группе препараты Рефнот 100000 ЕД и Ингарон 500000 МЕ нами были использованы внутривенно на 500мл физиологического раствора в течении 5 дней параллельно с химиотерапией. Побочные эффекты в виде повышения температуры и озноба обычно отмечались в первый день, но в последующем за полчаса до процедуры, как премедикация применяли парацетамол и ибобруфен. Химиотерапия проводилась в стандартном режиме, но у пяти больных использовалась в режиме монохимиотерапии, также учитывая ослабление организма некоторых пациентов, суммарная доза химиотерапии использовалась дробно в течении всего периода иммунотерапии. Также следует отметить, что мы не использовали стероидные гормоны, ибо они могут подавлять действие TNF.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Следует отметить, что у троих было выявлено метастатическое поражение головного мозга, у троих поражение костей скелета, после чего начата паллиативная химиотерапия с использованием иммунотерапии, отмечалась стабилизация как локорегиональная, так и метастатических узлов процесса (рис.1,2,3,4.). У одного мужчины и двух женщин нами отмечалось прогрессирование опухолевого процесса после окончания терапии в виде появления новых очагов метастазирования (таб. 1).

**Таблица 1.** Результаты проведённой иммунотерапии больным с немелкоклеточным раком лёгких в зависимости от лимфо- и гематогенного распространения.

Число пациентов	№1	№2-3	M <sub>1</sub>	Полная регрессия опухоли	Стабилизация опухоли	Прогрессирование в ходе или после окончания терапии	
Всего	31	11	5	15	10 (32,2%)	18 (58,1%)	3 (9,7%)
М	20	7	2	11	5	6	1
Ж	11	4	3	4	5	12	2

В одном случае нами проведена правосторонняя пульмонэктомия по предварительно запланированной схеме после монохимиотерапии в сочетании иммунотерапией. Послеоперационные гистологические исследования показали выраженный патоморфоз опухолевых клеток. При проведении иммунотерапии случаев развития нежелательных явлений выявлено не было, препарат хорошо переносится пациентами при соблюдении рекомендаций по введению. Данных по влиянию химиотерапии в сочетании с иммунотерапией при раке лёгких в доступной литературе немного.



Рис.1. Больная С., 69 лет, с ДЗ: центральный рак верхней доли правого лёгкого. T2M2M1(ossa). На срезе КТ органов грудной полости до лечения в проекции верхней доли правого лёгкого отмечается органичное затемнение однородной структуры, имеющее дорожки в корне лёгкого, увеличением паратрахеальных и трахеобронхиальных лимфоузлов.



Рис.2. Та же больная. На втором срезе КТ после проведенного лечения (после 2х курсов иммунотерапии+химиотерапии) отмечается уменьшение размера образования с отсутствием увеличения паратрахеальных и трахеобронхиальных лимфоузлов с увеличением объёма лёгкого (время наблюдения после лечения 2,5 лет).



Рис. 3. Больной Т., 38 лет. ДЗ: центральный рак нижней доли правого лёгкого. T2M1M1(brain). На срезах МРТ головного мозга в правой полушарии головного мозга и мозжечка отмечается ограниченное затемнение однородной структуры с перифокальным воспалением и сдавлением продолговатого мозга.

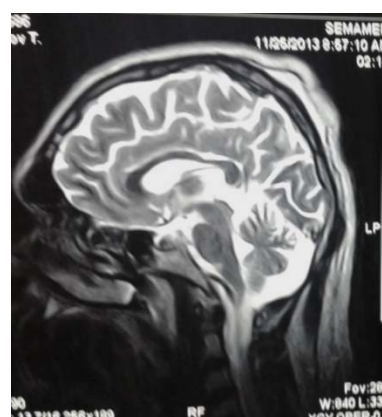


Рис.2. Тот же больной. После проведенного консервативного лечения на срезах МРТ головного мозга, в правой полушарии головного мозга и мозжечка отмечается уменьшение ограниченного затемнения однородной структуры с отсутствием перифокального воспалением и отсутствием сдавления продолговатого мозга (время наблюдения после лечения 2 года).

**Выводы.** Обобщая результаты этого небольшого одно-центрового нерандомизированного исследования, можно сделать вывод о том, что включение Рефнот и Ингарона в комплексную лекарственную терапию рака лёгких повышает эффективность лечения путем поддержания компенсации процессов иммунного ответа организма и служит основой для развития других механизмов апоптоза. Использование иммунотерапии в сочетании с химиотерапией заметно улучшает ожидаемые результаты и качество жизни больных с раком лёгких.

#### **Список литературы.**

1. Мерабишвили В.М. Заболеваемость и смертность населения от рака легкого, достоверность учета. / Арсеньев А.И., Тарков С.А., Барчук А.А., и др. / Сибирский онкологический журнал. -2018- 17(6):15-26.
2. ГУ «Республиканский центр медицинской статистики и информации». Здоровье населения и деятельность медицинских учреждений в 2018 году. -2019.-С.325-33.
3. Усмонов Х.С. Опыт применения туморнекротического фактора в лечении рака лёгкого. / Мат. III конгресс онкологов Узбекистана, Ташкент, 2015.

*Файзулов Д.А., Рахматова Р.А., Набиев З.Н.*

### **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА** Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Несмотря на разработку новых технологий, широкое внедрение новых методов лечения в хирургию и интенсивную терапию новорожденных результаты лечения в республике не всегда остаются удовлетворительными [2,4]. В регионах с высокой рождаемостью и летальностью, к которым относится Республика Таджикистан, жизнеспособность новорожденных в значительной степени зависит от факторов риска перинатальной патологии, возраста матери (менее 18 или старше 40 лет), соблюдения религиозных обрядов «ураза», низкого уровня здоровья [1,5]. Причины высокой летальности определяются поздним обращением рожениц, низким уровнем осведомленности населения, недостаточной квалификацией и трудностями пренатальной диагностики пороков, наличие сопутствующей патологии (недоношенность, синдром дыхательных расстройств, множественные врожденные пороки, в частности врожденные пороки сердца, перинатальное поражение ЦНС, внутри желудочковые кровоизлияния (ВЖК)). Немаловажными для стабильной продолжительности интра- и послеоперационного периода являются условия родов, и транспортировка новорожденных. Проявления дыхательной недостаточности, по причине гипоплазии легких (одного или двух), лабильная гемодинамика, повышение давления в брюшной полости, потеря большого количества влаги, опасность возникновения пневмонии аспирационного характера при оперативных вмешательствах у новорожденных с пороками развития пищеварительного тракта являются основными факторами, влияющими на течение обезбоживания [3].

Нарушению хрупкого постоянства внутренней среды новорожденного с врожденным пороком развития в сложный для него период адаптации после рождения способствует развитие нейрогуморальных сдвигов, проявляющееся изменениями гемодинамических показателей, системы свертывания крови, диуреза и т.д.

Создание благоприятных условий для проведения оперативного вмешательства, управление жизненно важными функциями пациента в период преднаркозной подготовки, во время наркоза, операций и в послеоперационном периоде являются основной целью современной анестезиологии.

**Цель исследования.** Поиск наиболее оптимальных методов предоперационной подготовки и обезбоживания новорожденных с врожденными пороками развития пищеварительного тракта.

**Материал и методы исследования.** Нами на кафедре детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в отделении детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на базе ГОУ НМЦ РТ «Шифобахш» были изучены результаты исследования 207 (100%) новорожденных детей с врожденными пороками развития пищеварительного тракта в период с 2016 по 2019 гг., из них 19 (9,1%) недоношенных. Проведено распределение больных в зависимости от вида порока развития, возраста при поступлении, продолжительности обезбоживания, оперативного вмешательства.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Новорожденные дети с атрезией пищевода являлись самой тяжелой категорией больных. Дети поступили на 24 – 48 сутки от рождения, с проведением назогастрального зонда, для опорожнения желудка. Тяжесть состояния новорожденных была обусловлена явлениями дыхательной недостаточности, нарушением периферической микроциркуляции. Для снижения синдрома аспирации создавалось приподнятое положение тела, постоянная санация верхних дыхательных путей. У 9 (41,2 %) новорожденных детей, поступивших с явлениями аспирационного синдрома, прогрессированием явлений дыхательного ацидоза, снижением сатурации кислорода до SpO<sub>2</sub> – 65%, дыхательной недостаточностью тяжелой степени (клинические протоколы №9 от 30.08.2014 г.), в предоперационном периоде проводилась интубация трахеи (клинические протоколы № 8, от 30.08.2014 г.). Внутривенным введением 20% раствора оксипутирата натрия из расчета 50 – 80 мг/кг массы тела поддерживалась синхронизация с аппаратом искусственной вентиляции легких.

Из 17(100%) новорожденных детей с атрезией пищевода у 3(17,2%) обнаружены сочетанные пороки развития (ВПС – 1(33,3%), атрезия анального отверстия – 2(66,6%)). Предоперационная подготовка проводилась в течении 24 часов. Проводилось клиничко-лабораторное исследование, с назначением комплекса антибактериальной, гемостатической инфузионной терапии. Критериями готовности новорожденного ребенка к оперативному вмешательству по экстренным показаниям явились стабилизация гемодинамических показателей, и адекватный диурез.

Больным с пороками развития передней брюшной стенки, атрезией анального отверстия, болезнью Гиршпрунга, которые отнесены в II, III, IV группы исследования соответственно, предоперационная подготовка проводилась в плановом порядке. Данная категория новорожденных детей поступила с физиологическим течением

адаптационного периода, с минимальными проявлениями нарушений со стороны нервной системы. Новорожденным всех трех групп проводился комплекс клинично-лабораторных методов исследований. Разрыв амниотической оболочки у новорожденных с пороками развития передней брюшной стенки отмечено в 3 случаях наблюдения. С целью предотвращения генерализации инфекции, большого риска возникновения кровотечения органов брюшной полости, данной категории больных оперативное вмешательство выполнялось по жизненным показаниям.

**Выводы.** Таким образом, представленный опыт лечения новорожденных, возможно, позволит анестезиологам, неонатологам и детским хирургам, занимающимся проблемами интенсивной терапии и хирургической коррекции врожденных пороков улучшить результаты лечения и выживаемости столь тяжелого и непростого контингента больных.

#### Список литературы

1. Бердиярова Г.С. Операционно-реанимационный риск как критерий тяжести состояния новорожденных / Г.С. Бердиярова, В.И. Гордеев // Материалы IV Российского конгресса. «Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия». М., 2007. - С. 28-31.
2. Бердиярова Г.С. Анестезиолого-реанимационный риск в периоперационном периоде у новорожденных с пороками развития передней брюшной стенки. Анестезиология и реаниматология Казахстана. - 2008. - 1(01). - С. 126.
3. Божбанбаева Н.С., Дуйсенбаева М.К. Врожденные пороки развития в структуре мертворождаемости и летальности новорожденных детей г. Алматы // Вестник. КазНМУ №2, 2013.
4. Бочкарева С.А. Клинико-функциональная характеристика болевого синдрома у новорожденных // Дисс...канд. мед. наук. - С - Петербург. -2007. -144с.
5. Бояркин М.В., Вахрушев А.Е., Марусанов В.Е. Оценка адекватности анестезиологического пособия с помощью спектрального анализа синусового ритма сердца. //Анестезиология и реаниматология. -2003.-№4.-С. 7-15.

*Факиров Х.З., Али-Заде С.Г., Джонов Б.Н.*

### СПЕЦИФИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОЯСНИЧНО-БОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

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

**Актуальность.** В последние годы в значительной степени увеличилось количество оперативных вмешательств на органах мочевыводящей системы [1, 4]. Вместе с тем, наблюдается тенденция к увеличению частоты послеоперационных осложнений, среди которых наиболее частым являются послеоперационные пояснично-боковые грыжи (ППБГ) живота. Выполнение протяженных травматических, поясничных и боковых доступов с поперечным пересечением мышц, сосудов и нервных стволов, а также инфицирование послеоперационных ран в последующем становятся причиной образования ППБГ живота [2, 3, 5].

Хирургическое лечение ППБГ живота представляет значительные трудности, что обусловлено большим числом рецидивов заболевания - до 20-30%. Несмотря на наличие большого количества способов хирургического лечения ППБГ живота, проблема хирургического лечения остается неразработанной, что требует дальнейшего исследования, необходимости и целесообразности разработки комплексных методов профилактики риска развития ППБГ живота.

**Цель исследования** - профилактика и улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных пояснично-боковых грыж живота.

**Материал и методы исследования.** В ГКБ СМП г. Душанбе за последние 10 лет прооперировано 82 пациента с поясничными (n=58) и боковыми (n=24) грыжами живота. Мужчин было - 30, женщин- 52. Возраст больных составил от 18 до 74 лет. ППБГ живота развились после различных по характеру и объёму оперативных вмешательств с использованием поясничных (n=58) и боковых (n=24) доступов.

В зависимости от ширины грыжевых ворот, объёма грыжевого содержимого и количества рецидивов, больные с ППБГ живота разделены следующим образом (таблица 1).

**Таблица 1**

#### Распределение больных ППБГ живота по ширине грыжевых ворот, объёма грыжевого содержимого и количеству рецидивов

Характер грыжи	W-ширина грыжевых ворот, см				V- объём грыжевого содержимого см				R- рецидивы		
	W <sub>1</sub>	W <sub>2</sub>	W <sub>3</sub>	W <sub>4</sub>	V <sub>1</sub>	V <sub>2</sub>	V <sub>3</sub>	V <sub>4</sub>	R <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>
Поясничные грыжи (n=58)	7	10	29	12	9	10	24	16	42	10	6
Боковые грыжи (n=24)	5	9	6	4	5	6	7	6	12	7	5
Всего	12	19	35	16	14	16	31	22	54	17	11

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

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для выбора наиболее патогенетически обоснованного метода хирургического лечения ППБГ живота больным выполняли различные по объёму и характеру оперативные вмешательства.

В 15 (18,3%) случаях выполнялись традиционные натяжные методики, в 23 (28,1%) - «ненатяжные» и в 44 (53,6%) - комбинированные методы герниопластики.

В раннем послеоперационном периоде наблюдали 12 раневых осложнений в виде серомы (n=4), нагноение (n=3), гематомы (n=3) и инфильтратов (n=2). В 4 случаях осложнения были связаны с выполнением натяжных (n=3) и комбинированных (n=1) герниопластик, а в остальных случаях (n=8), указанные осложнения развивались после традиционных натяжных методик.

Среди predisposing факторов риска развития ППБГ живота анатомо-функциональное состояние боковой стенки живота имеет существенное значение. При изучении функционального состояния боковой стенки живота среди 24 больных в 16 случаях диагностировали различные анатомо-функциональные нарушения. У больных с недостаточностью брюшной стенки I степени (n=8) деформации живота отмечены у 6. Наиболее часто наблюдалась деформация в виде складки подкожно-жировой клетчатки боковой поверхности живота. Также у женщин наблюдались дряблость (n=3) и птоз (n=7) живота, а у мужчин - куполообразный живот (n=2). В группе больных с анатомо-функциональной недостаточностью II степени отмечали значительные нарушения. Так, деформация живота наблюдалась у всех 9 пациентов, которая носила множественный характер, боковая складка талии и дряблость с птозом и куполообразным животом отмечены у 69% больных.

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

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

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

Таким образом, атравматическое и асептическое выполнение отдельных этапов операции с применением первичного эндопротезирования у больных позволяет снизить частоту ППБГ живота.

#### **Выводы.**

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

#### **Список литературы:**

1. Белоконов, В.И. Биомеханическая концепция патологических изменений в мышцах как общебиологическое явление / В.И. Белоконов, С.Ю. Пушкин // Двенадцатые научные чтения памяти акад. Н.Н. Бурденко. - Пенза, 2000. - С. 66.
2. Дерюгина, М.С. Современные проблемы герниопластики сложных срединно-боковых послеоперационных вентральных грыж / М.С. Дерюгина // Альманах ин-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2008. - Т.3, №2(1). - С. 105.
3. Особенности диагностики и хирургической коррекции послеоперационных миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области / Е.И. Брехов [и др.] // Хирургия. - 2009. - № 10. - С. 10-14.
4. Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. - М.: Триада-Х, 2003. - 144 с.
5. Incisional hernia after laparotomy: prospective randomized comparison between early-absorbable and late-absorbable suture materials / W.C. Hsiao [et al.] // World J. Surg. - 2000. - Vol.24, №6. - P. 747-808.

**Факиров Х.З., Джонов Б.Н., Назаров Х.Ш., Абдуллоев С.Х. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

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

**Актуальность.** Проблемы диагностика и лечения послеоперационных вентральных грыж по настоящее время остаются до конца не решённым вопросом в герниологии [1, 3, 5]. Несмотря на существование многочисленных способов ликвидации грыжевых ворот, применение аутопластических методов с использованием синтетических материалов при лечении послеоперационных вентральных грыж на сегодняшний день является основным способом хирургической реабилитации этого контингента больных [2, 4]. Об этом свидетельствуют недостаточная надёжность и высокая частота возникновения рецидива заболевания при применении аутопластических вмешательств, особенно при больших размерах грыжевых ворот [1, 3]. Переход на проведение протезирующей пластики грыжевых ворот позволил существенно снизить частоту послеоперационных осложнений, особенно внутрибрюшной гипертензии и, тем самым, улучшить результаты операции этих больных [2, 3, 5].

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы исследования. Были изучены результаты лечения 27 больных с послеоперационными вентральными грыжами, которые получали стационарное лечение с 2017 по 2020 г. в хирургическом отделении ГОУ ГKB СМП г. Душанбе. При распределении больных по предложенной J.P. Chevrel и A.M. Rath классификации (SWR-classification) отмечено преобладание больных со средними размерами ПГ (таблица 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных по модифицированной классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR-classification)**

Локализация грыж	Размер грыжевых ворот			Размер грыжевого выпячивания			Рецидив грыж	
	До 5-10см W <sub>2</sub>	До 10-15см W <sub>3</sub>	Больше 15см W <sub>4</sub>	Средние V <sub>2</sub>	Больше V <sub>3</sub>	Гигантские V <sub>4</sub>	R1	R2
М	4	11	7	6	13	3	2	1
L	-	3	2	1	3	1	1	-
<b>Всего</b>	4	14	9	7	16	4	3	1

Возраст пациентов колебался от 23 до 72 лет. Во всех случаях операции проведены под общим наркозом с применением полипропиленовых имплантатов. После вскрытия грыжевого мешка и рассечения спаек её содержимое вправляется в брюшную полость. С целью профилактики развития пролежней в стенках кишечника, из-за тесного их соприкосновения с имплантатом, в качестве биологической прослойки использовали большой сальник, который укладывали между имплантатом и кишечными петлями. При этом размер имплантата выбирается так, чтобы его край переходил за край дефекта (грыжевых ворот) на 3-4 см. После этого П-образными швами захватывают имплантат, брюшину, задний и передний листок апоневроза. При этом расстояние между вколом и выколом каждого шва составляет около 1,5 см, фиксация узла осуществляется по передней поверхности апоневроза.

Всем больным были проведены общеклинические, лабораторные и инструментальные методы (ЭКГ, УЗИ) диагностики.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проведенных операций оценивали в раннем и позднем послеоперационном периоде по выраженности болевого синдрома, наличии ранних послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Во всех случаях больные не нуждались в назначении наркотических обезболивающих средств, а болевые проявления купировались ненаркотическими анальгетиками и седативными средствами.

В раннем послеоперационном периоде только в 2 (7,4%) случаях наблюдались инфильтраты послеоперационной раны, которые были вылечены консервативным способом, Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

При наблюдении больных в сроки от 6 мес. до 2 лет рецидивов заболевания не выявлено.

**Вывод.** При применении имплантата внутрибрюшным способом с использованием большого сальника в качестве перегородки между петлями кишечника и имплантатом значительно снижается риск развития пролежней петель кишечника и кишечного свища. Ликвидация грыжевых ворот у больных с послеоперационными вентральными грыжами путём применения полипропиленовых имплантатов способствует снижению частоты ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и рецидивов заболевания.

**Список литературы:**

1. П.В. Внуков Использование гипотензионного апоневротического шва в хирургическом лечении больных со срединными послеоперационными вентральными грыжами /П.В. Внуков; Ю.М. Шептунов// Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.-2016.- Т. 24.-№4.-С.112-118
2. Наш опыт лечения послеоперационных вентральных грыж /А.К.Абаляя и др.// Медицинский вестник северного Кавказа.-2019.- Т. 14.-№ 1.1
3. Никитин Н.А. К вопросу о мониторинге внутрибрюшного давления при устранении послеоперационных вентральных грыж срединной локализации способами комбинированной аллопластики /Н.А Никитин Р.В. Головин// Вятский медицинский вестник.-2014.-№2.-С. 5-9

4. The best of two worlds: a new innovative laparoscopic Rives-Stoppa technique for ventral/incisional hernias- "the Brazilian technique": Invited commentary to: Transabdominal midline reconstruction by minimally invasive surgery: technique and results /T.N. Costa et al. //Hernia.-2016.-Vol.20.-№2.-P.267-270.
5. The intraabdominal pressure. A real indicator of the tension free principle during anterior wall repair procedure after incisional hernias /M. Muresan et al. // Ann. Ital. Chir. -2015.-Vol. 86.-P.421-426.

*Фарзонаи Иброхим, Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш.*

## **ЧРЕСКОЖНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ**

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

**Актуальность.** В последние десятилетия для лечения абсцессов печени методом (АП) выбора признаются чрескожные лечебно-диагностические вмешательства под контролем УЗИ или КТ [1]. Опыт последних лет свидетельствует об эффективности и конкурентоспособности миниинвазивных методов под УЗ контролем в лечении АП, наличии преимуществ по сравнению с открытой операцией. Наибольшее распространение на сегодняшний день получает интервенционный ультразвук в связи с доступностью, высокой эффективностью и отсутствием негативного влияния на организм человека. Отличительной особенностью лечебных минимально инвазивных вмешательств (МИВ) под контролем лучевых методов визуализации является: возможность выполнения у соматически тяжелых больных; отсутствие необходимости в рассечении здоровых тканей; полный контроль за ходом вмешательства; высокая точность попадания в зону интереса [1,2,4]. Ряд авторов при крупных АП предпочитают выполнять лапаротомию, которая позволяет более тщательно санировать и адекватно дренировать полость абсцесса. Использование пункции и дренирования под контролем УЗИ и КТ привело к увеличению эффективности лечения АП до 69 -98% [3,4,5].

**Цель исследования** – изучить эффективность применения миниинвазивных вмешательств, проводимых под УЗ-контролем, при лечении абсцессов печени

**Материал и методы исследования.** В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования и хирургического лечения 81 больных с абсцессами печени, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «городской центр неотложной скорой медицинской помощи города Душанбе» являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» с 2015 по 2019 гг. В ходе исследования у всех больных при поступлении использовались своевременная и точная диагностика деструктивного процесса.

Возраст исследованных больных с абсцессами печени в обеих исследуемых группах варьировал от 21 до 85 лет, при этом преобладали лица трудоспособного возраста от 21 до 49 лет. Мужчин было 39(48, %), женщин 42(51,8%). При статистической обработке анамнестических данных, преобладающим фактором было холангиогенные абсцессы, и она выявлено у 43(53,0%), а на втором месте по частоте встречаемости фактора, амёбные абсцессы у 25(30,1%) и посттравматические абсцессы у 13(16,1%). Ультразвуковое исследование проводилось на эхотомографе HDI 5000 фирмы “Philips” и фирмы “Siemens” в режиме серой шкалы, тканевой гармоники, цветового и энергетического доплеровского картирования по стандартной методике с конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц.

Компьютерная томография выполнялась на 64-х срезовом компьютерном томографе Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions по программе AbdomenMultiPhase с толщиной слоя 5 мм в два этапа, до и после болюсного контрастного усиления («Ультравист» 370 мг/йода на 100 мл со скоростью введения 3,0 мл/сек). Показанием к лечебному миниинвазивному вмешательству считали наличие сформированного абсцесса печени при объеме гнойной полости не менее 5,0 мл (диаметром ориентировочно более 3,0 см). С учетом локализации абсцесса печени и анатомических сосудистых структур печени было осуществлено поиск безопасного акустического окна (БАО), под которым подразумевали эхографически выбранный ограниченный участок тканей и паренхимы от датчика до локализации абсцесса печени, через который предполагается проведение пункционного диагностического вмешательства. На следующем этапе производили доплерографические исследования. ЦДК выполняли при поверхностном дыхании в режимах, соответствующих стандартам функционального исследования сосудов портальной системы и собственных вен печени: мощность излучения – 60 - 70%, диапазон скоростных характеристик 10 - 20 см/сек.

В случаях, когда позиционирование производилось предварительно, за 1 - 2 суток до выполнения миниинвазивных вмешательств, после выбора оптимальной траектории пункционного канала на коже маркировали место установки датчика и предполагаемого прокола кожи. Учитывали возможность непроизвольных дыхательных движений пациента, т.е. стремились проводить пункцию навстречу дыхательным движениям пациента. При выборе траектории доступа к абсцессу печени также считали важным прохождение пункционного канала через 3 - 5 см неизменной паренхимы печени для профилактики подтекания содержимого абсцесса печени в свободную брюшную полость.

Для достижения полноценной визуализации инструмента его введение осуществляли в непосредственной близости от датчика со стороны его торца под углом около 45° таким образом, чтобы инструмент на всем протяжении находился в плоскости сканирования. Получение гноя при диагностической пункции считали подтверждением наличия абсцесса печени, при этом считали возможным проведение лечебного миниинвазивного вмешательства в объеме аспирации. Материал направляли на микробиологический анализ. Полость абсцесса после опорожнения санировали озонированным теплым физраствором 0,9% до очищения. В течение 15 - 20 мин. пациент оставался на операционном столе, после чего осуществляли контрольный УЗ осмотр зоны пункции, при благоприятных его результатах пациента на каталке перемещали в дневной стационар.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основной задачей УЗ осмотра перед проведением МИВ считали



нахождение БАО. И в большинстве случаев – 71 (87,6 %) случаев наиболее безопасным был избран доступ безопасным был через переднюю брюшную стенку по белой линии живота в положении больного лежа на спине. У 10 (12,3%) пациентов при МИВ не удалось найти траекторию доступа, не затрагивающую кровеносные сосуды диаметром более 2,5 мм, и планируемый пункционный канал затрагивал сосуды диаметром 2,5-3,5 мм, что служило показанием для принятия мер профилактики геморрагии. При выполнении аспирации АП у 18 (22,2%) пациентов пункционная игла эхографически визуализировалась в виде линейной гиперэхогенной структуры, скорость и направление движения которой соответствовали продвижению инструмента. При прохождении иглой через капсулы печени эхографически наблюдали прогиб гиперэхогенной линии (капсулы) в направлении, соответствующем перемещению иглы, сохраняющийся на протяжении перемещения иглы к АП. При обратном движении иглы наблюдали восстановление нормальной формы линии капсулы. В 10 случаях от числа проведенных дренирований для улучшения оттока содержимого потребовалась коррекция положения дренажа.

При расположении дистальной части дренажа в плоскости УЗ сканирования удавалось визуализировать её изгиб, что позволяло контролировать расположение дренажа для обеспечения полноценного и адекватного дренирования. И адекватность, полноценность оттока оценивали доплерографически. Движущаяся по дренажу жидкость в режиме ЭДК отображалась в виде ярко окрашенной цветовой структуры, ширина которой была близка к диаметру просвета дренажа. После достижения удовлетворительной локализации дренажа его фиксировали на коже.

Эффективность адекватного стояния дренажа свидетельствовало регулярное отделяемое по нему и отсутствие симптомов кровотечения, желчеистечения и подтекания гнойного содержимого в свободную брюшную полость. У 17 (20,9%) из 81 пациентов после выполнения эхоконтролируемого дренирования наряду с УЗИ была проведена КТ для оценки результативности, выявления возможных причин неадекватного дренирования, а также (при множественном дренировании) для оценки взаиморасположения дренажей. И КТ позволяло при установке под УЗ контролем двух дренажей произвести пространственную оценку расположения дренажа и взаимоотношение АП и анатомических трубчатых структур. И в 7 (8,6%) случаях для оценки стояния дренажей использовали рентгенологические исследования. Эхографически не всегда удавалось оценить наличие и размеры остаточной полости АП, что было необходимо для принятия решения об удалении дренажа. И отмечено, что постепенное повышение эхогенности описываемой зоны регенерации до изоэхогенной через 12 - 18 суток, при ЭДК определялись единичные локусы капиллярного кровотока. В последующем достижение такого состояния считали показанием к извлечению дренажа. После извлечения дренажа наблюдали процесс регенерации в зоне бывшего АП. Зона регенерации приближалась по эхографическим характеристикам к нормальной паренхиме печени, однако в ней не наблюдали типичных для данного участка печени анатомических структур – сосудов и желчных протоков. Отмечали постепенное уменьшение зоны демаркации и отека. Начиная с 20 суток в зоне АП при сонографическом контроле наблюдали появление структурированного кровотока. При контрольных осмотрах через 9-12 месяцев после МИВ не наблюдали отличий зоны локализации подвергнутого лечению АП от соседних участков печени. В большинстве случаев следов капсулы АП не находили, у 13 (16,0%) из 81 пациентов основной группы на месте крупных АП визуализировали звездчатые гиперэхогенные структуры размером не более  $1,0 \pm 0,01$  см.

**Выводы.** Таким образом, миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем являются основным способом лечения абсцессов печени, весьма эффективны и показаны при отсутствии секвестров в полости, плотности гноя до 5 ед., отсутствия плотных включений, размеров полости до 120 мм. Противопоказанием для проведения миниинвазивных вмешательств при абсцессах печени является расположение в области ворот печени, наличие высокой плотности гноя выше ед., плотных включений. Результативность миниинвазивных вмешательств под УЗ-контролем у больных с абсцессами печени и качество лечения зависит от технической оснащённости, от уровня подготовки специалиста, владеющего методом и индивидуального подхода.

#### **Список литературы:**

1. Ахаладзе, Г. Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени / Г. Г. Ахаладзе // *Анналы хирургической гепатологии*. -2012. - Т. 17. - № 1. - С. 53 - 58.
2. Бойко, В. В. Лечение солитарных абсцессов печени с учетом стадии формирования гнояника / В. В. Бойко, А. М. Тищенко, А. А. Малоштан [и др.] // *Хирургия Украины*. -2013. - № 1 (45). -С. 16 - 21.
3. Ahmed, S. Percutaneous drainage for giant pyogenic liver abscess-is it safe and sufficient? / S. Ahmed, C. L. Chia, S. P. Junnarkar [et al.] // *Am J. Surg*. -2015. -V. 7. -P. - 9610.
4. Chen, Y. C. Epidemiology and clinical outcome of pyogenic liver abscess: an analysis from the National Health Insurance Research Database of Taiwan, 2000-2011 / Y. C. Chen, C. H. Lin, S. N. Chang, Z. Y Shi. // *J. Microbiol. Immunol. Infect.* -2017. -V. 20. – P.2003-2039.
5. Dulku, G. Percutaneous aspiration versus catheter drainage of liver Abscess: A retrospective review / G. Dulku, G. Mohan, S. Samuelson [et al.] // *Australas. Med. J.* -2016. -V. 31.-№ 8 (1). -P. 7 - 18.

*Фарзонаи Иброхим, Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш.*

#### **АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ**

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

**Актуальность.** В современном этапе результаты хирургического лечения оценивают по таким показателям, как летальность, продолжительность лечения в стационаре, наличие послеоперационных осложнений, а также частота и выраженность различных нарушений, регистрируемых по данным лабораторных и инструментальных методов исследования по истечении определенного времени после выписки пациента из стационара [1,5]. На сегодняшний день частота осложнений после оперативного лечения АП составляет 20,6% - 55% [4]. Авторы сообщают, что в течение 5 лет у 16,6% пациентов произошли рецидивы бактериальных АП, потребовавших повторных операций

[1,4]. Летальность – 13 - 38% при единичных и 77 - 90% при множественных АП [4,5], общая летальность по данным разных авторов значительно варьирует – от 4,8%-9,1%, до 40% [4,5]. При дифференцированном подходе к выбору тактики хирургического лечения летальность значительно ниже – 14,3% для бактериальных [2]. Причинами смерти являются кровотечения, сепсис, полиорганная недостаточность [3]. При этом средняя продолжительность стационарного лечения при открытых операциях составляет 19,5 - 27,6 суток [3,4,5]. Как видно данные не весьма утешительны и требуют специфического подхода к данной патологии.

**Цель исследования** – изучить непосредственные результаты лечения абсцессов печени.

**Материал и методы исследования.** В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования и хирургического лечения 81 больных с абсцессами печени, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «Городской центр неотложной скорой медицинской помощи города Душанбе» являющегося клинической базой кафедры хирургических болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, с 2015 по 2019 гг. Возраст исследованных больных с абсцессами печени в обеих исследуемых группах варьировал от 21 до 85 лет, при этом преобладали лица трудоспособного возраста от 21 до 49 лет. Мужчин было 39(48, %), женщин 42(51,8%). При статистической обработке анамнестических данных, преобладающим фактором было холангиогенные абсцессы, и она выявлено у 43(53,0%), а на втором месте по частоте встречаемости фактора, амёбные абсцессы у 25(30,1%) и посттравматические абсцессы у 13(16,1%). Всем пациентам после проведенных манипуляций подвергнуты исследованию клинико-биохимических, специфических маркеров крови. Ультразвуковое исследование проводилось на эхотомографе HDI 5000 фирмы “Philips” и фирмы “Siemens” в режиме серой шкалы, тканевой гармоникой, цветового и энергетического доплеровского картирования по стандартной методике с конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц. Компьютерная томография выполнялась на 64-х срезовом компьютерном томографе Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions по программе AbdomenMultiPhase с толщиной слоя 5 мм в два этапа.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При анализе результатов проведенных вмешательств нами установлено, что определенной системы точек доступа в зависимости от локализации абсцесса при пункционном вмешательстве не существует. При лечении больных абсцессами установлено, что у все больных полость преимущественно располагалась в правой доле подкапсульно в области VI, VII, VIII сегментов. Объем АП колебался от 16 до 500 и более см<sup>3</sup>. При этом объем АП в основной группе составил 166,34±54,28 см<sup>3</sup>. Выявлено, что основную долю составили пациенты с абсцессами объемом от 16 до 100 см. и от 111 до 200 см. При контрольном УЗИ оценивали характер остаточного содержимого. В полость абсцесса вводили раствор химотрипсина в объеме 2/3 объема полости в расчете 10 тыс. ед. химотрипсина на 2 мл озонированного 0,9 % физиологического раствора. После экспозиции в течение 1 ч дренаж открывали и эвакуировали содержимое. В данном случае, после получения результатов исследования, в течение 5 дней полость абсцесса промывалась озонированным 0,9% физиологическим раствором. Длительность дренирования составила от 14 до 18 дней. УЗИ выполнялось каждые 3 суток в период после дренирования и до выписки пациентов из стационара. Всем пациентам в послеоперационном периоде был назначен препарат Ремаксол. У всех оперированных больных использовано внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Первично в анамнезе у всех 27(33,3%) пациентов в анамнезе была произведена холецистэктомия и в 4(4,9%) случаях пациенты страдали хроническим калькулёзным холециститом. Первично всем пациентам с холангиогенным абсцессом была произведена пункция абсцесса, у 4 (4,9%) пациентов вовремя лапароскопической холецистэктомии под Уз-контролем произведена пункция полости абсцесса. В 8-ми случаях абсцесс печени возник в результате деструктивного холецистита, при этом у 2 больных после холецистэктомии с повреждением общего печеночного протока в послеоперационном периоде на 16 и 24 сутки; абсцессы локализовались в области 6–7 сегментов у одной больной и 7 сегмента у другой. У 3 больных не удалось методом промывания полости эвакуировать сгустки крови. В 3 случаях наблюдалось сопутствующее поражение печени: у одной пациентки - хронический гепатит алиментарно-токсической этиологии, у двух пациентов - хронический вирусный гепатит. В 26(32,0%) случаев учитывая гипертензию и наличия конкрементов в желчевыводящих протоках произведено эндоскопическая папилосфинктеротомия, что позволило добиться хороших результатов. Исследование динамики показателей картины крови таких как гемоглобин, эритроциты крови, лейкоциты, мочевины, щелочная фосфатаза, малоновый диальдегид, витамин Д, показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), показали, что в ходе лечения у больных с холангиогенным абсцессом печени отмечено заметное снижение показателей на фоне проводимой терапии, было отмечено, что показатели гемоглобина до пункции составило 88,6±4,8 и после проводимой терапии 104,4±0,1 гр., эритроциты с 3,0±0,6 восстановлен до 3,7±0,1., ЛИИ с 6,4±0,6 снижена до 4,0±0,1., Показатели малонового диальдегида с 16,58±0,47 до 14,1±0,09 и Витамин Д с 41,8±2,0 до 58,0±0,2. При микробиологическом исследовании материала у больных, которые перенесли холецистэктомии, в полости абсцесса выявлены *Acinetobacter* в одном случае, комбинация *Escherichia coli* и *Proteus miolabiris* в другом. У 7 (8,6%) в полости абсцесса обнаружен *Enterococcus faecalis*. Бактериологический анализ содержимого АП показал, что среди выявленных возбудителей преобладает грамотрицательная флора. Чаще всего обнаруживались: *Escherichia coli* - в 62,9%. Грамположительная флора была обнаружена в 30,3%. Чаще всего высевались: *Staphylococcus spp.* - в 9,8%, *Streptococcus spp.* - в 8,6%. В 5 случае высеялись грибы рода *Candida*. Исследование динамики некоторых показателей крови при амёбных абсцессах печени как гемоглобин, эритроциты крови, лейкоциты, мочевины, щелочная фосфатаза, малоновый диальдегид, витамин Д, показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), показали, что в ходе лечения у больных с амёбным абсцессом печени отмечено снижение показателей на фоне проводимой терапии, было отмечено, что показатели гемоглобина до пункции составило 88,1±4,0 и после проводимой терапии 107,4±0,2 гр., эритроциты с 3,1±0,5 восстановлен до 3,8±0,1., ЛИИ с 6,3±0,5 снижена до 4,9±0,1., Показатели малонового диальдегида с 16,38±0,41 до 11,1±0,05 и Витамин Д с 41,3±1,5 до 58,1±0,5. Сравнивая показали выявлено, что при холангиогенном абсцессе печени уровень эндотоксемии выше чем у пациентов с амёбным абсцессом. При пункционных вмешательствах у 11(13,5%) с посттравматическим абсцессом и у 5(6,1%) пациентов

с неустановленной причиной возникновения установка дренажа не возникли проблемы. Содержимое кист было дренировано адекватно, лишь у 4(4,9%) пациентов с постравматическим абсцессом возникла необходимость повторного пунктирования, из-за достаточно большой плотности гнойного выпота до 5 ед., что чревато для произведения полноценной эвакуации. В дальнейшем в ходе изучения динамики некоторых показателей крови у данной подгруппы пациентов как гемоглобин, эритроциты крови, лейкоциты, мочевины, щелочная фосфатаза, малоновый диальдегид, витамин Д, показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), показали, что в ходе лечения у больных несмотря на имеющийся острый процесс в печени отмечено заметное снижение показателей на фоне проводимой терапии, было отмечено, что показатели гемоглобина до пункции составило 88,1±1,0 и после проводимой терапии 98,4±0,1 гр., эритроциты с 2,9±0,2 восстановлен до 3,7±0,1., ЛИИ с 6,1±0,4 снижена до 5,4±0,1. Показатели малонового диальдегида с 16,31±0,29 до 10,0±0,05 и Витамин Д с 43,1±1,3 до 63,1±0,5. В ходе проведенного исследования в подгруппе пациентов с холангиогенным абсцессом печени в послеоперационном периоде у 3(3,7%) пациентов возникли осложнения, у 2 пациентов на 2-3 сутки отмечено желчеистечение в количестве до 400-500 мл. в сутки, пациенты получали консервативную терапию, было решено подвергнуть их эндоскопической папиллосфинктеротомии, постепенно отмечено уменьшение потери желчи. 8 (9,8%) больных при контрольном УЗ осмотре в период 1-2 часа после установки дренажа наблюдали эхографические признаки свободной жидкости (крови) в виде гипо- или анэхогенных зон по правому фланку и в полости малого таза, смещающихся при изменении положения тела. Установлено, что причиной их появления является геморрагия из пункционного канала. У 1(2,2%) пациентов с постравматическим абсцессом печени после пункции отмечено кровотечение из места прокола, ликвидирован, произведено лечебная лапароскопия. В целом послеоперационные осложнения после миниинвазивных пункционных вмешательств у пациентов основной группы было у 8(9,8%) пациентов, из них летальность у 2(2,4%) пациентов.

**Выводы.** Проведенное лечение, включающее консервативную терапию, проведенные лечебные миниинвазивное вмешательство у пациентов основной группы в 1-3 этапа, позволило достигнуть выздоровления у 73(90,1%) больных с АП, в 8(9,8%) случаев лечебный эффект достигнут путем оперативного лечения после 2-3 безуспешных миниинвазивных вмешательств. Во всех этиологических подгруппах, как и в совокупной выборке, преобладающим по частоте методом лечения было дренирование. И хороший лечебный эффект, и отсутствие значимых и серьезных осложнений позволяет рекомендовать чрескожное эхоконтролируемое дренирование как метод выбора в лечении АП. При контрольных осмотрах пациентов в отдаленном послеоперационном периоде жалобы ими активно не предъявлялись. Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости в сроки от 6 месяцев до 2 лет проведено 24 пациентам основной группы после пункционных вмешательств. При ультразвуковом исследовании, которое проводилось через 6 месяцев после операции, в части случаев (29,6% в основной группе) в паренхиме органа выявлялась зона повышенной эхогенности, что соответствовало рубцовым изменениям в области ликвидированной инфицированной полости.

#### **Список литературы:**

1. Интервенционные вмешательства под контролем ультразвукового исследования в диагностике и лечении очаговых образований печени / В. Н. Карпенко // Вестник РНЦРР. -2009. -№ 9.-С.11 - 17.
2. Королев, М. П. Миниинвазивное лечение абсцессов печени / М. П. Королев, Ю. А. Спечищев, Л. Е. Федотов, [и др.] // Вестн. Санкт-Петербургского университета. Серия 11 : Медицина. — Санкт-Петербург. - 2012. -№ 4. - С. 121 - 131.
3. Egba, R. N. Closed drainage of liver abscesses: the 'UNICAL' drain as an efficient and cost saving device in a tropical setting / R. N. Egba, M. Asuquo, G. U. Ugare, I. Udoh // Niger. J. Clin. Pract. -2018. -V. 11 (4). - P. 396 - 399.
4. Lai, S. W. Pyogenic liver abscess correlates with increased risk of acute pancreatitis / S. W. Lai, K. F. Liao, C. L. Lin, P. C. Chen // : A population-based cohort study. J. Epidemiol. - 2016. -V. 25 (3). -P. 246 – 253.
5. Mukhopadhyay, M. Amoebic liver abscess: presentation and complications / M. Mukhopadhyay, A. K. Saha, A. Sarkar, S. Mukherjee // Indian J. Surg. -2016. -V. 72 (1). -P. 37 - 41.

*Хаджи Исмаил И.А.<sup>1</sup>, Костюк С.А.<sup>2</sup>, Полуян О.С.<sup>2</sup>*

## **ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ**

<sup>1</sup>Кафедра хирургии ГУО БелМАПО. Беларусь

<sup>2</sup>ПЦР НИЛ ГУО БелМАПО. Беларусь

**Актуальность.** Диагностика и лечение осложненной дивертикулярной болезни (ДБ) являются одной из актуальных проблем современной плановой и экстренной хирургии, т.к. непонятен механизм развития, начало бывает спонтанным и характеризуется тяжелым течением. Тяжесть протекания и исходы затрагивают не только сугубо медицинские, но и социальные и экономические аспекты оказания медицинской помощи. С возрастом риск образования дивертикулов возрастает и достигает 60% при возрасте 80 лет. Серьезными проблемами являются многочисленные осложнения, приводящие к эндогенной интоксикации, угрожающие жизни пациента и создающие определенные сложности в плане диагностики и лечения.

**Цель исследования.** Проанализировать и оценить тяжесть состояния пациентов в зависимости от степени эндогенной интоксикации при осложненной дивертикулярной болезни для выбора метода лечения.

**Материал и методы исследования.** При ретроспективном анализе данных 181 пациента, которые оперировались по поводу осложненной дивертикулярной болезни в Республиканском центре реконструктивной хирургии гастроэнтерологии и колопроктологии на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» в период времени с 2006 г. по 2018 г. осложнения обнаружены у 135 больных (74,6%). Мы использовали лейкоцитарную формулу из

общего анализа крови для определения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Л.Я. Кальф-Калифа и ядерного индекса интоксикации (ЯИИ) по Г.А. Даштояну. Эти два индекса были изучены в анализах крови, взятых из медицинских историй пациентов и оценены при поступлении в стационар и перед выпиской из стационара в конце курса лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех пациентов с осложненной ДБ при поступлении ЛИИ и ЯИИ были достоверно выше, чем при выписке: при поступлении ЛИИ колебался в диапазоне от 1,25 до 5,29 у.е., а в конце курса лечения при выписке от 0,342 до 1,97 у.е. ЯИИ составил 0,08 – 0,36 у.е., а при выписке был в пределах 0,045 – 0,11 у.е. Это означает, что все пациенты с осложненной формой ДБ претерпели тяжелую форму эндогенной интоксикации на фоне абсцессов, перфораций, свищей и перитонита. Снижение этих показателей во время выписки доказывает эффективность выбранного метода лечения, разработанного индивидуально для каждого пациента.

**Выводы.** Клиническое значение ЛИИ и ЯИИ заключается в определении тяжести гнойно-воспалительного процесса и его прогрессирования, а также имеет важное значение как для выбора метода хирургического вмешательства, так и для осуществления контроля за эффективностью лечения.

#### **Список литературы:**

1. Жигалкин, Г.В. Лейкоцитарный индекс интоксикации / Г.В. Жигалкин, Е.В. Моспанова, М.Т. Афаунов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1987. – Т. 138. – № 3. – С. 34–37.
2. Звягин, А.А. Оценка тяжести больных с гнойной патологией / А.А. Звягин, С.Ю. Слепнев, А.И. Курочкина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2003. – № 3. – С. 64–67.
3. О показателях нормы лейкоцитарного индекса интоксикации / В.К. Островский [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2003. – № 1. – С. 45–46.

*Халимова З.С.*

### **АМБЛИОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

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

**Актуальность.** Амблиопия – состояние, требующее наиболее ранней диагностики и лечения для достижения максимального восстановления остроты зрения [1]. В основе патогенеза дисбинокулярной амблиопии лежит нарушение фузионного рефлекса, при рефракционной амблиопии идет снижение остроты зрения вследствие различных нарушений рефракции. К сожалению, несвоевременное выявление и лечение амблиопии, может привести к ограничению в будущем профессиональном и социальном развитии ребёнка [2].

**Цель исследования.** Выявить средний возраст детей с дисбинокулярной и рефракционной амблиопией.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 461 ребёнок (278 мальчиков и 183 девочки) в возрасте от года до семи лет, обратившиеся в детское глазное отделение НМЦ РТ «Шифобахш» с января 2017 по август 2020 года. Данные были собраны ретроспективно из историй болезни и амбулаторных карт. Дети были разделены на 2 группы: I группа - пациенты с дисбинокулярной амблиопией (327 детей), II - с рефракционной амблиопией (134 ребёнка). Офтальмологическое обследование включало в себя визометрию, определение угла косоглазия по Гиршбергу, определение подвижности глазного яблока, скиаскопию на высоте циклоплегии (после трёхдневной инстилляции раствора сернокислого атропина в концентрации по возрасту ребёнка), определить бинокулярное зрение не удалось у большей части детей, так как обследуемые в силу возраста не понимали методику проведения четырёхточечного цветотеста.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст первичного обращения к офтальмологу среди детей с дисбинокулярной амблиопией составил  $3,1 \text{ года} \pm 0,3$ . У детей с рефракционной амблиопией  $6,9 \text{ года} \pm 0,3$ . Разница в скорректированной остроте зрения между двумя группами составляет в среднем  $0,6 \pm 0,05$ , что указывает на развитие амблиопии более высокой степени у детей с рефракционной амблиопией. В группе детей с дисбинокулярной амблиопией угол косоглазия по Гиршбергу в среднем составила  $20 \pm 5^\circ$ , у детей с рефракционной  $5 \pm 5^\circ$ . Ограничение подвижности глазного яблока в первой группе отмечено у 138 обследуемых. Во второй группе, подвижность глазного яблока была в полном объёме. В первой группе гиперметропия, превышающая возрастную норму, была определена у 239 детей (73,1%), миопия различных степеней у 24 (7,3%), рефракция соответствующая возрасту у 64 (19,6%). В группе с дисбинокулярной амблиопией, гиперметропия, превышающая возрастную норму, была определена у 56 детей (41,8%), миопия различных степеней у 78 (58,2%). У всех обследуемых во второй группе нарушения рефракции сочетались с астигматизмом превышающим в среднем 2,5Д между осями.

**Выводы.** Средний возраст детей с рефракционной амблиопией превышает в 2 раза средний возраст пациентов с дисбинокулярной амблиопией. Более раннее обращение с дисбинокулярной амблиопией, можно связать с признаком заметным родителям - косоглазием. А столь высокий средний возраст выявления рефракционной амблиопии – с прохождением медицинского осмотра перед поступлением в школу и отсутствием планового скрининга у детей дошкольного возраста. Необходимо внедрить в практику детских офтальмологов специализированное плановое дошкольное обследование детей, что позволит выявлять амблиопию на ранних этапах и будет способствовать более успешному и полноценному лечению данной патологии.

#### **Список литературы:**

1. Gulmaraes S. New pediatric risk factors for amblyopia: strabismic versus refractive / S. Gulmaraes [et al.] // Eur. J. Ophthalmol. – 2018, – Vol. 28. – P. 229-233.
2. Hendler K. Refractive errors and amblyopia in the UCLA Preschool Vision Program; first year results / K. Hendler [et al.] // Am. J. Ophthalmol. – 2019. – Vol. 172. – P. 80-86.

*Халимова З.С., Кадырова Н.А., Абдурахмонова Н.А.*  
**ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД УСТАНОВКИ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ У ДЕТЕЙ  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

**Актуальность.** По последним данным литературы, возрастная планка применения мягких контактных линз (МКЛ) постепенно снижается. Если 5 лет назад считалось допустимым ношение МКЛ с 14 лет, сейчас, при необходимости, допускается их применение даже у детей первого года жизни. Основными показаниями являются анизометропия (разная рефракция обоих глаз, один глаз может быть миопичным, другой гиперметропичным или эметропичным), миопия и гиперметропия высоких степеней, рефракционная амблиопия.

В чем же преимущество МКЛ перед обычной очковой коррекцией? Назначение МКЛ позволяет полностью откорректировать вышеуказанные состояния, что трудно выполнимо при очковой коррекции, кроме того ношение МКЛ сдерживает прогрессирование миопии, что особенно актуально при осевой врожденной миопии. Необходимо также учитывать, что МКЛ, вследствие отсутствия вертексного расстояния (расстояния между очковой линзой и поверхностью роговицы), не искажают реальные размеры предметов, расстояние между ними и обеспечивают более широкий угол обзора.

Однако, по нашему опыту, при назначении МКЛ многие родители отказывались от данного вида коррекции. Основной причиной являлось беспокойное поведение детей, а также признаки раздражения глазного яблока в процессе установки МКЛ на роговицу.

**Цель исследования.** Разработать комплекс мероприятий для атравматичной и безболезненной установки МКЛ у детей дошкольного возраста.

**Материалы и методы исследования.** Было исследовано 12 детей с миопией высокой степени, методом коррекции которым были избраны мягкие контактные линзы. Дети были разделены на 2 группы по 6 человек, средний возраст в первой группе составил  $2,3 \pm 0,3$  года, во второй  $2,1 \pm 0,3$  года. Родителей первой группы обучили стандартному способу первичного надевания МКЛ, который включает в себя следующие этапы: сначала в конъюнктивальную полость ребёнка капают по 2 капли 2% раствора лидокаина, затем, через 15 минут, родитель обеззараживает руки, устанавливает МКЛ на конце указательного пальца в горизонтальном положении, затем зафиксировав веки, надевает МКЛ на роговицу. Второй группе детей помимо инстилляций лидокаина, было рекомендовано добавить декспантенол в виде глазных капель. Кроме того, в момент установки МКЛ ребёнку ставили яркий, интересный мультипликационный фильм, что позволяло отвлечь внимание ребёнка от процесса надевания МКЛ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В первой группе, спустя 3 дня у всех детей были отмечены симптомы раздражения глаз. При окрашивании раствором флюоресцеина, под щелевой лампой, на роговице у 5 детей обнаружены микроповреждения эпителия. Также у 2 детей родители отмечали нервное состояние при попытке надеть МКЛ на второй и третий дни. Во второй группе у всех 6 детей не было симптомов раздражения глаз. Это можно связать с применением глазных капель декспантенола. Декспантенол является противовоспалительным и регенерирующим препаратом, позволяющим быстро восстанавливать эпителий роговицы у детей, который неизбежно повреждается на начальных этапах обучения родителей. При окрашивании флюоресцеином никаких патологических изменений роговицы обнаружено не было. У 1 ребёнка наблюдалось нервное состояние.

**Выводы.** Необходимо добавить к стандартному протоколу надевания МКЛ применение декспантенола глазных капель, а так же методы визуального отвлечения ребенка, все это позволяет снизить травматизацию и психологический дискомфорт у ребёнка. Применение МКЛ с раннего возраста позволяет более полноценно сформировать корковые центры зрения у ребёнка, соответственно более стабильное развитие зрительных функций и стереоскопического зрения.

**Список литературы.**

1. Wallin, J.J. A Randomized Trial of Soft Contact Lenses for Myopia Control: Baseline Data and Methods/ J.J. Wallin // *Ophthalmic. Physiol. Opt.*-2017. – Vol.37, – № 2. – P. 51-59.
2. Внедряем контроль миопии в практику/ К. Гиффорд // *Современная оптометрия.* –2018. – №10. – С. 8-12.

*Халимова З.С.*

**ЗНАЧИМОСТЬ НОВЕЙШИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В МОНИТОРИНГЕ БЕРЕМЕННЫХ  
С МИОПИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

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

**Актуальность.** До настоящей поры между гинекологами и офтальмологами идут споры о методах родоразрешения у беременных с миопией. Исследователи, так и не пришли к единому мнению, в научной литературе опубликовано множество противоречивых наблюдений беременных с миопией высокой степени во время беременности и в послеродовом периоде [1,2]. По данным одних авторов в результате естественного родоразрешения при миопии высокой степени с изменениями на глазном дне не наблюдается ее прогрессирования и осложнений со стороны глазного дна [3]. Другие исследования, свидетельствуют о распространении периферических хориоретинальных дистрофий в более половины случаев, приводящих к отслойке сетчатки [4].

Учитывая увеличение количества выявления миопии различных степеней у беременных (обязательный осмотр офтальмолога при постановке на учет в женской консультации), сопровождающейся различной сопутствующей соматической патологией, необходимо разработать новую методику офтальмологического обследования.

**Цель исследования.** Изучить значимость новейших методов исследования в различные trimestры беременности при миопии различных степеней, в частности периферических отделов сетчатки.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 23 первично беременных в возрасте от 19 до 26 лет (в среднем  $21 \pm 0,2$  месяца) с миопией различной степени и нормально протекающей беременностью. В первую группу вошло 16 пациенток с миопией средней степени, во вторую 7 пациенток с миопией высокой степени. Применяли стандартное офтальмологическое обследование (визометрия, скиаскопия, авторефрактометрия), в том числе ультразвуковое А- и В-сканирование, фоторегистрацию глазного дна проводили с помощью цифровой фундус-камеры SmartScore Pro фирмы Optomed (Финляндия). Осмотры проводились на 8, 26 и 38 неделе беременности.

**Результаты исследования и обсуждение.** При первом осмотре в первой группе острота зрения составила  $0,2 \pm 0,05$ , рефракция  $-3,75 \pm 0,5$ Д, переднезадняя ось составила  $25,1 \pm 0,3$  мм, на глазном дне не обнаружено грубых изменений. Во второй группе острота зрения составила  $0,1 \pm 0,05$ , рефракция  $-8,25 \pm 0,5$ Д, переднезадняя ось  $27,4 \pm 0,3$  мм, на глазном дне у 5 изменения в виде миопического конуса, у двоих признаки частичной атрофии зрительного нерва, у 2 вышеуказанные признаки сочетались с растяжением периферических отделов сетчатки. При повторных осмотрах в первой группе не обнаружено значительных изменений в показателях зрительных функций и рефракции. На глазном дне не было отмечено изменений колорации диска зрительного нерва, калибра сосудов и периферических отделов сетчатки.

Во второй группе отмечено снижение остроты зрения на  $0,05$ , увеличение миопической рефракции в среднем на  $-0,75 \pm 0,25$  Д, при этом данные переднезадней оси не претерпели изменений. У 1 беременной на фотоснимках глазного дна на 26 неделе беременности была обнаружена дегенерация сетчатки по типу «следа улитки» с элементами витреоретинальной тракции. В данном случае была проведена локальная лазерная коагуляция сетчатки в два этапа. На повторном осмотре на 38 неделе не отмечено наличия разрывов сетчатки.

Всем обследуемым было рекомендовано естественное родоразрешение

**Выводы.** Применение полного спектра офтальмологического обследования позволяет более точно фиксировать изменения, происходящие при беременности у обследуемых с миопией различных степеней. Это позволяет провести своевременное лечение и предотвратить появление грозных осложнений в процессе родов, таких как отслойка сетчатки, гемофтальм и т.д.

#### Список литературы.

1. Алисинок Е.С. Тактика ведения беременности и родов у женщин с миопией /Алисинок Е.С., Самарина Е.А. // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2019. – № 4. – С. 52-56.
2. Особенности тактики ведения родов у беременных с миопией средней и высокой степени / В.И. Краснопольский, К.Н. Ахвледиани, Л.С. Логутова// Материалы юбилейной Всероссийской науч.-практ. конф. МНИИГБ им. Гельмгольца, Ч. 1. – М., 2015. – С. 198-200.
3. Петраевский А.В. Оценка реальных факторов риска отслойки сетчатки и определение показаний к профилактической лазеркоагуляции сетчатки у беременных / Петраевский А.В., Гндоян А.В. // Офтальмология. – 2016. – Т. 3, № 3. – С. 48-54.
4. Родоразрешение при периферических витреохориоретинальных дистрофиях /Никитина Т.В., Бурдули Г.И., Саксонова Е.О.// Съезд офтальмологов России: Тезисы докл. – Ч. 1. – М., 2019. – С. 471.

*Халиярова Г.Д., Камалова С.Я., Тешаев О.Р*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРУДНО ДОСТУПНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней Ташкентская медицинская академии. Узбекистан

**Актуальность.** Эхинококкоз печени – тяжелое паразитарное заболевание, вызываемое личиночной стадией цепня эхинококка – *Echinococcus granulosus*, которое встречается у жителей всего земного шара и остается в ряду тяжелых паразитарных заболеваний, представляющих серьезную медицинскую, социальную и даже народнохозяйственную проблему для многих, в том числе и высокоразвитых, стран мир [1,4]. Узбекистан относится к эндемичным по эхинококкозу географическим зонам. Распространенность эхинококкоза в республике, выявляемая по обращаемости за медицинской помощью, составляет 5,82 на 100 тыс. населения и имеет устойчивую тенденцию к росту [2]. 124 ISSN 2181-7812 www.tma-journals.uz Клиническая медицина Эхинококкоз печени является основной проблемой хирургической гепатологии [2]. Несмотря на доброкачественный характер, среди паразитарных заболеваний эхинококкоз печени занимает лидирующую позицию по количеству осложненных форм, которые требуют оперативного вмешательства [3]. Послеоперационные осложнения возникают у 5-31,7% больных гидатидным эхинококкозом печени. При этом наиболее часто отмечаются желчеистечение и нагноение остаточной полости. Летальность при хирургическом лечении больных эхинококкозом даже в клиниках, располагающих значительным опытом, достигает 3,1-8,6% [3,4]. В настоящее время активно развиваются чрескожное пункционно-дренирующее лечение паразитарных кист под контролем УЗИ или КТ с проведением пред- и послеоперационной химиотерапии, а также эндовидеохирургические технологии. Особенностью современного этапа хирургии эхинококкоза является стремление использовать минимально травматичные способы вмешательства, к числу которых относятся чрескожные пункции и дренирование эхинококковых кист под УЗ-контролем [1,5]. По данным мировой статистики, в настоящее время миниинвазивные вмешательства используются почти у трети больных эхинококкозом. В то же время очевидно, что необходим анализ накопленного опыта хирургического лечения эхинококкоза печени и дальнейший поиск и совершенствование хирургического лечения этой категории больных [4,5]

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения трудно доступных эхинококковых кист печени путем применения миниинвазивных методов.

**Материал и методы исследования.** В период с 2013 по 2019 гг в отделении плановой хирургии городской

клинической больницы №1 г. Ташкента на стационарном лечении находились 303 пациента с эхинококковыми кистами, расположенными в VII-VIII сегментах печени. В момент поступления выполняли общий анализ крови и мочи, биохимические анализы для определения функционального состояния печени, ЭКГ. Основным методом диагностики было ультразвуковое исследование (УЗИ), которое проводили до операции, в послеоперационном периоде и при выписке больных из стационара. В сомнительных случаях осуществляли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Возраст больных – от 20 до 71 года, средний возраст –  $38,4 \pm 1,6$  года. Женщин было 162 (53,5%), мужчин – 141 (46,5%). В зависимости от метода хирургического лечения больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 159 пациентов с эхинококковыми кистами размеры до 7 см, расположенными внутривнутрипеченочно в VII-VIII сегментах печени, которым проведено пункционное лечение. Во 2-ю группу включены 144 пациентов с эхинококковыми кистами размерами более 7 см, расположенные по краю печени в VII-VIII сегментах, у которых выполнены миниинвазивные торакофренолапаротомные разрезы длиной до 7 см с видеоассистированием. У 202 (66,3%) больных диагностирован первичный эхинококкоз печени, у 102 (33,66%) – рецидивный. Выбор оперативного доступа в значительной степени зависел от локализации и размера кист. Наиболее часто имели место поражения VII-VIII сегментов, что существенно затрудняло выбор доступа и выполнение всех этапов эхинококкэктомии. В связи с этим немаловажной проблемой традиционных вмешательств остается хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени, который имеет ряд особенностей и является наиболее сложным в техническом плане. При такой локализации из-за поздней диагностики чаще обнаруживаются лишь большие и гигантские кисты. Практика показывает, что локализация эхинококковых кист на диафрагмальной и задней поверхности печени является наиболее неудобной для выполнения адекватной операции, и при использовании традиционных операционных доступов она нередко технически трудно выполнима. Поэтому у пациентов 2-й группы при локализации эхинококковых кист больших размеров в зоне 7-8 сегментов с вовлечением в процесс диафрагмы применяли торакофренолапаротомный доступ с видеоассистированием. У 82 больных этой группы произведена тотальная перицистэктомия, у 15 – субтотальная перицистэктомия, у 45 – эхинококкэктомия без удаления фиброзной капсулы, у 2 больных выполнена резекция печени, показаниями к которой служило краевое расположение паразита, а также случаи, когда другие методы операции не могли бы обеспечить положительный эффект. При поступлении большое внимание уделяли предоперационной подготовке, особенно ослабленным. ISSN 2181-7812 www.tma-journals.uz 125 Клиническая медицина новых больных. Она была кратковременной (не более 3-4 сут) и заключалась в проведении инфузионной терапии с обязательным включением гепатотропных препаратов. Кроме того, в этот период выполняли дополнительное обследование с целью уточнения диагноза или выявления характера сопутствующего заболевания. Все больные 2-й группы оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Для противопаразитарной обработки эхинококковых кист применяли 70% этилового спирта с экспозицией 5 мин, а также спиртовой раствор йода с экспозицией 10 мин. После эхинококкэктомии полость фиброзной капсулы ликвидировали различными способами (капитонаж по Дельбе, инвагинация, перицистэктомия). Особое внимание уделяли оценке тяжести послеоперационного периода с контролем УЗИ грудной и брюшной полостей. Пункционно-аспирационная эхинококкэктомия больным 1й группы проводилась под УЗ-контролем, 38 пациентам выполнено дренирование остаточной полости. Размеры эхинококковых кист варьировали от 5 до 7 см. У 118 (74,2%) больных отмечалось внутривнутрипеченочное расположение эхинококковой кисты. Показаниями к пункционно-аспирационному методу считаем одиночные эхинококковые кисты размером 7 см, расположенные в толще паренхимы, а высокий операционно-анестезиологический риск. Оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем выполнялись под местной анестезией. Для проведения пункционных вмешательств использовался УЗ-аппарат, а также набор специальных игл. Полости кист дренировали по методу Сельдингера, а при кистах больших размеров использовался стилет-катетер. Для предотвращения возможного обсеменения брюшной полости пункционные вмешательства производились через ткань печени. После попадания в полость эхинококковой кисты пункционную иглу извлекали, устанавливали дренаж по методу Сельдингера. Через катетер производили максимально возможную эвакуацию содержимого кисты. Далее полость промывали 70% раствором этилового спирта. После 10-минутной экспозиции проводилась реаспирация введенной жидкости. Фрагменты девитализированных оболочек паразита удалялись активной аспирацией методом лаважа.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Послеоперационный период у большинства наших пациентов протекал удовлетворительно, но у 21 (14,58%) возникли осложнения: нагноение остаточной полости выявлено у 7 пациентов, желчеистечение у 5, поддиафрагмальный абсцесс – у 2, механическая желтуха – у 1, аллергическая реакция – у 1, кровотечение – у 1. Так, у 2 больных до выписки из стационара обнаружена остаточная полость небольших размеров, но содержащая жидкость, поэтому они были выписаны с рекомендациями наблюдения у хирурга в поликлинике по месту жительства. У 2 пациента во время пребывания в стационаре возникло частичное нагноение послеоперационной раны, что потребовало дополнительного назначения антибиотиков и местного лечения согласно протоколу ведения гнойных ран. Это осложнение, как правило, возникало при поддиафрагмальной локализации кист, когда выделение кисты из сращений неизбежно вызывает травматизацию диафрагмы. Продолжительность пребывания в стационаре больных 1-й группы составила  $4,6 \pm 3,2$  койко дня. Контроль лечения осуществляли с помощью фистулографии и ультразвукового исследования печени, проводимого сразу же после манипуляции с целью выявления цистобилиарных свищей и через 1,5-2 месяца после пункции и дренирования. Критерием эффективности лечения считали облитерацию и склерозирование кист. В послеоперационном периоде у 1 (0,63%) пациента при пункционном вмешательстве развилась аллергическая реакция, которая была купирована десенсибилизирующей терапией. У 5 пациентов отмечалось нагноение остаточной полости. Других осложнений пункционного лечения эхинококковых кист не было. Летальных исходов в этой группе не было. Дренажи удаляли после очищения полости кисты от остатков хитиновой оболочки и прекращения отделяемого. Пациенты были выписаны с наличием катетера и находились на амбулаторном наблюдении, регулярно проходили ультразвуковое обследование. На 25-30-е сутки после



чрескожной пункционной эхинококкэктомии катетеры удалены у всех пациентов. При оценке отдаленных результатов сроком до 3 лет удовлетворительный результат был отмечен у всех пациентов данной группы. Случаев рецидива заболевания не было. При контрольном УЗИ у 124 (77%) больных выявлена полная облитерация кисты, у 35 (22%) имелись незначительные остаточные полости. В процессе внедрения в клинику данного способа лечения эхинококкоза печени мы убедились, что его применение нецелесообразно при наличии множественных паразитарных кист. Противопоказанием к использованию пункционного метода считаем так же разложившийся эхинококкоз, так как в этом случае полностью удалить густое, вязкое содержимое бывает практически невозможно.

Малоинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени, к которым относится пункция кисты под контролем УЗИ и миниторакотомия с видеонаблюдением, имеют значительное преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, уменьшение количества послеоперационных осложнений и затрат на лечение пациентов, однако отбор больных для данного метода лечения должен быть строго индивидуальным и обоснованным.

**Выводы** .1. У больных с неосложненными кистами во VII-VIII сегментах, расположенными интрапаренхиматозно, размерами до 7 см пункционно-аспирационная 126 ISSN 2181-7812 www.tma-journals.uz Клиническая медицина онная эхинококкэктомия является относительно безопасным вмешательством. 2. Применение метода способствует уменьшению количества послеоперационных осложнений, а полученные результаты позволяют считать его радикальным вмешательством при гидатидном эхинококкозе печени.

3. При больших размерах с краевым расположением эхинококковых кист в VII-VIII сегментах печени эффективным методом является применение мини- трокотомии с видеонаблюдением.

#### **Список литературы**

1. Акилов Х.А., Ортиков Б.Я., Акбаров И.М., Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза редких локализаций // Хирургия Узбекистана. – 2008. – №3. – С. 7-10.
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Украинский журн. хир. – 2013. – №3. – С. 196-201.
3. Вишневский В.А., Кахаров М.А., Камолов М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тез. 12-го Междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 106.
4. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Анналы хир. гепатол. – 2006. – №11. – С. 111-117.
5. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Украинский журн. хир. – 2013. – №3. – С. 196-201.

*Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Нозимов Ф.Х., Аннаев М.А.*

### **ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Лечение транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки (ТСПК и ЭСПК) остаётся весьма трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено высоким процентом рецидивов болезни (8-22%), а также нередко развивающейся послеоперационной недостаточностью анального сфинктера (НАС) прямой кишки, частота которой достигает 30-78% от общего числа оперированных по поводу данной патологии больных [2]. Исключение развития послеоперационной НАС является приоритетной задачей в лечении сложных свищей прямой кишки [3]. Независимо от вида используемого лоскута при пластических операциях, общим недостатком для данного рода вмешательств являются достаточно высокая частота рецидивов свищей и вероятность развития анальной инконтиненции несмотря на то, что, в целом, операции имеют сфинктеросохраняющую направленность [5].

Несмотря на неоднозначное отношение большинства колопроктологов, самой распространённой методикой хирургического лечения сложных свищей прямой кишки остаётся лигатурный метод. Однако одним из недостатков этого метода является сама лигатура, как проводник инфекции из прямой кишки в послеоперационную рану с последующим нагноением раны и рецидивом заболевания, особенно у больных с сопутствующими заболеваниями, как сахарный диабет (СД), ожирение и др., ухудшающие течение, как самого заболевания, так и послеоперационного периода [1, 4].

Исходя из вышесказанного, неудовлетворительные результаты используемых методов лечения, выражающиеся в значительном количестве осложнений, заставляют искать новые пути хирургического лечения пациентов со сложными формами свищей прямой кишки у больных СД.

**Цель исследования.** Улучшить отдалённые результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом.

**Материал и методы исследования.** Нами проведён сравнительный анализ показателей отдалённых результатов оперативного лечения 65 больных сахарным диабетом II типа с ТСПК и ЭСПК. Все пациенты находились на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе с 2010 по 2019 гг. Больные были разделены на две группы: контрольную, в которую включены 31 больной, и основную – 34.

Давность свищей прямой кишки была от 3 месяцев до 20 лет. Среди больных преобладали лица мужского пола в обеих группах: 26(76,4%) – в контрольной группе и 25(80,6%) – в основной. Средний возраст больных составил 54,0±0,8 года.

Больным контрольной группы с ТСПК и ЭСПК проводились традиционные методы: иссечение свища с низведением слизистой оболочки по Джад-Робле и Масляку (при I-й и II-й степенях сложности свища); лигатурный метод применен остальным пациентам этой группы при III-й и IV-й степени сложности свища.

Больным основной группы с ТСПК и ЭСПК I-й и II-й степени сложности свища проводился предложенный нами первый способ иссечения свища с низведением лоскута и нанесением на периаанальную кожу дополнительных разрезов (рацпредложение № 3514/R697, ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 30.06.2016), который заключается в следующем: после иссечения свищевого хода, низведения слизисто-подслизистого лоскута для профилактики натяжения низведённого лоскута наносят параллельно к ране промежности дополнительные разрезы в шахматном порядке длиной 1,0-1,2 см. Больным этой же группы с ТСПК и ЭСПК III-й и IV-й степенями сложности для профилактики образования гематомы под низведённым лоскутом и поступления микробов в рану по лигатуре был проведён второй предложенный нами способ с подкожно-подслизистым проведением лигатуры и полоски резинового дренажа под низведённым лоскутом (рацпредложение № 3597/R649 ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 28.06.2018): после иссечения свищевого хода, во внутреннее отверстие вводят нитку (шелк №6). Конец этой нитки и полоску резины выводят обратно в дополнительную рану промежности через заранее сделанный интрасфинктерный подкожно-подслизистый «туннель» и затягивают ее до полного обхвата подлежащего «мостика» тканей. В последующем низводят слизисто-подслизистый лоскут в анальный канал в области внутреннего отверстия свища и несколькими шелковыми швами фиксируют края лоскута к краю раны периаанальной кожи, после чего бывшее внутреннее отверстие свища, проведенная лигатура и резиновый дренаж располагаются вне анального канала. Основную рану в области промежности частично ушивают или оставляют открытой в зависимости от её размера, наличия дополнительных гнойных полостей в параректальной клетчатке. В рану помещают мазевый тампон. После 3-х дней удаляют резиновый дренаж под низведённым лоскутом, через неделю – лигатуру.

В критерии оценки отдалённых результатов включили недостаточность анального сфинктера и рецидив свища.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведённого анализа данных хирургического лечения сложных СПК у больных СД контрольной группы, установлено, что при использовании традиционных методов лечения у 31 больного, ранние послеоперационные осложнения в виде прорезывания швов, соскальзывания вверх низведённого лоскута с последующим нагноением раны и рецидивом свища возникли у 16 (51,5%) пациентов: из них у 9(29,0%) больных после пластических методов с низведением лоскута и у 7(22,5%) - после лигатурного способа. А при использовании разработанных нами способов среди 34 пациентов основной группы рецидив свища наблюдался у 7(20,6%) больных: из них у 4(11,8%) – после предложенного нами первого способа с нанесением на периаанальную кожу дополнительных разрезов и у 3(8,8%) пациентов – предложенного нами второго способа с подкожно-подслизистым проведением лигатуры под низведённым лоскутом. В отдалённом послеоперационном периоде НАС разных степеней среди всех исследуемых групп наблюдалась: в основной группе - 58,0% случаев, а в контрольной – 32,3% случаев. Во обеих группах III-я степень НАС не наблюдалась (таб.№1).

**Таблица №1. НАС после хирургического лечения СПК у больных сахарным диабетом**

Степени НАС	Кон.гр. (n-31)		Осн. гр. (n-34)		Q-критерий Кохрена
	абс	%	абс	%	
1	11	35.5	8	23.5	
2	7	22.5	3	8.8	
3	-	-	-	-	
<b>Всего:</b>	<b>35</b>	<b>58.0</b>	<b>11</b>	<b>32,3</b>	

Таким образом, при предложенном нами первом способе происходит снижение натяжения низведённого лоскута за счёт нанесения дополнительных разрезов и тем самым исключает нарушение кровообращения в последнем. А при предложенном нами втором способе - исключаются поступление микроорганизмов в рану по лигатуре из прямой кишки, образование гематомы или скопление сукровицы под низведённым лоскутом, а так же происходит снижение натяжения тканей в области лоскута за счёт дополнительного разреза. Сама лигатура является дренажом и маркировкой в случае несостоятельности низведённого лоскута.

При традиционных пластических операциях всегда происходит в той или иной степени натяжение тканей, приводящее к нарушению кровообращения, некрозу и ретракции низведённого в анальный канал лоскута с последующим нагноением послеоперационной раны и рецидивом СПК [5, 6]. Наличие нарушения кровообращения имеет место у пациентов СД и до операции, поэтому усовершенствование пластических методов операции при высоких свищах с нанесением дополнительных разрезов на периаанальной коже с целью снижения натяжения тканей и нарушения кровообращения лоскута у больных СД является целесообразным.

**Выводы.** Хирургическое лечение сложных свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом с применением разработанных нами способов и индивидуальной тактики способствует снижению частоты рецидива свища от 51,5 до 22,5% и недостаточности анального сфинктера от 58,0 до 32,3% и тем самым улучшают отдалённые результаты.

#### **Список литературы.**

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Лечение сахарного диабета и его осложнений: руководство для врачей. М.: Медицина, 2005.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М.: МИА, 2006. – 432 с.
3. Кузьминов А.М., Бородкин А.С., Волков М.В. и соавт. Результаты хирургического лечения экстрасфинктерных

- свищей прямой кишки путем низведения послойного сегмента стенки прямой кишки в анальный канал. Колопроктология. 2004; №4 (10), с. 8-12.
- Магомедов М.М., Гамзатов Г.М., Магомедов А.А., Нурмагомедова П.М. Лечение обширных гнойных ран у больных сахарным диабетом // Материалы 2 международного конгресса «Раны и раневые инфекции с конференцией «Проблемы анестезии и интенсивной терапии раневых инфекций». М., 2014. С. 233—235.
  - Athanasiadis S., Helmes C., Yazigi R. The direct closure of the internal fistula opening without advancement flap for transsphincteric fistula-in-ano. Dis. Colon Rectum. – 2004. – vol. 47. – №7. – p. 1174-1180.
  - Ortiz H., Marzo J. Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas. Br. J. Surg. – 2000. – vol. 87. – №12. – p. 1680-1683.

*Хамроев Б.М., Мухаббатова Дж.К., Давлатов Дж.Дж., Караева А.А.*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Свищи прямой кишки (СПК) или хронический парапроктит (ХП) являются распространённым заболеванием аноректальной области. Прямокишечные свищи занимают пятое место по встречаемости в структуре проктологических заболеваний и составляют от 15% до 40% госпитализаций в специализированные отделения после геморроя, анальных трещин, колитов, острых парапроктитов [2, 3]. Единственный радикальный метод лечения свищей прямой кишки – хирургический [2]. Не во всех случаях после хирургического лечения (рассечение или иссечение) свищей прямой кишки полностью рану на промежности не восстанавливают из-за наличия гнойных полостей (затёков) и (или) высокого риска инфицирования со стороны прямой кишки [5] и при этом образуется открытая рана, которая требует особого лечения.

Общепринятые операции по иссечению ПС отличаются высоким уровнем травматизации анального сфинктера, длительными сроками заживления ран перианальной области, развитием анальной недостаточности у 15-83% пациентов, рецидивом заболевания у 8-33% оперированных пациентов [6].

Эффективность лечения гнойно-воспалительных процессов в значительной степени может быть повышена путём разработки и применения новых препаратов локального действия [4]. Установлено, что сахарный диабет негативно влияет на течение раневого процесса, замедляет заживление ран, которые приобретают длительный, рецидивирующий характер [1].

В связи с этим, появляется необходимость адекватного подхода к лечению ран после иссечения свищей прямой кишки у больных в сочетании с СД.

**Цель исследования.** Улучшение заживления раны промежности после хирургического лечения свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом путём применения мази Актовегин.

**Материал и методы исследования.** Нами проведена сравнительная клиническая оценка заживления послеоперационных ран 50 больных с интрасфинктерными и трансфинктерными СПК в сочетании с сахарным диабетом. Больные со сложными СПК были исключены из исследования.

Нами были разделены пациенты на 2 группы: основную, в которую включены 27 больных, и контрольную – 23. Пациенты обеих групп находились на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе с 2010 по 2019 г. Все больные были с сахарным диабетом II типа в стадии компенсации или субкомпенсации и выявлено преобладание пациентов в возрасте 40 лет и старше. Для диагностики СПК проводили осмотр промежности, пальцевое исследование анального канала, аноскопию, ректороманоскопию, пробу с витальным красителем, зондирование свищевого хода, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) параректальной клетчатки, а также фистулографию при необходимости.

Больным основной группы в предоперационном периоде ежедневно в течение трёх дней производили обработку свищевого хода растворами антисептика «Вавеган» шприцем через кубитальный катетер, введенный в наружное свищевое отверстие. Пациентам контрольной группы проводилась санация свищевого хода по традиционному методу. Оценку предоперационной подготовки изучали по pH-метрии содержимого свищевого хода и состоянию микроциркуляции (МЦ) в области внутреннего отверстия свища с помощью лазерной доплеровской флоуметрии.

Для улучшения заживления раны промежности после иссечения интрасфинктерных и нижних трансфинктерных свищей, в качестве нового препарата локального действия использовали мазь «Актовегин» у больных основной группы, а пациентам контрольной группы принимали мазь «Левамиколь».

Оценку состояния раны в послеоперационном периоде в обеих группах проводили через 3, 7 и 14 суток после начала лечения, гистологически по стимуляции процессов ангиогенеза, клинически по формированию грануляций и динамике уменьшения площади кожного дефекта.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В предоперационном периоде, состояние МЦ в области внутреннего отверстия СПК до и после подготовки изменилось значительно у больных основной группы в отличие от контрольной: ПФ уменьшилась в среднем от 8,2 до 5,6; ИФМ увеличилась от 1,4 до 1,8. А также, pH содержимого свищевого хода основной группы в отличие от контрольной изменился от 5,9 до 6,3 в сторону нейтрального.

Способ применения мази Актовегина заключается в том, что послеоперационная рана обрабатывается с антисептиками (перекись водорода и декасан), а края раны – с раствором Люголя. После чего, на поверхность раны толстым слоем наносится 5% мазь Актовегин, с последующим наложением асептической повязки. Кратность применения – не менее 2 раза в день. А при наличии гнойных полостей и карманов (затёков) для быстрого очищения их от гнойных масс, рана дренируется турундой с 20% гелем Актовегина, после очищения ран продолжают применение 5% мази Актовегин (предложение: способ лечения ран после иссечения свищей прямой кишки у больных

с сахарным диабетом №3513/R697 ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 10.06.2016).

Через 3 суток при комплексном лечении послеоперационных ран, гистологически у 39,1% больных контрольной группы наблюдались стимуляция процессов ангиогенеза и начало формирования грануляций, а через 7 суток у 47,8% больных – клиническое формирование грануляций, чего не наблюдались в указанные сроки у больных основной группы. Анализ полученных данных показал, что к 14-15 суткам площадь ран уменьшилась: у контрольной группы на 76,0±0,5%, а у основной группы на 89,8±0,14%. (Таб. №1).

**Таблица №1. Показатели заживления раны промежности после иссечения свища прямой кишки у больных сахарным диабетом**

Показатели	Контр.гр. (n-23)		Осн. гр. (n-27)		Q-критерий Кохрена
	Абс.	%	Абс.	%	
3 сутки, начало ангиогенеза (гистологически)	9	39,1 <sup>2</sup>	18	66,7 <sup>1</sup>	
7 сутки, грануляционная ткань (клинически)	11	47,8 <sup>2</sup>	18	66,7 <sup>1</sup>	
Уменьшение площади раны в послеоперационном периоде – 14 суток	-	76,0±0,5	-	89,8±0,14	

**Выводы.** Таким образом, сахарный диабет, замедляя заживление ран, негативно влияет на течение процессов заживления раны промежности после иссечения свища, а местное применение мази Актовегин в комплексном лечении послеоперационных ран у больных со свищами прямой кишки в сочетании с сахарным диабетом оказывает положительное влияние на течение раневого процесса, что может улучшить ранние и отдалённые результаты хирургического лечения параректальных свищей. А применение рН-метрии содержимого свищевого хода и лазерной доплеровской флоуметрии в области внутреннего отверстия свища являются объективными факторами оценки эффективности предоперационной подготовки.

#### Список литературы.

1. Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Хамитов Ф.Ф., Прошин А.В., Якобишвили Я.И. Гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы и их отражение в МКБ-10 и стандартах страховой медицины // Хирургия. 2007. №1. С.49-55.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М.: МИА, 2006. – 432 с.
3. Зитта, Д. В. Применение программы оптимизации предоперационного ведения больных в плановой колоректальной хирургии / Д. В. Зитта, В. М. Субботин // Колопроктология. – 2013. – № 1. – С. 15-19.
4. Зеньков А. А., Комплексное лечение больных диабетом с обширным гнойно-некротическим поражением стоп. /Материалы XII съезда хирургов Республики Беларусь: Минск, 22–24 мая 2002 г. – Минск, 2002. – Ч. I. – С.48–51.
5. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. – М., 2001. – с. 73.
6. Эктов ВН, Попов РВ, Воллис ЕА. Современные подходы к выбору хирургической тактики в лечении больных прямокишечными свищами (обзор литературы). Колопроктология. 2014;(3):62-69. [http:// www.gnck.ru/pdf/journal\\_3\\_49\\_2014.pdf](http://www.gnck.ru/pdf/journal_3_49_2014.pdf)

*Хасанов Б.Н., Раззоков А.А., Назаров И.Р., Мираков Б.Т.*

### СИНОВИАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОКСАРТРОЗА

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

**Актуальность.** Коксартроз – это метаболическое дегенеративно-дистрофическое заболевание опорно-двигательного аппарата, имеющее высокую социальную значимость, затрудняющее все сферы жизнедеятельности человека [3]. Лечение таких больных является проблемой травматологии и ортопедии, так как в последние десятилетия по данным различных авторов, количество больных увеличилось в 3-5 раз [2]. Терапия коксартроза основана на применении, в первую очередь, нестероидных противовоспалительных препаратов и хондропротекторов (хондроитин и глюкозамина сульфат). Несмотря на значительные успехи в раскрытии многочисленных аспектов этиологии и патогенеза остеоартроза, лечение данного заболевания сегодня остаётся актуальной проблемой [1]. С одной стороны, это связано с многофакторностью развития остеоартроза, а с другой, – с симптоматическим действием большинства лекарственных средств, применяемых для его лечения. Современное лечение остеоартроза базируется на принципах поэтапности, непрерывности и преемственности, что предусматривает индивидуальный и комплексный подход к больному.

Принципиальное улучшение качества состава синовиальной жидкости может быть достигнуто в результате внутрисуставного введения препарата гиалуроновой кислоты высокой степени очистки с очень хорошими вязкоупругими свойствами, такими как дженерикмий гиалуроната натрия (ферматрона, остенила, синокрона и препаратов на основе Гилана GF 20 -синовиска) [4]. Одним из основных ограничивающих факторов активного использования препаратов гиалуроновой кислоты для лечения коксартроза-сама данная манипуляция, введение препарата гиалуроновой кислоты в тазобедренный сустав, является достаточно технически сложным в связи с анатомическими особенностями этого сустава, а также близостью расположения к нему артерий и нервов. Так, если провести внутрисуставную инъекцию в тазобедренный сустав (вслепую), она может привести к неудачным результатам, так как введение медленно адсорбируемых вязкоупругих препаратов гиалуроновой кислоты для достижения терапевтического эффекта требует особой точности постановки [5].

**Цель исследования.** Повышение эффективности комплексного консервативного лечения коксартроза путём локального внутрисуставного введения препаратов гиалуроновой кислоты (ГК).

**Материал и методы исследования.** Работа основана на данных комплексного обследования и лечения 87 пациентов с различной этиологией и продолжительностью заболевания от 3-х до 10 лет, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в ортопедическом отделении ГУ НМЦ РТ в период за 2014 - 2019 гг. Критериями, включаемыми в группу, являлись: наличие у пациентов жалоб на боли в тазобедренном суставе (как в покое, так и при физической нагрузке), тугоподвижность в суставе, рентгенологическое подтверждение данной патологии и бесперспективности проведенной неоднократной (курсовой) терапии НПВС и физиотерапии.

С односторонним коксартрозом был 41 пациент (47%), из них 12 мужчин и 29 женщин. С двухсторонним коксартрозом – 46 (52%) пациентов (10 мужчин и 36 женщин). Возрастной интервал составил от 40 до 80 лет. При этом, частота развития у женщин связана с менопаузальным остеопорозом, избыточной массой тела, отсутствием физических упражнений в каждодневной жизни и т.д. У большинства больных отмечен избыточный вес II-III степени.

Всем пациентам проведены ортопедическое и рентгенологическое обследования. По выявленным клинико-рентгенологическим данным у больных был зарегистрирован односторонний и двухсторонний коксартроз 2-3 ст., В соответствии с этим в основной группе было проведено комплексное лечение с внутрисуставным введением препаратов гиалуроновой кислоты.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При оценке рентгенограмм у 68 (78,2%) больных с коксартрозом преобладала дегенерация II стадии. В 19 (21,8 %) случаях - III стадии. Все пациенты ранее проходили неоднократные консервативные курсы лечения в амбулаторных условиях. В зависимости от базисной терапии ОА больные были рандомизированы на две группы.

В первой группе 46 (52,8%) (контрольной) пациентов получали комплексную традиционную медикаментозную терапию с использованием нестероидных противовоспалительных средств НПВП (ортофен, клодифен внутримышечно, локсидол таблетки по 15 мг/сутки), трюфостимулирующие препараты (витамины группы «В» внутримышечно), центральные миорелаксанты (мидокалм 150 мг/сутки) - для снятия болевого синдрома и спазма мышц, препараты улучшающие кровообращение и регенерацию хрящевой ткани. В дополнение к стандартной терапии в 32(69,6%) случаях, с целью снятия болевого синдрома, однократно проведено до пяти внутрисуставных инъекций, предназначенных для введения в полость сустава стероидных препаратов (дипроспан, сертоспан) и препаратов ингибиторов протеаз (контрикал-10000 ЕД) №5. В 17 (36,9%) случаях трёхкратно проводили внутрисуставные инъекции тромболитической аутоплазмы – «Plasmolifting™» с интервалом в 1 неделю. Комплекс лечебных мероприятий также включал разгрузочное манжеточное вытяжение, правильный двигательный режим и упражнения лечебной физкультуры. Для повышения эффективности применяемых медикаментов больные получали электро- и бальнеопроцедуры.

Анализ результатов лечения показал, что купирование болевого синдрома и полное восстановление амплитуды движений в суставах отмечено у 26 (56,5%) пациентов с дегенерацией II-III стадии.

Во второй группе – в 41 (48%) случае для сдерживания прогрессирования структурных изменений в поражённом суставе на фоне комплексной традиционной терапии пациентам проведены от 3-х до 5 внутрисуставных инъекций высокомолекулярной гиалуроновой кислоты в дозе эквивалентной 25 мг (2,5 мл) гиалуроната натрия препаратами - (SERTOPEC-PRO, OSTEONIL-Plus, Fermatron-Plus) с кратностью 1 раз в 1 неделю. Осмотр пациентов осуществлялся на следующие сутки после каждого очередного введения препарата ГК, через 3,6 и 12 месяцев. У 26 (63,4%) пациентов, в первые сутки после введения препаратов ГК наблюдался дискомфорт и ощущение инородного тела в области тазобедренного сустава (снижение дискомфорта наблюдается через 1-2-е сутки). У 15 (36,6%) больных отмечали резкое улучшение и увеличение объёма движения в тазобедренном суставе, и полное купирование болевого синдрома на 3-е сутки после его введения.

Рецидив болевого синдрома, возник у 4-х пациентов, через 3 месяца после введения препарата ГК. Через 6 месяцев рецидив отмечен у 6 пациентов и через 12 месяцев - у 11 больных в виде умеренных болей и незначительной тугоподвижности сустава. Во всех случаях произведено повторное внутрисуставное введение препарата ГК, болевой синдром на 3-и сутки в 9 случаях полностью купирован. Всем пациентам повторное введение препарата ГК рекомендовалось через 6-12 месяцев после вторичной манипуляции по показаниям.

Сложность проведения манипуляции возникла у пациентов с гиперстеническим типом конституции, в особенности женщин с «грушевидным» типом ожирения 2-3 степени. Всем больным с гиперстеническим типом конституции рекомендовано избавление от избыточной массы тела путём физических упражнений и коррекции питания.

Анализ результатов лечения показал, что после всего курса комплексного лечения с введением ГК, полное купирование болевого синдрома в контрольной группе с полным восстановлением амплитуды движений в суставах отмечено у 39 (90,2%) пациентов. В 2х случаях (4,9%) у больных с остеоартрозом тазобедренного суставов III стадии полное прекращение болей отмечено только в покое, а при нагрузке на сустав боли возобновлялись, но с умеренной интенсивностью.

Анализируя показатели результатов лечения, хорошие достижения с полной ликвидацией болевого синдрома и восстановлением движений в тазобедренном суставе получены в 56,5% в контрольной и 90,2% в основной группе.

**Выводы.** Таким образом, введение препаратов гиалуроновой кислоты в околосуставное пространство тазобедренного сустава обеспечивает его распространение по суставной капсуле, тем самым увеличивается продолжительность безболевого периода и подвижность в тазобедренном суставе. Это позволяет улучшить качество жизни пациента, отложить и, возможно, избежать тотальную имплантацию тазобедренного сустава.

### Список литературы.

1. Бурьянов А. А. Интраартикулярное инъекционное лечение остеоартроза. / А. А. Бурьянов, Т. Н. Омельченко, Ю. Л. Соболевский. – У., 2011.
2. Пак Ю. В. Эффективность терапии препаратами гиалуроновой кислоты и хондропротекторами при остеоартрозе тазобедренных суставов: Автореф. дис. канд. мед. Наук / Ю. В. Пак. – М., 2006. – 26 с.
3. Лучихина Л. В. Артроз. Ранняя диагностика и патогенетическая терапия. М, 2001.
4. Bagga N., Burkhardt D., Sambrook P., March L. Longterm effects of intraarticular hyaluronan on synovial fluid in osteoarthritis of the knee // J. Rheumatol 2006. Vol 33 № 5. P. 946-950
5. Bekerom M. P. J. vanden, Lamme B., Sermon A., Mulier M. What is the evidence for viscosupplementation in the treatment of the patients with hiposteoarthritis? Systematic review of the literature // Arc. Orthopaed . Trauma Surg. 2008. Vol. 128, №8. P. 815-823.

*Ходжамурадов Г. М., Одинаев Б. А., Сатторов Х. И., Хасанов М. А.*

### ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

**Актуальность.** Одной из сложных проблем хирургического лечения пострадавших с повреждениями анатомических структур верхней конечности являются последствия электрической травмы. В последние годы в связи с ростом производства участились случаи травмы, полученные в результате работы с электрическими станками, а также непосредственным контактом пострадавших с электрическими проводами [1,3]. Анализ литературы последних десятилетий показывает, что наиболее часто отмечается повреждение верхней конечности, что связано с большей подверженностью кисти к травме. При этом частота повреждения верхней конечности электрической травмой среди других механических травм варьирует от 2,5% до 5% [1,2].

Травмы, полученные в результате воздействия электрического тока, нередко имеют сочетанный характер. Данные многих авторов показывают, что при воздействии электрического тока отмечаются повреждения не только конечностей, но и туловища, шеи, головы и других участков тела [2,4].

Повреждения структур верхней конечности, полученные в результате воздействия электрического тока, носят протяженный характер и для них характерен ожог мягких тканей большой площади. В последующем ожоговая поверхность приводит к развитию обширного мягкотканого дефекта, что намного затрудняет выбор метода реконструкции. Нередко при таких травмах отмечаются протяженные повреждения сосудисто-нервных пучков и сухожильно-мышечного аппарата конечности [3,5].

Результаты операции на поврежденных анатомических структурах верхней конечности при электрической травме, несмотря на выполнение современных методов реконструкции, по сей день остаются малоутешительными и не удовлетворяют пациентов. С этим связана и большая частота инвалидизации, особенно среди молодого трудоспособного слоя населения [5].

В связи с вышеизложенным, проблема хирургического лечения пострадавших с последствиями электрической травмы остаётся актуальной и приобретает не только медицинскую, но и важную социальную значимость.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения пострадавших с последствиями электрической травмы верхней конечности.

**Материал и методы исследования.** За период с 1993 по 2020 годы оперативному вмешательству подверглись 34 пострадавших с последствиями электрической травмы верхних конечностей. Больные находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии и отделении восстановленной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии. Мужчин было 26 (76,4%), женщин 8 (23,5%). Возраст пациентов варьировал от 3 до 53 лет, из них детей до 14 лет было 16, что составило 47%. По уровню расположения повреждения больные были распределены следующим образом: на уровне предплечья - 12 (35,3%), нижней трети предплечья с переходом на кисть - 9 (26,5%), кисти и пальцев - 13 (38,2%). Сроки поступления пострадавших варьировали от 2 месяцев до 17 лет.

Анамнестические данные показали, что в период острой травмы все пострадавшие обратились в различные стационары по месту проживания.

Среди дополнительных методов диагностики были использованы рентгенография, термометрия, УЗДГ, электронейромиография и тетраполярная реовазография.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Характерной особенностью электрической травмы явилось то, что во всех наблюдениях имелись обширные рубцы по передней поверхности предплечья и кисти. При расположении патологии по внутренней поверхности предплечья (12) рубцы простирались с локтевого сгиба до нижней трети предплечья и при этом средняя площадь поражения кожи, т.е. наличие дефекта покровных тканей составил ± 80,32 см<sup>2</sup>. Клиническое проявление повреждения срединного нерва имело место у 3, локтевого – у 4 пациентов. Проявления одновременного повреждения обоих нервных стволов было отмечено у 3 пациентов. Неврологические расстройства среди общего числа пострадавших не были выявлены в 2 наблюдениях.

Кроме неврологических расстройств у 6 пациентов имело место отсутствие пульсации на плечевой артерии ниже бифуркации (2) и лучевой артерии (4). При УЗДГ, кроме этих наблюдений, отмечалось отсутствие магистрального кровотока у 4 обследованных пациентов.

Среди 13 пациентов с последствиями ожога кисти сгибательная приводящая контрактура I пальца имела место у 4, сгибательная контрактура тяжелой степени II-V пальцев - у 4, II-IV пальца – у 2 пациентов. В 3 остальных наблюдениях имел место обширный дефект ладони кисти со сгибательной контрактурой I-II-III пальцев и сращение

дистальных межпальцевых промежутков, по типу неполной синдактилии. Клиническое проявление поражения пальцевых нервов имело место у 8 пациентов. Проявление хронической артериальной ишемии кисти имело место при облитерации плечевой артерии у 2 пациентов.

При обследовании пациентов отмечались определенные затруднения при определении объема движений пальцев из-за наличия мягкотканого дефекта, наличия приводящей контрактуры, сращения, возможно и пересечения сухожилий.

Всем пациентам были поставлены показания к операции. Детям использовали общий наркоз и взрослым блокада плечевого сплетения и общий наркоз. Общий наркоз взрослым использовали при реконструкции поврежденных структур и создании полноценного кожного покрова осевым паховым лоскутом.

Среди дефектов покровных тканей лишь у 14 (41,1%) больных были поставлены показания к формированию полноценного кожного покрова наряду с реконструкцией поврежденных нижележащих структур.

При одновременном повреждении обоих нервов предплечья двухэтапная пластика срединного нерва за счет васкуляризованного трансплантата локтевого нерва была осуществлена 2 больным. Показанием к этому способу операции явилось непоправимое повреждение обоих нервных стволов на высоком уровне и давность травмы. Аутонервная пластика срединного и локтевого нерва была осуществлена 5 пациентам. В 3 остальных наблюдениях из-за большого диастаза срединного (1) и локтевого нервов (2) восстановление сенсорной функции кисти достигалось невротизацией. В двух наблюдениях повреждение плечевой артерии произведена аутовегетативная пластика артерии выше бифуркации в одном наблюдении. В другом наблюдении показания к реконструкции сосуда не были поставлены. При повреждении лучевой артерии также сосуды из-за большой протяженности облитерации не были восстановлены.

При сгибательной контрактуре лучезапястного сустава (3) в одном наблюдении произведено устранение контрактуры местно-пластическим способом, в 2 случаях дефект был укрыт осевым паховым лоскутом. Дефект, образовавшийся после устранения приводящей контрактуры I пальца, в 2 наблюдениях был ликвидирован перемещением лучевого лоскута предплечья и в 2 остальных наблюдениях аваскулярной кожной пластикой. При устранении разгибательной контрактуры I пальца у двух пациентов образовался дефект основной фаланги с переходом на тыльную поверхность кисти. Формирование полноценного кожного покрова достигалось использованием лучевого кожно-фасциального лоскута на ретроградной ножке.

При повреждении срединного (3) и локтевого нервов (2) была выполнена аутонервная пластика. Поврежденные сосуды не были восстановлены.

При коррекции патологии в области кисти (13) приводящая контрактура I пальца была устранена способом Hirshowitz в 3 и "Butterfly" в одном наблюдении. При тяжелой степени контрактуры II-V пальцев (4) и II-IV (2) были применены местно-пластические операции. При обширном дефекте ладони кисти (3) со сгибательной контрактурой I-II-III пальцев и сращением дистальных межпальцевых промежутков паховый лоскут был использован во всех случаях после устранения контрактуры пальцев местно-пластическим способом. Восстановление пальцевых нервов было осуществлено всем пациентам этой группы.

**Выводы.** Последствия электрической травмы верхней конечности зачастую приводят к рубцовым деформациям, мягкотканым дефектам и протяженным повреждениям сосудисто-нервных пучков. Формирование полноценного кожного покрова нередко достигается использованием васкуляризованных и аваскулярных трансплантатов. Протяженные дефекты нервных стволов требуют выполнения аутонервной пластики, либо восстановлением сенсорной функции кисти достигается путем невротизации.

#### Список литературы

1. Клинический случай отдаленных последствий электротравм у детей / Ш.А. Булекбаева., [и.др]// Вопросы реабилитации. - 2018. - № 1 (23). - С. 35-40.
2. Современная тактика хирургического лечения глубоких электроожогов кожи и костных структур. / Д.А. Рузимуратов, А.Д. Фаязов, С.И. Шукуров, А.Т. Сабитов // Shoshilinchtibbiyotaxborotnomasi. - 2013. - № 3. - С. 133.
3. Муллин Р.И. Ранняя некрэктомия и васкуляризованная кожная пластика при электротравме пальцев кисти. / Р.И. Муллин А.А. Богов Р.Г.Новиков // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2016. - № 1. - С. 88-89.
4. Hsueh Y.Y., Chen CL., Pan S.C. Analysis of factors influencing limb amputation in high-voltage electrically injured patients/ Y.Y Hsueh., C.L Chen., S.C Pan // Burns. -2011, Vol.37, No.4.-P.673-677.
5. Kasana R.A., Baba P.U.F., Wani A. Pattern of high voltage electrical injuries in the Kashmir valley: a 10-year single centre experience aspects des électricisations par haut voltage dans la valléeducachemire: expérience monocentrique sur 10 ans. Annals of Burns and Fire Disasters - vol. XXIX - n. 4 - December 2016. 259-263

*Ходжамурадов Г.М., Мирзоев Н.М., Шайманов А.Х., Одинаев Б.А.*

### ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино  
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии Таджикистан

**Актуальность.** Одной из сложных и не до конца решенных проблем реконструктивной и пластической микрохирургии является лечение пострадавших с последствиями ожогов верхней конечности [1,2]. Неадекватно оказанная помощь при свежих ожогах практически во всех наблюдениях сопровождается развитием различных рубцовых деформаций и контрактур кисти и пальцев, что значительно влияет на психо-эмоциональное состояние пострадавших.



шего. Вместе с тем ограниченная функциональная деятельность пострадавшего требует применению сложных порою многоэтапных методов реконструкции [3,4].

Несмотря на большие успехи современной реконструктивной хирургии в лечении последствий травм структур верхней конечности, применения ряда традиционных и современных методов реконструкции результаты этих операций по сей день остаются малоутешительными и нередко из-за инвалидизации часть пострадавших меняют свои профессии. Наряду с функциональными результатами, малоэффективными остаются и эстетические результаты лечения пострадавших. Порою достижения желаемых результатов требует применению повторных корригирующих оперативных вмешательств[5]. В связи с этим проблема лечения пострадавших с последствиями ожога верхней конечности остаётся актуальной, имеет большое медицинское и социальное значение.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения последствий ожогов верхней конечности, путем применения оптического увеличения прецизионной техники.

**Материал и методы исследования.** За период с 2015 по 2020 годы в отделение восстановительной хирургии РНЦССХ 45 больным выполнены различные варианты реконструктивных вмешательств по поводу последствий ожога предплечья и кисти. Возраст больных варьировал от 4 до 38 лет. Патология имела место у 24 мужчин и 21 женщины. Этиологическими факторами повреждений явились кипяченая вода и масло.

Первичную медицинскую помощь в остром периоде больные получили по месту проживания. При обследовании пациентов было установлено, что в 27 наблюдениях поражения были локализованы в области предплечья и плеча, в 18 – в области кисти. В 13 случаях больные поступили после многократных предыдущих операций по поводу устранения контрактур, рубцов и других не менее тяжёлых последствий термической травмы. Всем больным проводилось реконструктивно-пластическое вмешательство на конечности, с последующим проведением манипуляций, с использованием косметологических технологий для коррекции эстетических дефектов.

Среди дополнительных методов диагностики были использованы динамометрия, рентгенография костей верхней конечности, термометрия, реовазография, УЗИ и ЭНМГ. Некоторые методы исследования были использованы в послеоперационном периоде для оценки эффективности выполненных операций.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем пострадавшим были выставлены показания к оперативному лечению. Дети были оперированы под общим обезболиванием, взрослым применяли общий наркоз и блокаду плечевого сплетения. Во всех наблюдениях операции были выполнены под жгутом, с использованием оптического увеличения.

При локализации патологии в области предплечья в 5 наблюдениях после иссечения рубцов образовавшийся дефект покровных тканей был устранен перемещением осевого пахового лоскута на сосудистой ножке. Остальным 22 пациентам рубцовые деформации были устранены операциями местно-пластического характера. При этом в большинстве случаев удалось устранить дефекты Z –пластикой (5) и серийной Z-пластикой (7). Сочетание способа Z-пластики со способом “butterfly” использовалось в 4, а методика Hirshowitz в 6 случаях.

Наряду с устранением дефекта покровных тканей был выполнен шов срединного нерва (5), срединного и локтевого нерва (3 пациентам).

При устранении деформаций и контрактуры кисти и пальцев в 4 наблюдениях дефект кисти потребовал использования осевого пахового лоскута и в 2 наблюдениях был использован лучевой лоскут предплечья на ретроградной сосудистой ножке. При контрактуре пальцев кисти пациентам были выполнены местно-пластические оперативные вмешательства.

В ближайший послеоперационный период имел место краевой некроз пахового лоскута в одном наблюдении и перемещенных лоскутов пальцев в 3 наблюдениях. Указанные осложнения на исходы операции не повлияли.

В отдаленные сроки результаты выполненных операций были изучены у всех оперированных пациентов. При этом в 4 наблюдениях эстетические результаты оценивались как неудовлетворительными. Эти результаты были связаны с множеством проведенных ранее операций в других лечебных учреждениях. У остальных оперированных эстетические результаты удовлетворяли пациентов.

Функциональные результаты у всех оперированных пациентов были хорошими, функциональная несостоятельность кисти у всех больных устранилась. Результаты донорских зон также удовлетворяли пациентов, больные не предъявляли никаких жалоб относительно эстетического дефекта этих зон.

При оценке функциональных результатов в отдаленные периоды после операции использовали шкалу DASH. Функциональная состоятельность кисти при этом равнялась 95%.

**Выводы.** Повторная реконструкция послеожоговых дефектов, деформация и контрактур конечности требует применения адекватного способа операции. Использование прецизионной техники и оптического увеличения позволяют получить хорошие эстетические и функциональные результаты почти у всех оперированных пациентов.

#### Список литературы

1. Абдуллоев Д. А. Некоторые аспекты ожоговых травм в Республике Таджикистан (распространенность, проблемы и перспективы лечения) / Д. А.Абдуллоев, Т. Г.Гайратов, И. А. Пайков //Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т. 8, №. 1 (25). – С. 5 – 9;
2. Богданов С. Б. Актуальность применения раневых покрытий при раннем хирургическом лечении пограничных ожогов на конечностях у детей / С. Б.Богданов, О. Н.Афаунова, Р. Г. Бабичев //Медицинский вестник Юга России. – 2016. – №. 3. – С.27 – 30;
3. К вопросу о лечении донорских ран с использованием клеточных технологий и вакуумной терапии / А. В. Поляков [и др.] //Инновационная медицина Кубани. – 2018. – №. 4 (12). – С.34 – 38;
4. Improvement of surgical treatment for post-ambustial cicatricial deformations using vacuum therapy / S. B. Bogdanov [et al.] //Innovative medicine of Kuban. – 2019. – №. 2. – P. 30-35;
5. Long-term results of plasty of granulating wounds of the distal extremities with mesh and solid skin autografts of burn

*Ходжамурадов Г.М., Зиёода С.С., Хакимзода Б.Х., Мирзоев Н.М.*  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ**  
Кафедра хирургических болезней №2, «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино»  
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

**Актуальность.** Несмотря на тот факт, что в последние десятилетия достигнут значительный прогресс в ведении больных детского возраста в травмами уретры, после проведения оперативного вмешательства процент повторного обращения продолжает оставаться высоким и по данным литературы колеблется в пределах 25-50% [1-3]. Причиной столь высокого числа рецидивов являются как зависящие, так и не зависящие от оперирующего врача факторы, такие как выбор неправильного метода дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде, чрезмерное натяжение в области наложения анастомоза на уретру, недостаточно полное удаление рубцового элемента и другие [4.]. Каковы бы не были причины повторного обращения, выполнение реконструктивных операций после рецидива представляет собой намного более трудную задачу для специалиста, чем при выполнении операций при первичном обращении [5]. Именно поэтому чрезвычайно важно оптимизировать выполнение повторной операции, для предупреждения развития очередного рецидива у таких больных, так как при таких случаях добиться удовлетворительных результатов практически невозможно.

**Цель исследования.** Оптимизация принципов выполнения повторных хирургических вмешательств при посттравматических стриктурах уретры у лиц детей путем применения прецизионно техники и оптического увеличения.

**Материал и методы исследования.** За период с 2015 по 2020 годы в отделении восстановительной хирургии РНЦССХ и отделении детской хирургии Национального медицинского центра 7 пациентам с посттравматической стриктурой уретры выполнены различные варианты повторных корригирующих вмешательств. Возраст детей варьировал от 3 до 11 лет. Анамнестические данные показали, что традиционные методы операции детям были выполнены в различных стационарах города и районов республики. Сроки обращения детей после первичной реконструкции колебался от 3 месяцев до одного года и более.

При обследовании детей наряду с клинико-анамнестическими данными были использованы дополнительные методы исследования, такие как УЗИ, рентгенконтрастные методы и урофлоуметрия. Вышеперечисленные методы были использованы также в разные послеоперационные периоды для оценки эффективности проведенных операций.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем детей были поставлены показания к проведению повторных корригирующих операций. Операции были выполнены под общим обезболиванием. Во всех наблюдениях были использованы прецизионная техника и оптическое увеличение.

Использован промежностный доступ, проводимый строго по срединной линии, который намного облегчил техническое выполнение операции. При этом удалось выполнить адекватную коррекцию имеющейся стриктуры. Вместе с тем не возникали технические затруднения при мобилизации задней стенки уретры и проведение манипуляции на неё.

Определенные затруднения возникали при мобилизации уретры в связи с ранее проведенной операцией и наличии спаек. После обнажения поверхности луковично-кавернозной мышцы приступили к отделению мышцы от спонгиозной ткани луковицы уретры. Мышца отодвинулась в противоположную сторону и тем самым без особого затруднения спонгиозную часть уретры отделяли от места фиксации. Последняя, потребовала рассечения прикрепляющуюся к нижнему краю лобковых костей связку. Луковичный отдел уретры мобилизовалась глубже вместе с мембранозным отделом до предстательной железы.

После тщательного гемостаза измененная часть стриктуры рассекалась в пределах здоровых тканей. Во всех наблюдениях дефекты между здоровыми концами после освежения в среднем составили  $3,0 \pm 0,5$  см и не превышали приведенную цифру. Всем детей удалось накладывать анастомозы по типу «конец в конец» без особого затруднения и натяжения.

Некоторые технические затруднения возникали в одном наблюдении, где было установлено, что отмечается отрыв уретры в области шейки мочевого пузыря. В связи, с чем возникла необходимость к мобилизации шейки мочевого пузыря. После освежения патологической области удалось наложить анастомоз по типу «конец в конец» в мочевой пузырь. Предварительно через проксимальную и дистальную отрезки уретры проводили многослойную пузырно-уретральную трубку диаметром 0,5-0,6 см.

В послеоперационном периоде с целью орошения области анастомоза использовали антибиотиками и антисептики. Послеоперационное течение у 6 (85,7%) детей было гладкое, раны зажили первичным натяжением. В одном наблюдении после удалении катетера на 12 сутки у ребенка имел место уретральный свищ. Последний был ликвидирован спустя 3 месяца местно-пластической операцией с хорошим функциональным результатом. Струя мочи у всех детей была удовлетворительная, рез и других неприятных ощущения при акте мочеиспускания не имели место. Эффективность проведенных операций оценивалась и использованием УЗИ и урофлоуметрией. При использовании УЗИ определялся максимальный объём мочевого пузыря, толщина его стенок, объём остаточной мочи после мочеиспускания. При этом отклонений от нормы нами не было выявлено.

**Выводы.** Развитие стриктуры уретры считается сложной проблемой в плане выбора метода повторной реконструкции. Использование прецизионной техники и оптического увеличения, намного упрощая ход выполнения повторной реконструкции, способствуют получению адекватного функционального результата в отдаленные сроки после операции.

### Список литературы

1. Белобородова В.А., Воробьев В.А. Хирургическая реконструкция задней части уретры / В.А Белобородова., В.А Воробьев // *Сибирское медицинское обозрение*. -2017.-Т.3.-С. 13-20.
2. Котов С.В. Стриктуры уретры у мужчин – современное состояние проблемы / С.В Котов // *Медицинский вестник Башкортостана*.- 2015.-Т.10.-№3.-С. 266-270
3. Курбанов У.А. Опыт хирургического лечения гипоспадии с применением прецизионной техники / У.А. Курбанов.,[и др] // *Вестник Авиценны*.- 2013.-№1.-С.7-14.
4. Пушкарь Д.Ю. Сравнительная частота и факторы риска рецидива стриктуры уретры при различных методах оперативного лечения / Д.Ю Пушкарь.,[и др] // *Андрология и генитальная хирургия*. -2012.-№ 4.-С. 37-44.
5. Mundy A.R. Adjuncts to visual internal urethrotomy to reduce the recurrence rate of anterior urethral strictures /A.R Mundy // *European urology*. – 2007. – Vol.51, №4. -P. 1089– 1092.

*Ходжиев М., Едгорова М., Сафаров.О*

### ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Кафедра ЛФК и Восточная медицина ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино.Таджикистан.

**Актуальность.** Социально-экономические преобразования в Республиках постсоветского пространства за последние десятилетия привели к сложной и нестабильной экономической ситуации, что существенно отразилось на уровне жизни людей и привело к вынужденному положению необходимости выезда за пределы своего города и Республики на заработки. Это отмечается в повседневной современной жизни населения всего мира и Республик Средней Азии. Граждане трудоспособного возраста из бывших Республик СССР прибывают на работу в различные регионы РФ. В процессе трудовой деятельности мигранты сталкиваются с различными стрессорными, психоэмоциональными, психосоциальными и климато-экологическими факторами, которые приводят к снижению адаптационной реакции организма и риску развития заболеваемости и смертности населения. Проведенные исследования трудовых мигрантов, работающих на различных территориях Российской Федерации (РФ), показывают, что более 30% работоспособного населения живет в условиях постоянного социального и психоэмоционального стресса.

По материалам Центра службы статистики здоровья США в последние годы около 25% мужчин и женщин указывали на присутствие выраженного эмоционального стресса на работе. Анализ литературы показал, что некоторые последствия высоких рабочих требований, низкого рабочего контроля и низкой поддержки рабочих иллюстрируются высокими рисками нарушений здоровья. Высокая нервно-эмоциональная нагрузка приводит к функциональному напряжению и перенапряжению организма, в связи с этим в 3 раза повышается риск развития гипертонической болезни. Большинство потенциальных стрессоров рабочего места идентифицировано и описано, среди которых выделены 2 основные группы: физические и психологические. Физические факторы рабочего места, вызывающие стресс, включают вредные и опасные условия труда: интенсивный шум, высокую или низкую температуру окружающей среды, воздействие токсических газов и паров, чему, как правило, соответствуют скученность рабочих в помещении, изоляция.

Однако, недостаточно данных по изучению соотношения социально-психологических показателей и напряженности трудового процесса, с физиологическими характеристиками адаптационного процесса организма трудовых мигрантов, что является предметом настоящих исследований.

**Цель исследования.** Целью является изучение значимости и особенностей психосоциальных факторов в формировании профессионального стресса у трудовых мигрантов с различными нервно-эмоциональными нагрузками.

**Материал и методы исследования.** В основу социально-психологических исследований положен метод анкетирования. Анкетирование - метод исследований по анкетам предложенным, разработанным на основе «Профиля страны» экспертами ВОЗ и адаптированными нами для поставленных задач.

Исследования включали профессиографическую характеристику напряженности труда (НТ) работников с определенными класса вредности и напряженности труда в соответствии с Руководством Р 2.2.2006-05 на основе анализа структуры трудовой деятельности с бальной оценкой каждого вида нагрузок. Психофизиологические исследования с соответствующими специальными тестами, включающими в себя самочувствие, активность, настроение (САН), напряженность, тревожность, скорость восприятия зрительной и слуховой информации с помощью хроно-рефлексометрии, концентрации внимания по корректурной пробе с кольцами Ландольта с последующим расчетом объема воспринимаемой информации (ОВИ), состояние кратковременной памяти – по тесту «память на числа», структура личности - по тестам СМОЛ, Спилберга.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследование проводилось на шести профессиональных группах, которые подбирались с учетом нервно-эмоциональных, психосоциальных и психоэмоциональных нагрузок. Проведена оценка значимости психоэмоциональных, психосоциальных факторов, включая удовлетворенность трудом, формирование сотрудиических отношений руководителей по отношению к работникам среднего звена. Исследуемые группы: 1-я и 2-я группы это трудовые мигранты, работающие в крупных строительных организациях г. Москвы и Московской области монтажники и арматурщики; 3-я группа - работники работающие в Мосметрострое, 4-я группа работников- лица работающие в дорожной сети, 5-я группа работники плодоовощного склада, 6-я группа работники плодоовощного рынка. Отдельную группу составили женщины - трудовые мигранты, работающие в социальной сфере сиделками, нянями, домработницами. Анализ структуры обследуемых позволил заключить, что основной состав обследованных лиц был в возрасте  $20,58 \pm 2,74$  лет со стажем работы  $2,25 \pm 0,53$  лет. Всего обследовано 219 человек. Результаты исследований обрабатывались с использованием пакета прикладных программ «Statistika for Windows». Достоверность изменений оценивалась по критерию Стьюдента.

Распространенность рабочих факторов стресса, связанных с выраженными нервно-эмоциональными нагрузками, оказалась независимой от класса вредности, определяемого по показателям напряженности труда. Такие производственные требования как высокий рабочий темп, отсутствие свободы действий: контроль над методами и качеством работы, темпом и скоростью, над порядком выполнения задания составили у работников Мосметростроя (класс 3.3)  $20,0 \pm 10,39\%$ , работников плодоовощного рынка  $35,0 \pm 8,37\%$  (класс 3.1), работников социальной сферы  $36,67 \pm 7,97\%$  случаев (класс 3.2).

При анкетном опросе работники всех профессиональных групп, труд которых сопровождается высокими нервно-эмоциональными нагрузками, отмечали необходимость концентрации внимания, например, работники крупных строительных организаций и Мосметростроя в 32,09% и 39,45% случаев, соответственно; быстрого и точного восприятия информации - 25,0 % и 20,5%, запоминания большого объема информации на слух 12,5% и 23,1%, визуально - 12,5% и 20,5%, выполнения нескольких видов деятельности одновременно - 28,2% и 43,7%. Работа в условиях помех (25,0% положительных ответов) оказалась наиболее характерна для работников плодоовощных складов и рынка.

В целом, проведенный сравнительный анализ психосоциальных факторов у работников различных профессиональных групп, различающихся по характеру, виду и специфике труда показал, что низкая удовлетворенность трудом отмечается во всех трудовых коллективах и определяется степенью напряженности труда. Наиболее выраженное снижение удовлетворенности трудом отмечается у трудовых мигрантов, работающих в крупных строительных организациях, Мосметрострое (класс НТ 3.3), меньшее у работников плодоовощного склада (класс НТ 3.2) и рынка (класс НТ 3.1) в соответствии со степенью вредности определяемой по напряженности трудового процесса. В подтверждение этого рассчитанные коэффициенты корреляции между удовлетворенностью трудом и НТ для первой и второй группы работников составляют  $r = -0,85$ ;  $p \leq 0,05$ , для третьей группы работников  $r = -0,64$ ;  $p \leq 0,05$ .

Использование социально-психологических факторов эффективности групповой деятельности включают психологическую совместимость работников, возрастающую взаимозависимость о возможно на стадии формирования бригады в строительных организациях, Мосметрострое, на дорожных работах. Также было установлено, что удовлетворенность трудом низка в коллективах, где руководители нарушают трудовой договор. Несвоевременно и не в полном объеме выплачивают заработанную плату, не обеспечивают создание условий труда, согласно требованиям гигиенических нормативов. Отмечается низкая социальная поддержка трудовых мигрантов со стороны руководителей. В то же время, при работе женщин - мигранток в социальной сфере наблюдается недоброжелательное отношение авторитетных руководителей к своим подчиненным.

Возрастная диапозона колебаний изучаемых параметров обусловлено напряжением регуляторных механизмов, обеспечивающих адаптационный процесс организма к новым ситуационным условиям. Это обусловлено снижением концентрации внимания от уровня класса НТ 3.1 в 4,0 раза, накопление рабочего напряжения. Наблюдались более низкие уровни рабочего напряжения у рабочих, занятых на ремонте дорожной сети (класс НТ 3.2), а так же у работников плодоовощного склада (класс НТ 3.2) и рынка (НТ 3.1), соответственно: 0,58 ; 0,34 и 0,18 усл.ед.

Все выше названное является свидетельством снижения работоспособности и неудовлетворительной адаптацией организма мигрантов, прибывших из Республик Средней Азии к условиям Московского региона.

Основные психологические причины формирования профессионального стресса: низкий уровень профессионализма, недостаточная информированность персонала об уровне вредности и опасности (при работе на высоте), иллюзия безнаказанности нарушений правил безопасности.

Психологическое тестирование выявило 50-75% лиц с повышенным уровнем личностной тревожности среди трудовых мигрантов. В то же время ситуативная тревожность в начале работы не достигала больших величин и составляла 20-25 баллов, к концу работы значения тревожности возросли до 45-55 баллов, что указывает на высокий уровень тревожного состояния. Не обнаружены гендерные различия в показателях психического статуса мигрантов.

Иными словами, по результатам психологических исследований выявлено значительное число лиц с повышенным уровнем тревожности, обусловленным степенью напряженности труда и воздействием неблагоприятных социально-психологических факторов. Низкая культура профотбора также является важным фактором, обуславливающим высокий уровень социальных рисков. Этот фактор усугубляется слабой профессиональной подготовкой работников.

**Выводы.** Современной опасностью в нетрадиционных формах организации труда (трудова миграция) является психическое напряжение, т.е. профессиональный стресс, проблема привлекающая внимание специалистов в области медицины труда. Физиолого-психологическими особенностями, характеризующими лиц со сниженной трудовой адаптацией по критерию большей возможности развития профессионального стресса являются низкий уровень внимания, скорости восприятия зрительных сигналов, свидетельствующее о формировании пограничной артериальной гипертонии.

#### Список литературы.

1. Балабанов С.С., Смирнова З.Х. Сексуальные домогательства на работе в России.// Балабанов С.С., Смирнова З.Х. //Вестник Нижегородского Университета. Серия Социальные науки.- 2010.-№1(17).-С.7-12
2. Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье. //Величковский Б.Т. //Бюллетень научного совета Медико-экологические проблемы здоровья работающих. №2. 2015.С.9-18.
3. Измеров Н.Ф., Матюхин В.В., Юшкова О.И. Стресс на работе //Измеров Н.Ф., Матюхин В.В., Юшкова О.И. //Безопасность и медицина труда. №3. 2010. С.32-37.
4. Belkic K., Landsberqis P.A. Is job strain a major source of cardiovascular risk.// Belkic K., Landsberqis P.A. //Scand. J. Work Environ. Health. V.30. №2. 2014. P.85-128.

## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ГОУ Т Г М У им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Представлены результаты изучения состояния сердечно-сосудистой системы у студентов первого курса университетов г. Душанбе и г. Москвы. Повышение уровня частоты сердечных сокращений артериального давления, превалирование гиперкинетического типа регуляции кровообращения, напряжение механизмов адаптации наблюдалось у студентов, приехавших на учебу в г. Душанбе из сельской местности. Выявлены гемодинамические сдвиги с явлениями вегетативной дисрегуляции у студентов г. Душанбе, обучающихся на русском языке, и студентов обучающихся в Московском университете. Снижение адаптационных возможностей организма у всех студентов 1-го курса обусловлено социально-психологическими факторами, что следует учитывать при организации рационального режима отдыха и учебного процесс.

Известно, что процесс адаптации включает в себя не только оптимизацию функционирования жизнеобеспечивающих систем человека организма, но и поддерживает состояние сбалансированности в системе «организм-среда». Процесс адаптации реализуется всегда, когда в системе «организм-среда» возникают изменения в функциональном состоянии организма, а возникающие в ответ на это адаптивные реакции обеспечивают формирование нового гомеостатического состояния, которое позволяет достигать максимальной эффективности физиологических функций и поведенческих реакций. Процесс адаптации осуществляется постоянно, так как организм и среда находятся в динамическом равновесии, а их соотношения меняются также постоянно.

В настоящее время, одной из актуальных проблем современной физиологии является изучение адаптивных реакций организма студентов к процессу обучения в вузе. Постоянный контроль за адаптацией позволяет оценивать успешность обучения и прогнозировать возникновение донологических состояний в периоды обучения при адаптации студентов к вузовской жизни.

**Цель исследования.** Изучение гемодинамических показателей и адаптационных возможностей организма студентов первого курса, находящихся в разных условиях приспособления к процессу обучения.

**Материал и методы исследования.** Объектом изучения были студенты первого курса обучения г. Душанбе и г. Москвы в разных условиях приспособления к образовательному процессу в вузе. Выборка определялась случайным порядком в процессе прохождения испытуемыми обучения вне периода сдачи зачетов или экзаменов, т.е. вне периода стрессорного воздействия экзаменационной сессии. В случайном порядке отбирались группы, сопоставимые по половым и возрастным признакам. Общее число обследованных студентов медицинского университета г. Душанбе составило 111 человек, в возрастном диапазоне от 17 до 19 лет. Из них 46 городских студентов, обучающихся в группах с русским языком обучения, которые составили I группу обследуемых. Вторую группу составили студенты (32 человека), приехавшие из сельской местности, занимающиеся на таджикском языке. В третью группу обследуемых (33 студента) вошли городские студенты, занимающиеся во время обучения на таджикском языке. Все группы студентов были смешанными по полу, т.е. включали юношей и девушек.

Таджики один из многонациональных народов Центральной Азии. Из общей массы таджиков по языку, быту и другим признакам выделяются памирцы, ягнобцы, таджики - горцы и другие группы, имеющие различия по диалекту по сравнению с городскими жителями. По некоторым признакам говоры Таджикского языка делятся на северные и южные. В связи с этим студенты, приехавшие из сельской местности на учебу в г. Душанбе, сталкиваются с проблемой освоения и свободного владения таджикским языком. Городские студенты обучаются на русском языке, который является вторым государственным языком в Республике Таджикистан. Группой сравнения служили студенты Московского Университета (20 человек в возрасте 17-19 лет), практически все они были городскими жителями.

Изучение гемодинамических показателей проводилось методом компьютерной осциллометрии при использовании программно-аппаратного комплекса осциллометрического анализатора параметров сердечного выброса и артериального давления АПКО-8-РИЦ, а также путем расчета по формуле Старра.

Оценивались такие показатели как артериальное давление (АД), диастолическое (ДАД), систолическое (САД), среднее (СрАД), боковое (БАД), пульсовое (ПД), ударное (АД ударное), частота сердечных сокращений (ЧСС), минутный объем кровообращения (МОК), ударный объем (УО), ударный индекс (УИ), общее периферическое сопротивление (ОПС), удельное периферическое сопротивление (УПС), линейная скорость кровотока ( $V_{\text{кровотока.лин.}}$ ), скорость пульсовой волны ( $V$  пульс. волны), податливость артерии, диаметр артерии. Определялись типы регуляции кровообращения (гипо- гипер и эукинетический) по показателям ударного объема крови (УО), минутного объема крови (МО) и периферического сопротивления (ПС). Проводилась оценка адаптационного потенциала системы кровообращения по индексу функциональных изменений (ИФИ) по Р.М. Баевскому.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Роль системы кровообращения в адаптационных реакциях сложноорганизованных биологических систем очень велика. Нарушения общих или локальных механизмов гемодинамики, как правило, наблюдаются почти при любых состояниях напряжения механизмов адаптации или дезадаптации если не как причина, то как следствие их.

Анализ данных регистрации показателей сердечно-сосудистой системы у студентов показал, что в целом средние их величины укладываются в диапазон возрастных норм, однако прослеживаются определенные изменения в зависимости от периода обучения в вузе. Данные этих изменений представлены в таблице 1.

Изменение показателей сердечной деятельности у студентов в процессе обучения ( $M \pm m$ )

Группы	Наименование показателя				
	ЧСС, уд/мин.	Минутный объем (сердечный выброс), л/мин.	Сердечный индекс, л/мин.м <sup>2</sup>	Ударный объем, мл	Ударный индекс, мл/м <sup>2</sup>
юноши					
I (1)	76,2 ± 2,7	6,5 ± 0,1	4,1 ± 0,12	88,8 ± 3,9	55,9 ± 2,8
II (2)	86,3 ± 3,6	5,2 ± 0,1	3,5 ± 0,14	90,6 ± 3,8	48,5 ± 2,2
III (3)	77,2 ± 2,1	6,6 ± 0,08	4,04 ± 0,08	89,3 ± 3,1	53,8 ± 1,8
девушки					
I (4)	76,3 ± 2,8	6,4 ± 0,07	3,9 ± 0,07	88,2 ± 3,4	54,8 ± 2,2
II (5)	84,3 ± 2,6 +* +++*; +++++*	5,7 ± 0,09 +*	3,3 ± 0,09 +*	90,8 ± 3,6 +* ++++*; +++++*	47,0 ± 2,4 +* +++*; +++++*
III (6)	79 ± 1,8	6,5 ± 0,06	4,2 ± 0,16	87,6 ± 2,9	52,2 ± 2,0

$p \leq 0,05$  статистически достоверные изменения : + по сравнению с (1); +++ с (3), +++++ с (4).

Как следует из приведенных в таблице 1 данных, у студентов отмечаются более высокие значения частоты сердечных сокращений на фоне более низких остальных показателей сердечной деятельности. Значения ЧСС у юношей II-ой группы, прибывших из сельской местности, составляют  $86,3 \pm 3,6$  уд/мин, что выше на 13,3% по сравнению с I-ой группой и на 11,8% - с третьей. Различия между группами статистически достоверны ( $p \leq 0,05$ ). Сопоставление этой величины с физиологическими нормами ЧСС при умственном труде (72-80 уд/мин) показало, что она превышает количественные значения физиологической нормы. При этом средние уровни показателей ЧСС находятся в пределах физиологически допустимых величин у городских студентов, обучающихся на русском языке I-я группа и на таджикском языке (III группа). Аналогичная динамика показателей ЧСС наблюдалась у девушек студенток, тем самым не выявлены гендерные различия в показателях частоты сердечных сокращений у студентов 1-го курса обучения.

Очевидно повышенный уровень тревожности у студентов первокурсников г. Душанбе II-ой и I-ой групп отражает более низкую адаптивность к условиям учебного процесса, связанную с изменением климатогеографических условий, особенностей проживания, необходимостью формирования умения и навыка двуязычного общения.

**Выводы.** 1. Выявлены особенности развития адаптационного процесса у первокурсников. Анализ по уровню адаптационного потенциала системы кровообращения продемонстрировал, что состояние функционального напряжения характерно для лиц, прибывших в г. Душанбе из сельской местности, т.е. изменивших место жительства. У городских студентов г. Душанбе и г. Москвы определялись достаточные, функциональные возможности сердечно-сосудистой системы и состояние удовлетворительной адаптации.

2. На основании психологического тестирования установлен высокий уровень личностной и ситуативной тревожности в группах студентов г. Душанбе, прибывших на обучение из сельской местности и студентов, обучающихся на русском языке, вынужденных формировать умения и навыки двуязычного обучения. На последующих местах (в порядке убывания уровня тревожности) находятся студенты, обучающиеся на таджикском языке и студенты из вуза г. Москвы.

3. Установлено у всех студентов напряжение адаптационного процесса, обусловленное функциональной перестройкой физиологических регуляторных механизмов организма, что требует оптимизации режима отдыха и учебы у студентов- первокурсников с формированием культуры здорового образа жизни.

#### Список литературы.

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. // Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. - М.: РУДН, 2006. - 284 с. ISBN(I) 5-209-00239-X.
2. Агаджанян Н.А., Гомбоева А.И., Ветчинкина К.Т. Учебный процесс и здоровье студентов // Адаптация, экология и здоровье населения различных этнических групп Восточного Забайкалья: науч. изд. // Агаджанян Н.А., Гомбоева А.И., Ветчинкина К.Т. // - Новосибирск: Наука, СО РАН; Чита: Заб. ГПУ, 2011. - 152 с.
3. Агаджанян Н.А., Северин А.Е., Миннибаев Т.Ш. Функциональные резервы организма и здоровье студентов из различных климатогеографических регионов // Технологии живых систем. // Агаджанян Н.А., Северин А.Е., Миннибаев Т.Ш. // - 2005. - Т. 2. - № 4-5. - С. 78-87.
4. Алексеева В.М., Шувалова М.П. Отношение к своему здоровью студентов медицинского вуза // Здоровье студента: сб. тезисов междунар. науч.-техн. конф. // Алексеева В.М., Шувалова М.П. // - М.: РУДН, 2000. — С. 9-10.
5. Загрядский В. П., Сулимо-Самуйлло З. К. Методы исследования в физиологии труда. // Загрядский В. П., Сулимо-Самуйлло З. К. // Л.-Наука—С.1976.- 88.

*Холматов П.К., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Зухуров Х.Д.*

#### ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

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

**Актуальность.** Эхинококкоз был известен человеку с древности, но только в конце 18 века он получил название в первых его исследованиях [1]. Эхинококк *granulosus* является одним из членов рода *Echinococcus* семейства Taeniidae. *E. granulosus* вместе с альвеолярным эхинококкозом, вызываемым *Echinococcus multilocularis*, являются причиной эхинококкоза у людей [2].

Хирургическое удаление гидатидных кист является наиболее важным методом лечения инвазии *E. Granulosus*

- смертность от которой колеблется от 2,0% до 4,0% при правильно диагностированных и пролеченных случаях. Однако она возрастает до 11,4-22,3% при плохом результате лечения или возникновении осложнений [3].

**Цель исследования.** Представить результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени.

**Материал и методы исследования.** В период с 2014 по 2018 гг. в ГКБ СМП г. Душанбе – клиническую базу кафедры хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, были госпитализированы 49 пациентов с эхинококкозом печени. Когорта состояла из 30 (61,2%) женщин и 19 (38,8%) мужчин в возрасте от 31 до 72 лет. Наиболее типичными симптомами были боль (82,3%) и ощущение дискомфорта в верхней части живота (65,1%). Кроме того, 54,9% пациентов жаловались на тошноту. Механическая желтуха наблюдалась у 35,8% больных. Гепатомегалия наблюдалась при клиническом обследовании у 74,6% больных. До резекции 80,7% больных получали антигельминтную терапию (Альбендазол).

Диагностический протокол включал визуализационные исследования, т.е. ультразвуковое исследование и компьютерную томографию брюшной полости, а также иммуноферментный анализ (ИФА) с использованием Em2plus антигена и полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для обнаружения *E. granulosus*. Скрининговое УЗИ до сих пор является основой для начального диагноза. После первичного скрининга обычно проводится компьютерная томография брюшной полости. Кисты могут быть обнаружены с использованием методов визуализации, если их размер превышает 1 см. На данных ультразвуковой картины эхинококковых кист основана классификация Гарби, предложенная в 1981 году. В настоящее время классификация Гарби была изменена, и впоследствии была введена классификация неофициальной рабочей группы ВОЗ по эхинококкозу (ВОЗ-НРГЭ). Ультразвуковое исследование кисты может быть сопоставлено шести отличительным группам, предложенным ВОЗ-НРГЭ: CL, CE1, CE2, CE3, CE4 и CE5 [4].

Заболевание может быть подтверждено после оценки специфических антител. Исследование IgG методом ИФА должно быть прикладным как первое отборное исследование при чувствительности выше 90%. Другие иммунодиагностические исследования могут быть показаны в случаях, когда исследование IgG-ИФА оказалось безрезультатным. Однако в сомнительных случаях для постановки окончательного диагноза необходимо провести анализ материала, полученного в результате пункции или хирургического иссечения [5].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди 49 пациентов с диагнозом эхинококкоз, у 2 (4,3%) было отменено хирургическое лечение по причине внутрибольничных осложнений - у 1 пациента развился геморрагический инсульт, у второго – инфаркт миокарда. Остальные 47 (98,3%) пациентов были пролечены хирургическим путем. Подробная информация о хирургическом лечении пациентов представлена в таблице 1.

**Таблица 1. - Тип операции (n=117)**

Процедура	Пациенты, абс (%)
Правая гемигепатэктомия	8 (17,0)
Гемигепатэктомия слева	9 (19,1)
Бисегментэктомия	17 (36,2)
Неанатомическая резекция печени	11 (23,4)
Цистоперицистэктомия	2 (4,3)

Основные послеоперационные осложнения развились у 4 (3,4%) пациентов, в том числе у троих с желчным свищом, требующим эндоскопического лечения, и у одного с поддиафрагмальным абсцессом, успешно пролеченным чрескожным дренированием под ультразвуковым контролем. Ни один из пациентов не умер в послеоперационном периоде, при 1-, 5- и 10-летней выживаемости 100,0%, 90,9% и 87,9% соответственно.

Лечение эхинококкоза основано на руководящих принципах ВОЗ и опыте врача. На сегодняшний день нет рандомизированных клинических исследований, которые могли бы сравнить различные методы лечения. Лечение эхинококкоза состоит из множества вариантов. Методы можно разделить на интервенционные и неинтервенционные. Интервенционные методы состоят из хирургического вмешательства и чрескожных процедур. Неинтервенционные методы основаны на введении противопаразитарных препаратов. Существует также стратегия "бдительного ожидания", которая может рассматриваться при несложных и небольших поражениях.

Хирургическое вмешательство всегда следует рассматривать как метод выбора при симптоматических и осложненных кистах. Хирургические методы обычно включают анатомические или неанатомические резекции печени, включая цистоперицистэктомию. Операция, как радикальная форма лечения дает шанс на излечение. Продолжается дискуссия об использовании интраоперационных растворов для разрушения протосколексов либо путем инъекций растворов в кисты, либо с их помощью после случайного разрыва кисты для профилактики аутоинфекции. В нашем отделении мы используем гипертонические солевые растворы при каждом случае интраоперационного разрыва кисты или его риска.

Еще одним методом хирургического лечения является PAIR, которое включает пункцию, аспирацию, инъекцию и реаспирацию. Этот ультразвуковой метод используется некоторыми врачами в качестве альтернативы хирургии или когда операция противопоказана. Эхинококковые кисты обычно обрабатывают 95% этанолом. В нашем отделении инвазивным методом лечения является хирургическое вмешательство, а методика PAIR используется реже.

В последние годы все больше исследований поддерживают лапароскопию как альтернативу "открытой хирургии" резекции печени при доброкачественных и злокачественных новообразованиях. Лапароскопический доступ при кистозном эхинококкозе также был предметом ряда исследований.

**Выводы.** Эхинококкоз обычно требует сочетания хирургического и антигельминтного лечения. Несмотря на значительное развитие методов диагностики и новые возможности ведения, эхинококкоз, по-прежнему, представляет проблему для клинических работников.



### Список литературы:

1. Анваров ХЭ. Особенности диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений. Вестник экстренной медицины. 2017;X(1):97-103
2. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the W-I. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Tropica*. 2010;114:1–16.
3. Nunnari G, Pinzone MR, Gruttadauria S, et al. Hepatic echinococcosis: clinical and therapeutic aspects. *World J Gastroenterol*. 2012;18:1448–58.
4. Romig T, Ebi D, Wassermann M. Taxonomy and molecular epidemiology of *Echinococcus granulosus sensu lato*. *Vet Parasitol*. 2015;213:76–84.
5. Craig PS, McManus DP, Lightowers MW, et al. Prevention and control of cystic echinococcosis. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:385–94.

*Холматов Д. И., Киёбеков Б.*

## НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

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

**Актуальность.** Слуховая чувствительность, по сравнению с любым другим чувством, имеет основополагающее значение для человека как социального существа. Отсутствие, либо некоторое понижение слуховой чувствительности вызывает у больного ощущение физической неполноценности и общего дискомфорта, в виду ухудшения восприятия речи и в целом нарушения общения с окружающими людьми.

Для решения данной проблемы, с одной стороны, необходимо наладить методы современной и топической диагностики различных форм нарушения слуха, а с другой, выбрать правильную диагностический обоснованную терапию и иные меры слуховой реабилитации [1-4].

Многие специалисты проводят терапию сенсоневральной тугоухости(СНТ) по одной унифицированной схеме, что влечёт за собой не совсем ожидаемые последствия и становится причиной хронизации и прогрессирования тугоухости [1,5].

**Цель исследования.** Оптимизировать диагностическую и лечебную тактику при острой сенсоневральной тугоухости на основе уточнения этиопатогенетических факторов заболевания.

**Материал и методы исследования.** На кафедре оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета, на базе сурдологического отделения Национального медицинского центра за период 2018-2019 гг., нами обследовано 37 больных с острой сенсоневральной тугоухостью (ОСТ) в возрасте от 35 до 55 лет, из которых было 24 мужчины и 22 женщины. По нозологиям 25 больных было с ОСТ на фоне ОРВИ, 5 больных с закрытой черепно-мозговой травмой и 7 больных с идиопатической (неясной этиологии) СНТ.

Основными жалобами больных при обращении явились внезапное понижение слуха на одно или оба уха, шум в ушах и/или голове, периодические головокружения, ощущение «якобы» неразборчивости отдельных слов и т.д.

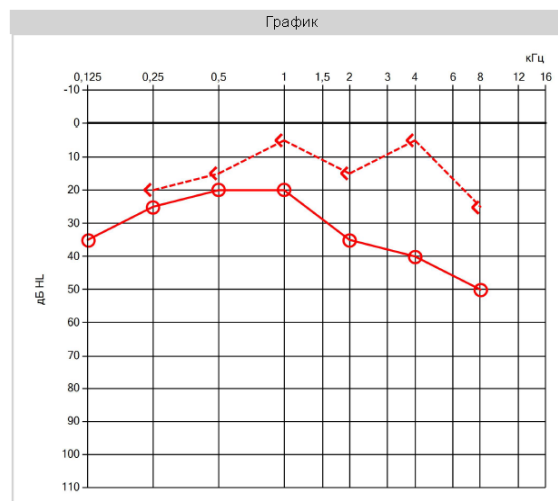
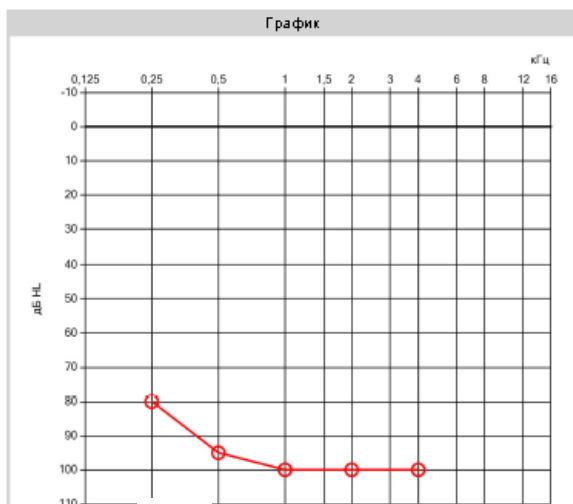
В комплекс исследований входили: камертональные исследования слуха (опыт Ринне, Швабаха, Вебера), определение порога слуховой чувствительности по воздуху и кости в расширенном диапазоне частот (0,125 – 18,0 кГц), определение феномена ускоренного нарастания громкости (речевой аудиометрии). Для подтверждения сосудистого фактора СНТ проводили оценку состояния кровотока по вертебральным и экстракраниальным сосудам методом РЭГ, рентгенографию шейного отдела позвоночника, остеохондроза этого отдела.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При камертональном исследовании все опыты свидетельствовали о наличии СНТ, а именно положительный опыт Ринне во всех случаях, латерализация звука в лучше слышащее ухо в опыте Вебера и укорочение восприятия звука в опыте Швабаха. Данные тональной пороговой аудиометрии в расширенном диапазоне частот у всех обследованных больных показали резкое повышение порогов слуха, как по костной (в среднем до 45 дБ) так и по воздушной проводимости (в среднем до 55 дБ) именно в диапазонах 12,0 – 15,0 кГц, с минимальным костно-воздушным интервалом ( $5 \pm 8$  дБ). Тогда как, в обычных диапазонах частот звуковой стимуляции (от 0,125 до 8,0 кГц) слух таких резких изменений не показал (в среднем 35 дБ).

При речевой аудиометрии у всех больных выявили отсутствие 100%-й разборчивости речи, что является характерным и отличительным критерием сенсоневральной тугоухости любой этиологии.

При проведении РЭГ сосудов вертебробазиллярной зоны и головного мозга, у больных с артериальной гипертензией и остеохондрозом шейного отдела позвоночника выявили явное повышение тонуса сосудов и уменьшение их кровенаполнения. Такие же явные изменения наблюдались у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника на рентгенограмме шейного отдела позвоночника в виде снижения высоты дисков, уплотнения пластинок и т.д.

Лечение больных проводили с учетом этиопатогенетического фактора развития СНТ. Так, при лечении больных с сосудистым фактором развития СНТ основной задачей явилось улучшение микроциркуляции во внутреннем ухе, которая в первую очередь достигалась устранением этиологического фактора, а именно, лечением артериальной гипертензии и остеохондроза. Гипотензивное лечение назначенное врачом - терапевтом и адекватное патогенетическое лечение показали положительный эффект у 12 больных у 5 больных отмечался удовлетворительный эффект, а у 2 больных особых улучшений состояния не наблюдалось (рис.1).



**А**

**В**

1. Аудиограмма больного И. 43года, со значительным улучшением слуха.  
(А – до лечения, В – после лечения)

Важную роль в лечении больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника сыграла мануальная терапия шейно-воротниковой зоны с назначением препаратов, улучшающих реологию крови, которая положительно отразилась на лечении 4-х больных. У одного больного результат лечения был удовлетворительным, у одного – неудовлетворительным. Хороший эффект дала дезинтоксикационная терапия у больных с постгриппозной СНТ с противовоспалительной и симптоматической терапией (у 7 больных улучшение аудиометрических показателей, местной и общей симптоматики). Тактика лечения при идиопатической СНТ и СНТ на фоне ЗЧМТ была направлена на улучшение метаболических процессов во внутреннем ухе, с применением средств улучшающих реологические свойства крови, устранения признаков местного ДВС синдрома, а также последующей патогенетической, симптоматической и стимулирующей терапией. Уменьшение и/или исчезновение жалоб больных и улучшение аудиологических показателей считали хорошим и положительным эффектом от проведенной терапии. Необходимо особо отметить, что одну из важнейших ролей при лечении таких больных играет своевременное обращение больных, т.е, чем раньше больной обратится за помощью, тем вероятнее его полное излечение, чем же позднее он обратится, тем больше становится вероятность хронизации болезни и прогрессирование тугоухости.

**Выводы.** Таким образом, эффект от лечения СНТ зависит от многих факторов и звеньев, и упуская какое либо звено, терапия уже становится неполноценной, что влечет за собой такие нежелательные последствия, как хронизация тугоухости, а еще хуже - её прогрессирование, что непременно отражается на социальной и бытовой жизни больного. Своевременная же диагностика и адекватная этиопатогенетическая терапия, симптоматическая, противовоспалительная терапия даёт возможность избавиться больного от данной патологии или же максимально сохранить уровень слуха и сводить к минимуму уровень жалоб больного. Необходимо отметить, что не существует единой схемы лечения больных с СНТ, а каждый больной требует индивидуального подхода, как в диагностике, так и в лечении в зависимости от этиопатогенетического фактора.

#### Список литературы:

1. Богданец С.А. Этиологические и патогенетические аспекты острой нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза (клинические, инструментальные и биохимические исследования)//Автореф. канд. дисс. М.2005
2. Крюков А.И. и соавт. Особенности гемодинамики головного мозга при ангиогенных кохлеовестибулопатиях и липидном дистресс-синдроме //Вестн. оторинолар. - 2003. - №1. - С.12-16
3. Линьков В.И. Экспериментальное исследование метаболических и функциональных нарушений в улитке. //Клинико-диагностические и анатомо-физиологические аспекты периферического отдела слуховой системы. Сб. трудов – С-Пб. - 1991. - С.71-79
4. Аль Джаюси Я. А. Диагностика ранних форм нарушений функций ушного лабиринта ангио-вертебрального генеза. //Автореф. канд. дисс. С-Пб. -2005
5. Jon E., Isaacson M.D. Differential Diagnosis and Treatment of Hearing Loss. //American Family Physician. Pennsylvania 2003 Pg.-1125-1132.

*Холматов П.К., Фаршеди И.*

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

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

**Актуальность.** Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из сложных проблем современной хирургии, которая составляет 3,6–9,4 % от всего потока пациентов в хирургическом стационаре [1,2]. За последние десятилетия частота тонкокишечной спаечной ОКН увеличилась почти в 2 раза, составляя до 35–45 % от всех операций при ОКН [3,4,5,6,7]. У 15 % пациентов после лапаротомии развивается острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН), у 12–70 % наступает ее рецидив [8]. Известные способы профилактики рецидива ОСТКН

путем интестинопликации, фиксация кишечных петель дренажными трубками и другие способы, что свидетельствует о неэффективности предложенных мер профилактики и необходимости продолжения поиска способа снижения частоты рецидива ОСТКН и улучшения качества жизни пациентов после операции.

**Цель исследования** изучить результаты лечения пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью.

**Материал и методы исследования.** Изучены результаты лечения 168 пациентов с острой кишечной непроходимостью, которые составили 5,8 % от всех urgentных хирургических больных. Среди них острая тонкокишечная непроходимость была диагностирована у 149 (88,7 %) пациентов, толстокишечная – у 19 (11,3 %). Среди общего числа пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью спаечная ее форма составила 94,0 %. У остальных 9 (6,0 %) пациентов острая тонкокишечная непроходимость была обусловлена фитобезоаром.

Из 149 с ОСТКН ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии 64 (42,95%) подверглись хирургическому лечению.

Распределение пациентов с ОСТКН по характеру ранее перенесенного оперативного вмешательства представлено в таб. 1.

**Таблица 1**

Распределение пациентов с ОСТКН по характеру оперативных вмешательств, перенесенных в анамнезе

№	Перенесенное оперативное вмешательство	Абс. чис.	(%)
1.	Аппендэктомия	22	34,4
2.	Операции на женских внутренних половых органах	19	29,7
3.	Операции по поводу перфоративной язвы	7	10,9
4.	Ранения и травмы живота	6	9,4
5.	Операции на печени и желчных путях	5	7,8
6.	Не оперированные пациенты	5	7,8
	ИТОГО:	64	100,0

Представленные в таб.1 данные указывают на то, что наиболее распространенными операциями, после которых развилась ОСТКН, явились аппендэктомия (34,4 %) и операции на женских внутренних половых органах (29,7 %), т.е. каждый третий пациент с ОСТКН ранее перенес аппендэктомию или операцию на органах гениталий. Кроме того, анализ представленных данных указывает на то, что у 70,4 % пациентов ОСТКН вызывает спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости. Этот вывод наталкивает нас на мысль о необходимости предупреждения нахождения петель тонкой кишки в этих зонах брюшной полости в раннем послеоперационном периоде.

Из всех пациентов с ОСТКН 42 (65,6 %) ранее в анамнезе перенесли от 3 до 7 операций. Три операции 25(59,5%) пациентов. Четыре операции 8 (19,0%), пять операции 7 (16,7%). Семь операций 2(4,8%). Данные указывают на то что наибольшую часть (65% среди оперированных составили пациенты, перенесенные в анамнезе три операции по поводу ОСТКН.

По виду госпитализации оперированные пациенты распределились следующим образом: скорая помощь – 46 (71,9 %), самотеклом – 15 (23,4 %) и по направлению поликлиники – 3 (4,7 %). Чаще всего (в 2,5 раза) пациенты с ОСТКН вызвали скорую помощь.

До суток после начала заболевания госпитализированы 24 (37,5 %) пациента, позже суток – 40 (62,5 %). Показатель поздней обращаемости за экстренной хирургической помощью среди оперированных пациентов составил 62,5 %. Распределение оперированных пациентов по возрасту проводили в соответствии с возрастной классификацией ВОЗ, при этом Большая часть (50–78,1 %) пациентов составили лица трудоспособного возраста (19-65 лет).

Наибольший удельный вес (57,8 %) составили пациенты с ОСТКН, госпитализированные в первой стадии развития заболевания, остальные в фазе интоксикации (21,9 %) и перитонита (20,3 %).

Результаты анализа клинических данных оперированных пациентов показали, что болевой синдром различной интенсивности отмечали у 138 (98,5 %) пациентов. Среди них только у 46,6 % боли при госпитализации носили схваткообразный характер. У 76 (83,6 %) пациентов консервативная терапия оказалась эффективной и ОКН разрешилась. У остальных 64 (46,0 %) пациентов комплекс консервативных лечебных мероприятий служил этапом предоперационной подготовки.

Показаниями для оперативного вмешательства служили: отсутствие эффекта от консервативных мероприятий, прогрессирование ОСТКН и наличие признаков перитонита.

В течение первых 2-х часов после госпитализации оперировано 25 (39,1 %), 12 часов – 12 (18,8 %), 12–24 часов – 14 (21,9 %), позже суток – 13 (20,3 %) пациентов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (14,1 %) пациентов, в т.ч. паралитическая кишечная непроходимость – у 3 (4,7 %), ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость (РСТКН) – 3(4,7 %), инфильтрат брюшной полости – 1(1,7 %), нагноение раны – 2 (3,1 %) и несостоятельность швов анастомоза у 1 (16,7 %). РСТКН у 2 (4,1 %) пациентов разрешилась после консервативных мероприятий, а одного (33,3 %) пациента пришлось оперировать повторно.

После операции умер один пациент, у которого развилась несостоятельность швов анастомоза, осложненная общим гнойным перитонитом. Послеоперационная летальность составила 1,6 %.

## Выводы:

1. Причиной ОСТКН у 56,3 % пациентов явился спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости.
2. Консервативная терапия при ОСТКН оказалась эффективной у 54,0 % пациентов.
3. Хирургическая активность при ОСТКН составила 46,0 %.
4. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 9 (14,1 %) пациентов, из которых большую часть (89,7 %) составили осложнения со стороны брюшной полости.

## Список литературы

1. Андрейцев И.Л. Острая спаечная кишечная непроходимость. Диагностика и лечение: автореф. дис... д-ра мед. наук. / И.Л. Андрейцев – Москва, 2005. – 257 с.
2. Бабажанов Д. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Д.Бабаджанов Душанбе, 2004. – 93 с.
3. Баранов Г.А., Карабовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости Г.А.Баранов, М.Ю. Карабовский // Хирургия им. Пирогова. – 2006. № 7. – С. 17-19.
4. Курбанов К.М., Гуломов М.Ш. Острая спаечная кишечная непроходимость // К.М.Курбанов, М.Ш. Гуломов / Здравоохранение Башкортостана -2016.№4 с.78

Холов Ш.И.<sup>1,2,3</sup>, Курбанов У.А.<sup>1,3</sup>, Мардонзода К.М.<sup>1,2</sup>

## ПРИМЕНЕНИЕ СХЕМЫ «BUTTERFLY» ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ УСТРАНЕНИИ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

<sup>1</sup>Кафедра хирургических дисциплин №1, Хатлонский государственный медицинский университет.

<sup>2</sup>ГУ Республиканская клиническая больница Дангаринского района, Дангара.

<sup>3</sup>Отделение реконструктивной и пластической микрохирургии, «РНЦССХ»

**Актуальность.** Преждевременная эякуляция представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, так как вызывает у мужчин снижение самооценки и качества жизни, оказывая неблагоприятное воздействие на сексуальные взаимоотношения и нередко ведёт к распаду семьи (S. Rid, 1997; Пытель Ю.А. 1999). Роль врождённой короткой уздечки полового члена в возникновении преждевременного семяизвержения обсуждается в научной литературе в течение многих лет. Начало этой дискуссии положено ещё в 1887 году S. Gross, который впервые высказал мнение о взаимосвязи ускоренной эякуляции и указанной генитальной аномалии. Стандартная (поперечно-продольная) френулопластика повсеместно применяется при короткой уздечке полового члена с 1917 года [1,2]. Однако в 1954 году J.D. Rufino и F.Frenillo de Pene установили, что данная техника операции в большинстве случаев приводит к формированию продольного стягивающего кожного рубца на вентральной поверхности полового члена. Это может обуславливать у мужчины дискомфортные ощущения во время фрикции при коитусе, приводит к рецидиву преждевременного семяизвержения. В связи с этим в 2011 году Н.Д. Ахвледиани с соавторами предложили новый способ френулопластики путём применения схемы одиночной Z – пластики [3]. Применение данного способа значительно улучшило результаты френулопластики. Однако схема одиночной Z – пластики, на наш взгляд, не во всех случаях позволяет адекватно ликвидировать короткую уздечку. Следовательно, вопрос коррекции короткой уздечки полового члена по сей день остаётся актуальным в современной урологии.

**Цель работы.** Изучить эффективность применения схемы «Butterfly» при устранении короткой уздечки крайней плоти полового члена.

**Материал и методы.** В условиях Республиканской клинической больницы, расположенной в Дангаринском районе, в период с 2018 по 2020 годы выполнены 24 операции френулопластики по поводу устранения короткой уздечки полового члена. Возраст больных колебался от 18 до 43 лет, средний возраст составил 24,3 года. Из общего числа оперированных у 16 больных (66,7%) френулопластика выполнена симультанно, в сочетании с варикоцеле, гипоспазией врожденного искривления полового члена без гипоспадии, циркумцизии, при хирургическом лечении эректильной дисфункции, так и самостоятельно в амбулаторных условиях, у остальных 8-х (33,3%), - как самостоятельная операция. Симультанные операции выполнены под общим эндотрахеальным наркозом. У 4-х больных применили схему одиночной Z-plasty, у остальных 20-ти была использована схема Butterfly. В начале внедрения способов хирургического лечения этих больных им была применена схема Z-пластики. Однако относительно узкие треугольные лоскуты в силу малоэластичности не вполне удовлетворяли пациентов. Учитывая недостаток схемы Z-пластики, исходя из опыта на других больных при устранении короткой уздечки полового члена, нами была использована схема «Butterfly», на что получено удостоверение на рационализаторское предложение (*выданное ХГМУ от 22 апреля 2019г., №1*).

**Результаты и обсуждение.** Ближайший послеоперационный период у всех оперированных больных протекал гладко, заживление ран происходило первичным натяжением, швы сняты в установленные сроки, больные выписаны из стационара на 5-6 сутки после операции.

Отдалённые результаты в сроках от 2 месяцев до 4 лет изучены нами у всех оперированных больных. В целом у всех пациентов отмечены хорошие и удовлетворительные функциональные и эстетические результаты.

**Заключение.** Таким образом, френулопластика с применением схем «Butterfly» по сравнению со стандартной методикой и Z-plasty является наиболее эффективным и безопасным способом лечения преждевременной эякуляции, ассоциированной с короткой уздечкой полового члена, восстанавливается и сохраняется высокое качество сексуальной жизни пациентов.

Френулопластику полового члена в нашей модификации можно выполнять как симультанную операцию в сочетании с хирургическим лечением варикоцеле, гипоспадии, врожденного искривления полового члена, циркумцизии, хирургического лечения эректильной дисфункции, так и самостоятельно в амбулаторных условиях.

## Литература.

1. Соколышк М.М. Современныи методы лечения преждевременной эякуляции / М.М. Соколышк // Вестник Национального медико – хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2007. – Т. 2, – №.1. – С. 61 –64.
2. Waldinger M.D. The neurobiological approach to premature ejaculation / M.D. Waldinger // Journal Urology. – 2002. – Vol. 168. – P. 2359 – 2367.
3. Ахвледяни Н.Д. Эффективность разных модификаций френулопластики при преждевременном семяизвержении, обусловленном короткой уздечкой полового члена / Н.Д. Ахвледяни, П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – №. 2. – С. 17 – 19.

Холов Ш.И.<sup>1,2,3</sup>, Курбанов У.А.<sup>1,3</sup>, Мардонзода К.М.<sup>1,2</sup>

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРИАПИЗМ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

<sup>1</sup>Кафедра хирургических дисциплин №1, Хатлонский государственный медицинский университет, Дангара.

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница Дангаринского района, Дангара.

<sup>3</sup>Отделение реконструктивной и пластической микрохирургии, «РНЦССХ».

**Актуальность.** Приапизм – это частичная или полная длительная, обычно болезненная эрекция, не связанная с половым возбуждением, не проходящая после эякуляции. Различают венозный (ишемический) приапизм (синонимы: low-flow, ischemic, stasis, veno-occlusive) – со слабым кровоснабжением, артериальный (неишемический) приапизм (синонимы: high-flow, non-ichemic, arterial) – с нерегулируемым хорошим кровоснабжением полового члена и псевдоприапизм (перемежающийся приапизм) – периодически повторяющаяся болезненными эпизодами продолжительная эрекция. Кроме того, данное состояние подразделяют на первичное (идеопатическое) и вторичное (на фоне других заболеваний и травм) [1,2].

В доступной зарубежной и русскоязычной литературе приводится в целом похожая статистика заболеваемости приапизмом, которая составляет примерно 0,4 случая на 100 000 мужчин в год. Причём авторы указывают на редкость особенно артериального приапизма - 0,008% среди всех больных, поступающих в урологический стационар. Артериальный приапизм встречается в 50 раз реже венозного приапизма [3]. Приапизм опасен тем, что приводит к застою крови и воспалительным процессам, а в последующем к эректильной дисфункции или к гангрене полового члена. Хотя течение артериального приапизма более благоприятное, чем венозный приапизм, однако выжидательная тактика всегда опасна риском развития формирования кавернозного фиброза в половом члене [4]. Лечение артериального приапизма включает в себя селективную артериальную эмболизацию или открытое оперативное вмешательство с ликвидацией артериовенозных фистул, прямое хирургическое перевязывание синусоидальных свищей или псевдоаневризм. По данным литературы, широко применяемая на сегодняшний день селективная или суперселективная эмболизация кавернозных сосудов хотя и эффективна, однако связана с высоким риском (до 40%) возникновения эректильной дисфункции [3].

**Цель исследования.** Описать результат успешного микрохирургического лечения редкого случая посттравматического артериального приапизма.

**Материал и методы исследования.** Ниже приводим наблюдение из практики. Пациент Д., 19 лет, обратился в РКБ Дангаринского района 05.02.2020г. с жалобами на постоянную, не связанную с половым возбуждением эрекцию полового члена, физиологические неудобства, дискомфорт и болевые ощущения в области промежности во время акта мочеиспускания, а также ношения одежды. Из анамнеза выяснилось, что 4 месяца назад получил бытовую травму, случайно споткнулся, упал на мусорное ведро, где находились торчащие острые осколки стекла, в результате чего получил колото – резаную рану в области промежности. Больной сразу же обратился в травматологическое отделение ГКБ №1 г. Душанбе, где ему была оказана медицинская помощь – первичная хирургическая обработка раны промежности с наложением узловых кожных швов. Со слов пациента, сразу же после получения травмы у него возникла «беспричинная» эрекция, которая в последующем не проходила. На это обратили внимание и врачи, которые организовали консультацию специалистов – уролога и андролога. Было установлено, что, несмотря на первичное заживление раны, формировался плотный инфильтрат в области промежности. При пункции области инфильтрата было добыто 5,0 мл. свернувшейся гематомы. Больному была назначена консервативная рассасывающая и противовоспалительная терапия. Учитывая, что состояние эрекции со времени травмы полового члена сохранялось, больной обратился к реконструктивно–пластическому хирургу через 4 месяца от момента получения травмы.

При осмотре общее состояние больного удовлетворительное. При местном осмотре органы гениталий развиты правильно – по мужскому типу. Половой член находится в состоянии эрекции, длина его 13 см, головка отклонена влево. Кожа пениса чистая, обычной окраски. При пальпации половой член "каменистой" плотности. В области промежности, справа, имеет место поперечный рубец размером 1,5 x 2,0см. Под рубцом прощупывается слегка болезненный, плотно – эластической консистенции неподвижный инфильтрат. Следует подчеркнуть, что аускультативно каких-либо шумов над инфильтратом не выслушивается (несмотря на подозрение у больного наличия артерио – кавернозной фистулы).

При ультразвуковой доплерографии и дуплексном сканировании сосудов полового члена и области промежности, на уровне корня полового члена в кавернозных телах под мошонкой и ближе к анусу определяются два объёмистых образования размерами 3,62 x 2,42 см и 2,39 x 1,44 см. Образование, расположенное под мошонкой (2,39 x 1,44), идентифицировано как артериальная аневризма. Второе образование (3,62 x 2,42) – анэхогенная пульсирующая полость со сгустками крови и разрывом интракавернозных коллекторов. При включении режима цветового дуп-

лексного сканирования данная полость представляет собой пульсирующую гематому с подходящей левой кавернозной артерией. Отток крови из области гематомы осуществляется в кавернозные тела через венозные коллекторы.

На снимках МРТ органов малого таза и области промежности без контрастирования получены изображения во всех необходимых плоскостях. Установлено, что в проксимальной части пениса, между губчатым телом полового члена, распространением вперёд и вправо, определяется округло-овальное образование ровными чёткими контурами, однородной структуры, размерами 18x24x26 мм, характеризующееся слабо гиперинтенсивным ободком, на Т2ВИ с гиперинтенсивным ободком, оказывающее компрессионное воздействие на луковичи и кавернозный синус, а также на луковично-губчатую мышцу и пещеристое тело полового члена, вследствие чего луковича увеличена в объёме. На остальном протяжении половой член без особенностей

При проведении урофлоуметрии у больного в дооперационном периоде было отмечено увеличение времени ожидания мочеиспускания – 22 секунды, в норме этот показатель варьируется в пределах до 10 секунд, кривая урофлоуметрии напоминала обтурационную кривую.

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза и дополнительных методов исследования выставлен диагноз: посттравматический артериальный (неишемический) приапизм. Артериовенозная фистула с посттравматической ложной аневризмой области промежности.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Положение больного на операционном столе - литотомическое. Под общим обезболиванием произведён разрез в форме «трёхлучевой звезды», длиной 5 см с каждой стороны разреза, под мошонкой в области пенокротального перехода. Под оптическим увеличением (лупа х 2,5) рассечена кожа, fascia dartos и fascia Buck, m. bulbospongiosus, идентифицированы кровеносные сосуды, выделены мочеиспускательный канал и оба кавернозных тела. Выявлен участок разрыва интракавернозных коллекторов и очищена полость со сгустками крови. Массажными движениями из полового члена выведена застойная кровь, образовавшаяся посттравматическая полость ушита узловыми швами атравматичной нитью Викрил 3/0. Следует отметить, что полость эта сообщалась с подходящей ветвью левой кавернозной артерии, которая была повреждена во время падения больного промежностью в положении всадника и получения травмы осколками стекла и формировалась фистула между артерией и лакунарными пространствами синусоидной ткани с псевдокапсулой. Фистула ветви левой кавернозной артерии надёжно лигирована. Далее, для надёжности гемостаза выполнена пластика данной области местными мышечными тканями, с последующей вставкой резинового дренажа и послойным ушиванием раны. Следует отметить, что к концу операции напряженность в тканях полового члена снизилась, кавернозные тела стали мягче и эластичнее, эрекция пениса сократилась на 60%.

Раны зажили первичным натяжением. Мочевой катетер удалён на 6-е сутки. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, незатруднено. Послеоперационный период протекал гладко. Утренняя эрекция и эякуляция в норме. Состояние больного удовлетворительное, дооперационные жалобы отсутствуют. При повторной урофлоуметрии через 2 недели после операции у больного показатели мочеиспускания приближены к норме, кривая урофлоуметрии напоминает колокол.

**Выводы.** Редкость, серьёзность и ургентность патологии обуславливает недостаточную изученность приапизма. Отсутствие стойкого болевого синдрома при артериальном приапизме является причиной отложенного обращения за медицинской помощью. Так, только спустя 4 месяца после травмы, имея постоянную эрекцию полового члена, чувствуя эстетические неудобства и невозможность эякуляции для сдачи анализа, заставило больного обратиться к реконструктивно – пластическому хирургу. Следовательно, на данном этапе весьма важно максимально обследовать пациентов, чтобы минимизировать ошибки, использовать весь спектр возможных диагностических методов. Касательно способа лечения, на наш взгляд, открытая микрохирургическая прецизионная техника ревизии раны под оптическим увеличением является более приемлемым, эффективным и целенаправленным способом ликвидации ложной аневризмы и артериосинусоидальных фистул, при котором нет риска тромбоза кавернозных тел и гангрены полового члена впоследствии, к тому же, в полной мере сохраняется эректильная функция полового члена в послеоперационном периоде.

#### Список литературы

1. Щеплев П.А. Травма полового члена как причина артериальной формы приапизма. Клиническое наблюдение / П.А. Щеплев, Б.Р. Гвасалия, В.В. Ипатенков // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 1. – С. 76 – 79.
2. Drogo К.М. American urological association guideline on the managemant of priapism / К.М. Drogo [et. al.] // The Journal of Urology. – 2003. – Т. 170, Vol. 4. – Р. 1318 – 1324.
3. Яровой С.К. Современные подходы к диагностике и лечению неишемического (артериального) приапизма / С.К. Яровой, Р.А. Хромов, О.В. Джалилов // Research'n Practical Medicine Journal. – 2017. – Т. 4. – № 4. – С. 99 – 108.
4. Осипов И.Б. Редкий клинический случай посттравматического артериального приапизма у ребёнка / И.Б. Осипов [и др.] // Урологические ведомости. – 2017. – Т. 7, – № Спецвыпуск. – С. 82 – 83.

Хомидзода И.Дж.<sup>1,2</sup>, Курбанов У.А.<sup>1,3</sup>, Холов Ш.И.<sup>1,2,3</sup>

### ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ РАННЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ СУБСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО СПОСОБУ КИЛЛИАН

<sup>1</sup>Кафедра хирургических дисциплин №1, Хатлонский государственный медицинский университет, Дангара.

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница Дангаринского района, Дангара.

<sup>3</sup>Отделение реконструктивной и пластической микрохирургии, «РНЦССХ».

**Актуальность.** Искривление перегородки носа (ИПН) является одной из самых распространённых патологий, и по данным различных авторов, среди популяций встречается от 22,3% до 96,5% [1,2,3]. Операции с целью исправления ИПН производятся в течение последних 140 лет. Всемирное признание и распространение получила

техника операций по методу O.Freer (1902 г.) и G. Killian (1904 г.), которые считаются классическими и по сей день широко применяются по всему миру. Данная методика называется «подслизистая резекция перегородки» – ПРП, суть которой заключается в удалении искривлённой средней части хрящевого и костного сегментов перегородки, включая перпендикулярный отросток решётчатой кости и сошника, с сохранением дорсальной и каудальной частей перегородки в виде L – формы расщепления шириной 6-8 мм, с целью поддержки (опоры) наружного носа [4,5].

Однако в большинстве клиник и отделений стран постсоветского пространства, включая Таджикистан, по сей день неоправданно часто применяется «классический» способ резекции перегородки носа по G. Killian, несмотря на хорошо известные осложнения, возникающие при его использовании. Согласно литературным данным, остаточные и вторичные деформации ПН и наружного носа, требующие повторной операции, наблюдаются до 22% случаев. Повторная реконструкция носа и носовой перегородки является сложнейшей операцией и технически трудновыполнимой даже для опытного хирурга. Возникает необходимость в устранении не только вторичных деформаций, но и остаточных деформаций носовой перегородки и наружного носа.

**Цель исследования.** Изучить и систематизировать характер и формы деформации наружного носа и его перегородки у пациентов, которым выполнялись повторные операции на носу, изучить особенности и объём вторичных корригирующих вмешательств.

**Материал и методы исследования.** Бригадой реконструктивно-пластических хирургов во главе с профессором Курбановым У.А. за период с января 2016 года по декабрь 2019 года на базах РНЦССХ города Душанбе и РКБ Дангаринского района 846 пациентам выполнены операции - септопластика, септоринопластика и ринопластика по поводу искривлений перегородки носа (ИПН) и деформации наружного носа (ДНН). В том числе 74 (8,7%) пациентам, которым ранее в других лечебных учреждениях производились подслизистые резекции перегородки носа по Киллиан, были выполнены повторные корригирующие операции на носу и носовой перегородке. Из них мужчин было 36 (48,6%), женщин – 38 (51,4%). Возраст пациентов колебался от 14 до 57 лет (средний возраст – 25,4). Больные поступали практически со всех регионов республики. Однако преимущественное большинство пациентов были из г. Душанбе – 28 (37,8%) и Хатлонской области – 26 (35,1%). Из Согдийской области поступили 9 (12,2%) пациентов. Остальные 11 (14,8%) пациентов поступили из других регионов республики. Больные поступили в сроки от 1 до 31 года (в среднем 7,4) после ранее перенесённой операции. Следует отметить, что 9 (12,2%) пациентов были ранее оперированы дважды. Все пациенты были неудовлетворены результатами ранее перенесённых операций. Более того, большинство пациентов жаловались на наличие вторичных деформаций наружного носа или осложнения после проведённой ранее операции.

Наряду с общеклиническими исследованиями, всем пациентам производились антропометрические исследования, фотодокументация до и после операции, передняя риноскопия, функциональные пробы. Компьютерную томографию (КТ) носа и носовых синусов производили всем пациентам, и считали её «золотым стандартом» в диагностике первичных и вторичных ДНН и ИПН. Оперативное вмешательство всем пациентам производилось под общим эндотрахеальным наркозом.

Нами из 74 случаев повторных операций (после ранее перенесённой субслизистой резекции перегородки и её последствий) 71 (96%) пациенту операция была выполнена открытым доступом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Корригирующая повторная операция произведена всем 74 (100%) пациентам. При этом вторичная ринопластика и септопластика выполнена 53 (71,6%) больным, в том числе только ринопластика - 30 (40,5%) пациентам, ринопластика в сочетании с септопластикой – 22 (29,7%), изолированная септопластика – 1 (1,4%) пациенту.

Наряду с выполнением корригирующих операций на наружном носе и перегородке, попутно, по показаниям, были выполнены следующие вмешательства: латеропексия по поводу гипертрофированных нижних носовых раковин, устранение конха буллёза, устранение синехии, гайморотомия и пересечение *musculus depressor septi nasi* по эстетическим показаниям.

Ближайший послеоперационный период у всех оперированных больных протекал гладко. Заживление ран завершилось первичным натяжением. Осложнения не отмечены. Отдалённые результаты прослежены у 65 (87,8%) пациентов в сроках от 6 месяцев до 4-х лет. Хорошие функциональные и эстетические результаты были получены у 62-х (95,4%) пациентов.

**Выводы.** Таким образом, операции подслизистой резекции перегородки носа по способу Киллиан не только не дают желаемого результата, более того, агрессивная резекция перегородки приводит к сложным послеоперационным вторичным деформациям наружного носа, исправление которых представляет очень сложную и трудоёмкую проблему. С другой стороны, изолированное вмешательство на перегородке носа, без коррекции деформации наружного носа, на сегодняшний день является неоправданной.

#### Список литературы

1. Дайхес Н.О. Восстановление опороспособности носовой перегородки при вторичной ринопластике / Н.О. Дайхес [и др.] // Медицинский совет. – 2015. – Т. 15. – С. 92 – 96.
2. Delaney S.W. Evolution of the Septoplasty: Maximizing Functional and Aesthetic Outcomes in Nasal Surgery / S.W. Delaney // Mathews Journal of Otolaryngology. – 2018. – N. 1. – P. 1 – 9.
3. Курбанов У.А. Современный подход к диагностике и хирургическому лечению искривлений перегородки носа / У.А. Курбанов, И.Х. Махмудов, С.М. Джанобилова, Ш.И. Холов, Дж.Ю. Дададжонов // Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21, – № 1. – С. 77 – 82.
4. Липский К.Б. Основные методики восстановления утраченной опороспособности носовой перегородки после первичной риносептопластики / К.Б. Липский, Д.А. Сидоренков, Г.А. Аганесов, П.В. Пиманчев // Медицинский совет. – 2016. – № 6. – С. 60 – 63.
5. Subramaniam V. Evolution of correction of the deviated nasal septum – A historical overview / V. Subramaniam [et al.] // Archives of Medicine and Health Sciences. – 2018. – Vol. 6. – N. 2. – С. 293 – 297.



*Худоярова Д.Р., Кобилова З.А., Шопулов Ш.А.*  
**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ  
ГИСТЕРЭКТОМИИ**

Кафедра Акушерства и гинекологии №1, Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** При рассмотрении различных аспектов хирургической менопаузы до сих пор недостаточно внимания уделяется значительному снижению качества жизни женщин, несмотря на последовательное изучение этого вопроса в разных исследованиях. Согласно стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017- 2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности. Реализация улучшение качества жизни женщин репродуктивного возраста с хирургической менопаузой является одним из актуальных направлений [1-5].

**Цель исследования.** Разработать профилактические меры отдаленных осложнений хирургической менопаузы, изучить качество жизни женщин в репродуктивном возрасте.

**Материалы и методы исследования.** Данная работа выполнена в родильном комплексе 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института и родильном комплексе № 2 г. Самарканд. Ретроспективному анализу подвергнуто 63 истории родов женщин, которым была произведена гистерэктомия, с 2013 по 2017 годы. Пациентки были в активном репродуктивном возрасте - от 20 до 37 лет. Методами исследования послужили: общеклиническое обследование, гинекологический осмотр, лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, мазок из влагалища на флору, исследование гормонов – ФСГ, эстрадиола и прогестерона), УЗИ молочных желез, вопросники оценки качества жизни SF36, PISQ и вопросник выявления признаков вегетативных изменений.

Обращает на себя внимание факт большого количества беременностей, родов, аборт и выкидышей у обследованных женщин. Интергравидарный интервал составил в среднем  $1,7 \pm 0,9$  лет. Анализ соматических заболеваний у пациенток показал наличие пиелонефрита у 14 женщин, анемия при беременности у 48, заболевания сердечно-сосудистой системы (АГ, НЦД) у 6, ожирение у 9 пациенток. Гинекологический анамнез показал наличие у 33 (52,4%) обследованных воспалительных заболеваний матки и придатков, эктопию шейки матки у 17 (27%), у 3 (4,7%) их сочетание. У 2 (3,2%) женщин в анамнезе была внематочная беременность, у 1 (1,6%) — пузырный занос. 16 (25,4%) пациенток имели рубец на матке. Одноплодная беременность была у 59 (93,7%), многоплодная у 4 (6,3%) пациенток. Под наблюдением в женской консультации с ранним сроком беременности (до 12 недель) находилось только 38 (60,3%) женщин, при этом регулярно посещали антенатальную клинику только 32 (50,8%).

Среди осложнений гестационного процесса первой половины беременности чаще всего встречались анемия, угроза прерывания, рвота беременных, ОРЗ. Обращает на себя внимание тот факт, что почти у каждой третьей женщины первый триместр беременности протекал без осложнений, а в 11,1% случаев имела место сочетанная патология. В III триместре беременности у 18 (28,6%) наблюдаемых была пре-эклампсия различной степени тяжести и эклампсия, у 3 (4,8%) предлежание плаценты, у 4 (6,3%) осложнилось ПОНРП, у 15 (23,8%) хроническая фето-плацентарная недостаточность и синдром ограничения роста плода. У 20 (31,7%) женщин третий триместр протекал без осложнений. У 41 (65%) пациенток беременность закончилась своевременными родами, у 20 (31,7%) родов были преждевременными и у 2 (3,2%) запоздалыми. У 56 пациенток родоразрешение было путем операции кесарево сечение, и только 7 — через естественные родовые пути. Осложнениями самопроизвольных родов стали несвоевременное излитие околоплодных вод - у 14 (22,2%), слабость родовой деятельности у 2 (3,2%). Из 7 самопроизвольных родов только двое родов были многоплодными, у 3 пациенток масса плода составила 4000 г и выше.

Массивного кровотечения вследствие атонии у 3 (4,8%) пациенток, разрыв шейки матки II степени у 2 (3,17%) и неполный разрыв матки у 1 (1,58%) пациентки. Отмечается высокий процент кесарева сечения у пациенток с атонией матки. Объем кровопотери у пациенток определялся гравидарным методом. I-II степень кровопотери была у 11 (17,5%), III степени у 30 (47,6%), IV — у 22 (34,9%) пациенток. Течение послеоперационного периода у 7 (11,1%) женщин осложнилось нагноением послеоперационной раны и расхождением швов, у 3 (4,8%) развелась послеоперационная очаговая пневмония и у 1 (1,58%) — тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Показания к гистерэктомии в послеродовом периоде были атония матки (73%), перитонит (11,1%), матка Кювелера на фоне ПОНРП (6,3%), истинное приращение плаценты у пациенток с полным предлежанием плаценты (4,8%), разрыв матки (4,8%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ клинических данных показал, что у всех пациенток после операции имелись соматовегетативные расстройства в виде "приливов" жара сопровождалась выраженной потливостью, особенно в ночное время, слабостью. У 33 (52,4%) пациенток уже к 5-7-м суткам наблюдалось усиление нейровегетативной и психоэмоциональной симптоматики, а у 30 (47,6%) - в основном через год. У 41 (65%) пациенток отмечены проявления урогенитальных расстройств (сухость во влагалище, диспареуния, уретральный синдром), которые появились через год после операции. Функция мочеиспускания значительно ухудшилась почти у всех женщин. Повышение ИМТ 25-29 было у 16 (25,4%) женщин, ожирение различной степени тяжести у 13 (20,6%). Наблюдался некоторый прирост систолического АД, повышение уровня холестерина, ЛПНП, триглицеридов, снижению уровня ЛПВП. Анализ динамики стероидных гормонов показал значительное повышение ФСГ и снижение уровня эстрадиола. Астенизация отмечена у всех женщин. Только 46 (73%) женщин оставались в стабильном браке, но у 12 из них были ограничены половые. Пациенткам с легким течением климактерического синдрома были предложены препараты фитоэстрогенов — климадинон по 1 таблетке х 3 раза в день в те-

ние 12 недель, а пациенткам с средней и тяжелой степени были предложены комбинированные эстроген-гестогенные препараты фемостон 1/5 в непрерывном режиме. При ИМТ 40 и выше назначали бигуаниды в непрерывном режиме – метформина гидрохлорид по 500 мг/сутки, диета терапия и психотерапия.

**Выводы.** В отдаленном послеоперационном периоде наблюдались нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения у 60%, нарушения функции мочевыделительной системы у 93,7%, ухудшение качества интимной жизни у всех пациенток. Своевременное обращение в поликлинику и наблюдение беременности, своевременное лечение возникших осложнений предупреждает тяжелые осложнения, которые приводят к гистерэктомии. Применение медикаментозных (фитоэстрогены и эстроген-гестагенные препараты) и немедикаментозных методов воздействия (занятия физической культурой, правильное питание, участие в общественной жизни) в послеоперационном периоде улучшают качество жизни этих пациенток по всем аспектам.

#### **Список литературы:**

1. Агабабян Л.Р. Метаболические изменения в организме женщин, перенесших гистерэктомию в репродуктивном возрасте / Л.Р. Агабабян, З.А. Насырова, С.М. Тилляева, Г.Х. Назарова // Вестник врача. – 2012. - №2. - С.28-33.
2. Пестрикова Т.Ю. Менопаузальная гормональная терапия или негормональное лечение: рациональный выбор / Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, Т.В. Ячинская, Т.Д. Ковалева // Гинекология. – 2015. – Т.17, №3. – С.34-39.
3. Пучков К.В. Fast track: хирургические протоколы ускоренной реабилитации в гинекологии / К.В. Пучков, В.В. Коренная, Н.М. Подзолкова // Гинекология. – 2015. – Т.17, №3. – С. 40-45.
4. Хайдарова Ф.А. Качество жизни и соматическое здоровье женщин с естественной и хирургической менопаузой / Ф.А. Хайдарова, Я.З. Апрамова // O'zbekiston tibbiyot Jurnalı. – 2011. - №4. – С.73-75.
5. Cray L.A. Symptom clusters during the late reproductive stage through the early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study / L.A. Cray, N.F. Wods, J.R. Herting, E.S. Mitchell // Menopause. – 2012. - №19. – С.864-886.

*Шарипов М.А., Шарипов Ф.М., Рахимов Н.Г.*

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЛЬГУСНОГО ИСКРВЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ КОМБИНИРОВАННЫМ МЕТОДОМ**

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни сино». Таджикистан

**Актуальность.** Вальгусная деформация первого пальца стопы является наиболее распространенной ортопедической патологией у человека. Преобладает данная патология у женщин, особенно пожилого возраста. По данным различных авторов соотношение мужчин и женщин варьируется от 70-80% к 20-25% [2,10].

Вальгусная деформация первого пальца связана с поперечным плоскостопием, подвывихом и вывихом сесамовидных костей, приводит к снижению опорной функции головки первой плюсневой кости. В результате увеличивается нагрузка на головки 2-4-й плюсневых костей, идет рефлекторное сгибание пальцев с последующим формированием молоткообразной деформации. Поперечная плоскостопия сочетается с вальгусной деформацией первого пальца в 100% случаев [3].

Деформации переднего отдела, стопы приводит к больному синдрому нарушения походки, трудности выбора обуви, снижена активность пациента. Е.Ш. Зайцева и А.В. Попов [4,5] выделили 3 степени деформации первого пальца по рентгенограмме, Е.Ш. Зайцева анализировала плюснефаланговой и клинско плюсневые углы, А.В. Попов - угол между 1 и 5 плюсневыми костями.

**Цель исследования.** Оценить комплексный оперативный подход к лечению вальгусной деформации первого пальца стопы.

**Материалы и методы исследования.** Были проанализированы результаты хирургического лечения вальгусной деформации первого пальца стопы и варусной деформации первой плюсневой кости 30 больных в возрасте от 18 до 55 лет. Выполнено 46 операций у пациентов II-III степени деформации. Остеотомия была проведена по методу Akin + Scarf + отсечение головок сухожилия m Adductor hallucis 30 больных. По методу WILSON + Ludloff – 16 больных.

Среди них: женщин-20, мужчин-10, средний возраст 45-48±; 8 больных было оперировано по обоим пальцам стопы.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Отдаленные результаты от 1 до 4 лет после оперативного лечения вальгусной деформации первого пальца стопы и варусной деформации первой плюсневой кости у 20 больных при комбинированных переломах. Результаты лечения оценивались по шкале AOFAS.

1. Хорошие:
  - а), Нет болевого синдрома;
  - б), движение в суставах I пальца не ограничено;
  - в), косметическая деформация I пальца стопы устранена;
  - г), ношение обычной обуви-удобно;
  - д), нет необходимости ношения специальных стелек.
2. Удовлетворительные:
  - а), Имелись периодические боли в оперированном пальце стопы;
  - б), ограничение движения первого плюсно- фалангового сустава.
3. Неудовлетворительные:
  - А). Рецидив деформации отсутствует, движение в первом плюсне-фаланговом суставе в полном объеме и болевой синдром не наблюдался.

Хорошие результаты отмечены у 22 (73,3%) больных, удовлетворительные у 8 (26,7%) больных.

У 4 больных в послеоперационном периоде отмечалось покраснение кожи вокруг раны, где имелось накопление крови. В последующем произведено дренирование и наложены антисептические растворы.

**Выводы.** Применение комбинированных методов оперативного лечения I пальца стопы позволяет полностью устранить вальгусную деформацию первого пальца, также восстановит конгруэнтность в первом плюсно-фаланговом суставе, восстановит движение в плюснефаланговом и межфаланговых суставах.

#### **Список литературы**

1. Зайцева Е.И. Отдаленные результаты хирургического лечения вальгусной деформации большого пальца стопы // Ортопедия, травматология и протезирование -1958. -№1-С.43-47.
2. Корышков Н.А., Платонов С.М., Корышков А.Н., Ясенов Д.С. Эндопротезирование мелких суставов стоп // Вестник травматологии и ортопедии России.-2005.-№3.-С.74-76.
3. Кательников Г.П., Чернов А.П., Распутин Д.А. Новое в хирургическом лечении Hallux Valgus // Первая международная конференция по хирургии стопы и голеностопного сустава: Тез.-М.,2006.-С54.
4. Попов А.В. Лечение второй стадии поперечной распластанности стопы и вальгусного отклонения первого пальца: автореф. дис. канд. мед. наук. -М.,2000.-24с.
5. Попов А.В., Поршиков М.В., Тареев Ю.А. и др. Современный взгляд на лечение поперечного плоскостопия. Hallux Valgus и Hallux rigidus // Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов. -Саратов. 2010.-Т.II. -С.787.

*Шаринов М.А., Бегов А.Х., Шаринов Ф.М.*

### **ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ**

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

**Актуальность.** В настоящее время продолжается интенсивный рост количества детей с переломами дистального конца плечевой кости. По данным авторов около- и внутрисуставные переломы плечевой кости составляют более 70% по отношению ко всем переломам верхних конечностей [3,5]. Задача повышения эффективности их лечения до настоящего времени остается нерешенной из-за отсутствия единой методики лечения и реабилитации больных детей. Для нормального восстановления анатомической целостности поврежденной кости, необходимо раннее сопоставление и удержание костных отломков до полного сращения перелома и восстановления функции поврежденной конечности [1,2,4].

**Цель исследования.** Оценка эффективности результатов лечения переломов дистального отдела плечевой кости у детей .

**Материал и методы исследования.** С 2011 по 2019 годы под нашим наблюдением находились 80 больных с надчрезмышцелковым и Т-V-образными переломами, проходившие стационарное лечение в детском травматолого-ортопедическом отделении НМЦ РТ. Среди них мальчиков было 60 (75%), девочек 20 (25%) больных. С открытым переломом 30 (37,5%) больных, с закрытым переломом 50 (62,5%) детей. Среди них, 75 (93,7%) детей поступило в экстренном порядке, а 5 (6,3%) детей - в плановом порядке. Основная часть больных, которым произведена чрезкожная фиксация переломов, составляла 60 (75%) больных, в 13 (16,3%) случаях производили открытый остеосинтез спицами Киршнера. В 7 (8,7%) случаях наложено скелетное вытяжение. Возраст детей составил от 3-12 лет. Поступившим детям в экстренном порядке при неосложнённых разгибательных и сгибательных переломах под наркозом на операционном столе проводилась репозиция костных отломков с последующей чрезкожной фиксацией переломов. При неудовлетворительной закрытом репозиции костных отломков проводилось открытое вправление с фиксацией спицами. Скелетное вытяжение наложено больным, у которых наблюдался отёк сустава, и которые лечение требовалось до выписки.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Задним доступом на нижней трети плеча при открытых переломах производили оперативное лечение, чтобы не было затруднения при сопоставлении костных отломков. Вытяжение осуществляется с помощью скобы спицами Киршнера, которые вводятся в области основания локтевого отростка. Первичный груз в 2-2,5 кг постепенно доводится в среднем до 3-5 кг. В зависимости от наличия внутренней или наружной ротации дистального отломка конечности, а также по данным рентгенографии с самого начала придается соответствующее вправляющее положение Маркса и сохранение равнобедренности треугольника Гюнтера. Очень важно подтвердить или исключить по рентгенограммам ротационный компонент смещения и определить его направление. Для убеждения в правильности сопоставления фрагментов, достаточно бывает клинического и рентгенологического контроля в боковой и переднезадней проекции при согнутом локтевом суставе.

Восстановление функции суставов у детей лучше начинать при наличии клинических и рентгенологических признаков сращения костных отломков.

В ближайшем послеоперационном периоде у всех больных с открытым переломом отмечено первичное заживление ран. Внешняя фиксация повреждённой конечности продолжалась в течение 2-4 недель зависимости от возраста ребенка. Реабилитационная терапия начиналась на 3 день с активной гимнастики пальцев кисти и ритмичным напряжением мышц плеча и предплечья. Весьма эффективны систематические групповые занятия лечебной гимнастикой с включением целенаправленных видов игр.

Насильственная пассивная гимнастика усиливает болевой синдром и приводит к мышечной контрактуре, препятствуя раннему восстановлению функции сустава. Разработку движений следует проводить преимущественно за счет активных упражнений. Весьма эффективны в детском возрасте систематические групповые занятия лечебной гимнастикой с включением увлекательных целенаправленных видов игр, значительно ускоряющих процесс реабилитации по сравнению с обычными индивидуальными занятиями. Насильственная разработка движений в суставе,

причиняющая детям боль, приносит, как правило, вред, значительно удлиняя сроки восстановления функции поврежденной конечности. Наиболее частыми ошибками и недочетами на диагностическом этапе являются недостаточная осведомленность в возрастной анатомии дистального отдела плечевой кости у детей, а также невнимательное изучение и использование данных рентгенографии. Среди ошибочных действий в лечебной тактике можно указать на неправильно избранный первичный метод лечения, наложение циркулярных гипсовых повязок, недооценку постоянного скелетного вытяжения.

**Вывод.** Первично проведенная ранняя стабилизация перелома дистального конца плечевой кости в 93% случаев дает положительный результат.

#### **Список литературы.**

1. Верещагин С.И., Хаустов С.А. Чрезмышечковые переломы плечевой кости у детей: новые возможности диагностики и лечения. // Материалы Российского национального конгресса «Человек и его здоровье». СПб, 2001. - С.111.
2. Миронов С.П., Бурманова Г.М. Повреждения локтевого сустава при занятиях спортом. М., Лесар-арт. - 2000.
3. Симон Р.Р. Кенигскнехт С.Дж. Неотложная ортопедия. М. Медицина. Пер. с англ. 1998.
4. Тарасов Н.И. Малоинвазивный остеосинтез закрытая интрамедуллярная фиксация спицами диафизарных и метафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей. // Детская хирургия. — 1999. — № 3. — С.45-49.
5. Тупица И.И., Щекин О.В. Лечение чрезмышечковых переломов плечевой кости у детей с помощью скелетного вытяжения. // Детская хирургия. — 2000. № 4. - С.25-27.

*Шаринов В.Ш.<sup>1,2</sup>, Холматова Х.К.<sup>1</sup>, Рахмонов Б.И.<sup>1</sup>, Кабиров Я.С.<sup>3</sup>*

### **ЗНАЧЕНИЯ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЕРИФИКАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

<sup>1</sup>Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

<sup>2</sup>ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН Республики Таджикистан

<sup>3</sup>ГУ «Городской медицинский центр №1 им. Ахмедова Карима». Таджикистан

**Актуальность.** Среди патологии хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми могут быть признаны те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи (МЖ). Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальности и в настоящее время в связи с многообразием вызывающих ее причин. [1]. Так, к факторам, приводящим к развитию МЖ, относятся врожденные пороки развития желчных протоков, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), стриктуры магистральных желчных протоков (развившиеся в результате операционной травмы), первичные и вторичные опухоли гепатопанкреатобилиарной системы, паразитарные заболевания печени и желчных протоков. Все эти заболевания при определенных условиях могут обуславливать билиарную гипертензию и МЖ. Для определения сроков проведения и выбора объема оперативного вмешательства необходимо получить в кратчайшие сроки наиболее полную информацию о состоянии билиарного тракта и причинах, обусловивших нарушение желчеоттока. На протяжении последних лет основная роль в диагностике и распознавании МЖ принадлежала ультразвуковому исследованию (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) и чреспеченочной холангиографии (ЧПХ). В последние годы, в дополнение к названным исследованиям, получают развитие методики спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии (МРХГ) [2-5].

**Целью исследования** нашей работы являлась сравнительная оценка эффективности методов лучевой диагностики в верификации (МЖ).

**Материалы и методы исследования.** Методом выборочного исследования нами проанализировано 57 историй пациентов (21 мужчина и 36 женщин) с механической желтухой. По данным УЗИ, КТ с болюсным контрастным усилением, МРХГ, РХПГ и ЧПХ оценивались: наличие очагового поражения печени, объемных образований в области ворот печени, объемных образований в головке поджелудочной железы (ПЖ) и/или ее увеличения в объеме, признаков билиарной гипертензии, конкрементов в билиарной системе.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст обследованных пациентов в группе составил 61,2±13,7 лет при разбросе от 27 до 78 года. Анализ показал, что наиболее часто используемым методом диагностики МЖ является УЗИ (93% обследованных). Данное исследование проводилось 53 пациентам (41% мужчин и 59% женщин). Видимо, это связано с доступностью и неинвазивностью ультразвукового исследования. Кроме того, его проведение требует от врача меньше времени (что увеличивает пропускную способность), и не сопровождается лучевой нагрузкой. Вторым по частоте использования методом является МРХГ. Это связано с лучшей визуализацией конкрементов в желчных протоках, а также с необходимостью уточнения уровня билиарного блока для определения объема оперативного вмешательства. МРХГ была проведена 86% пациентов (36% мужчин и 64% женщин). Инвазивные методы (РХПГ, ЧПХ) занимают третье место в анализируемой группе, но применяются достаточно часто (66%, 21% мужчин и 79% женщин). Значительная частота использования связана, по-видимому, с высокой диагностической информативностью, и возможностью, в ряде случаев, проведения лечебных мероприятий в ходе исследования - папилосфинктератомия, удаление камня петлей и т.д. КТ с болюсным контрастным усилением выполнена 33% пациентов (56% мужчин и 44% женщин). Низкая частота применения этой процедуры обусловлена, на наш взгляд, тем, что конкременты в желчном пузыре (ЖП) и желчных путях достаточно хорошо визуализируются менее дорогостоящими и более доступными методами – УЗИ, МРХГ, РХПГ и ЧПХ. Сравнение результатов исследований показывает, что при КТ с болюсным контрастным усилением по сравнению с УЗИ объемные образования в области ворот печени, объемные образования в головке ПЖ и/или ее увеличение в объеме визуализируются лучше (26% и

8%, 91% и 42% соответственно). Однако статистически значимых различий между КТ и УЗИ в выявлении очагового поражения печени, объемных образований в области ворот печени нами не выявлено. Преимущество КТ перед УЗИ статистически значимо ( $p \leq 0,05$ ) при выявлении объемных образований в головке ПЖ и/или ее увеличения в объеме. Это обусловлено принципиально другим способом получения изображения, уменьшающим влиянием помех на изображение, высоким контрастным разрешением, особенно при использовании болюсного контрастного усиления. Существует возможность сравнения симптомов контрастирования в различные фазы болюсного контрастного усиления (артериальную, венозную, отсроченную) и выявления патологических образований, которые могут быть не видны, или отсутствует возможность определения размеров, границ, локализации, структуры, взаимоотношения с сосудами, рядом расположенными органами, наличия инвазии опухоли [2]. При оценке признаков билиарной гипертензии: расширение внутрипеченочных путей (УЗИ – 70%, КТ – 67%, МРХГ – 64%, РХПГ и ЧПХ – 58%), расширение холедоха (УЗИ – 56%, КТ – 44%, МРХГ – 56%, РХПГ и ЧПХ – 63%) – нет заметных преимуществ какого-либо из методов. Статистически значимых различий между результатами, полученными этими методами, нами также не выявлено. Вероятно, это обусловлено высокой разностью поглощающей способности желчи и смежных тканей, и разрешающая способность метода не имеет существенного значения. Данные об обнаружении конкрементов в билиарной системе таковы: камни в холедохе (УЗИ – 15%, КТ – 11%, МРХГ – 52%, РХПГ и ЧПХ – 37%), камни в ЖП (УЗИ – 52%, КТ – 11%, МРХГ – 28%, РХПГ и ЧПХ – 11%). Как видно, частота выявления камней в холедохе наибольшая при использовании МРХГ. Нами выявлено статистически значимое преимущество МРХГ перед УЗИ ( $p \leq 0,01$ ) при выявлении конкрементов в холедохе. Вычитание из изображения на МР-холангиограммах всех тканей, кроме жидкости, и высокая контрастность изображения камня на фоне желчи в протоке повышает диагностическую ценность исследования. В обнаружении камней в ЖП лучшим методом оказалось УЗИ, хотя статистически без статистически значимых отличий. Мы полагаем, что такой результат обусловлен более широким применением этого метода в диагностике МЖ, а также различным положением ЖП у пациентов, в связи с чем он не всегда попадал в поле исследования при МРХГ.

**Выводы.** Таким образом, самым часто применяемым методом в диагностике МЖ у пациентов исследованной группы является УЗИ. Преимущество какого-либо метода в диагностике билиарной гипертензии нами не выявлено. Наиболее информативным методом в выявлении объемных образований в головке ПЖ и/или ее увеличения в объеме является КТ с болюсным контрастным усилением. Наиболее значимым методом в выявлении конкрементов в холедохе является МРХГ. Инвазивные методы (РХПГ, ЧПХ) не превосходят в диагностическом плане неинвазивные (УЗИ, МРХГ, КТ) и их частое применение связано с возможностью одновременного проведения лечебных мероприятий.

#### Список литературы.

1. Бардаков В.Г., Белова И.Б., Китаев В.М. Диагностические возможности лучевых исследований при механической желтухе // Невский радиологический форум. 2005. С. 71-71.
2. Зарубин В.В., Куражов А.П., Завадовская В.Д., Родионова О.В., Тонких О.С., Клиновицкий И.Ю. Современные методы лучевой диагностики заболеваний, сопровождающихся синдромом механической желтухи // Сибирский медицинский журнал. The Siberian Medical Journal. 2019;34(3):161-171
3. Кармазановский Г.Г. Спиральная компьютерная томография: болюсное контрастное усиление – М.: Издательский дом ВИДАР-М, 2005.-376с.
4. Портной Л.М. Современная лучевая диагностика в гастроэнтерологии и гастроэнтероонкологии. – М.: Издательский дом Видар-М, 2001 – 224 с., ил.
5. Lee S.L., Kim H.K., Choi H.H., Jeon B.S., Kim T.H., Choi J.M. et al. Diagnostic value of magnetic resonance cholangiopancreatography to detect bile duct stones in acute biliary pancreatitis. *Pancreatology*. 2018;18(1):22–28. DOI: 10.1016/j.pan.2017.12.004.

*Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Сатторов М.С*

### ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Аноректальные пороки развития составляют одну из наиболее многочисленных групп проктологических заболеваний детского возраста. Их частота колеблется от 1:500 до 1:5000 живых новорожденных независимо от пола и среди них атрезия составляет 70-85% от общего числа больных [1, 2, 3]. Атрезия заднего прохода и прямой кишки корригируется только хирургическим путем. Заднесагитальный доступ при аноректальных пороках развития всё чаще применяется в последние годы в практике хирургии новорождённых и детей грудного возраста [2, 5].

У больных со свищем в мочевой системе велика опасность восходящей инфекции мочевых путей и развития кишечной непроходимости из-за узости свищевого хода. При этом показана операция наложения противоестественного заднего прохода в первые часы после рождения. Некоторые авторы в таких случаях используют заднесагитальный доступ. Немаловажная роль отводится правильной транспортировке новорождённого, консультации на месте, беседе с родителями больного, разъясняя о причинах и о прогнозе эмбриофетопатии (данного порока развития) [4, 5].

Наиболее оптимальный возраст больных для заднесагитальной проктопластики или промежностной проктопластики является возраст от 3 до 10 месяцев. Если больные с каловой интоксикацией, дефицитом массы тела, анемией обращаются в клинику поздно, то ведение этой категории больных особое. Так как попытка очистить кишечник от каловых камней при помощи клизм может обернуться нарастанием интоксикации, присоединением пневмонии,

ухудшением состояния больного. При таких случаях следует первым делом провести инфузионную дезинтоксикационную терапию, плазматрансфузию с целью подготовки к проведению очистительной или сифонной клизмы. При неподдающихся к бужированию аноректальных свищах и при неэффективности клизм, показана колостомия по полусрочным показаниям. Цель колостомии является нормализация пассажа кишечника, уменьшение каловой интоксикации [1, 2, 3].

**Цель исследования.** Улучшение результатов диагностики лечения аноректальных пороков развития у новорождённых и детей раннего возраста

**Материал и методы исследования.** В клинике детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2014 по 2020 годы получали лечение 151 (100%) больных детей с аноректальными пороками развития.

Всем больным детям проводилась оценка степени риска операции и анестезиологического пособия на основании клинических данных. При этом принимали во внимание анамнестические сведения, оценку по шкале Апгар, массу тела при рождении, наличие видимых сочетанных пороков развития, выраженность симптомов нарушения мозгового кровообращения, состояние гемодинамики. Для выявления скрытых аномалий использовали обзорную рентгенографию органов брюшной и грудной полостей, также ультразвуковое исследование почек и печени. Для идентификации формы аномалий применялся комплекс исследований: рентгенография по Вангенстину, фистулоирригография, КТ и УЗИ.

Рентгенография по Вангенстину проведена 52 (34,4%) больным с безсвищевой формой атрезии анального отверстия через 18-24 часа после рождения. Данный метод вполне информативный, чтобы судить об уровне расположения слепого конца атрезированной кишки и дальнейшего определения оперативной тактики лечения.

На основании рентгенографии по Вангенстину установлена атрезия анального отверстия у 40 (26,5%) новорождённых и атрезия анального отверстия и прямой кишки у 12 (7,9%) новорождённых.

У 99 (65,6%) детей установлена свищевая форма атрезии анального отверстия, из них с компенсирующими свищами составили 92 (61%) ребенка и с не компенсирующими свищами 7 (4,6%) детей.

Из 99 (65,6%) детей со свищевой формой атрезии у 22 (14,6%) больных выявлена высокая форма и у 77 (51%) низкая форма атрезии.

Хирургическая тактика у детей с атрезией аноректальной области определяется на основании вышеуказанных форм: при бессвищевой форме атрезии у 52 (34,4%) оперативное вмешательство производилось в экстренном порядке в течении первых 24-36 часов с момента рождения, с учётом тяжести состояния больного и времени проведения рентгенографии по Вангенстину.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Тактика при свищевой форме атрезии выжидательная, при этом учитывается диаметр свища, его форма, длина и степень компенсации.

У детей с не компенсирующими свищами (7 больных – 4,6%) оперативное вмешательство произведено в течении первых двух суток жизни.

В тех случаях, когда свищ компенсирующий (92 больных – 61%) производилась отсроченная операция (в возрасте 8-12 месяцев).

Следует отметить, что дети с компенсирующими свищами находились под контролем клиники и им было произведено бужирование свища с целью предоперационной подготовки.

Из 92 (61%) детей со свищевой формой атрезии анального отверстия 71 (47%) больному произведена радикальная операция – промежностная проктопластика с иссечением ректопромежностного и ректовестибулярного свищей. В этой группе летальность не отмечена.

Из 92 (61%) детей со свищевой формой атрезии у 21 (13,9%) больного диагностирована высокая форма атрезии. Из них 18 (11,9%) хирургическая коррекция осуществлялась в 3 этапа: в возрасте 7-8 месяцев накладывалась правосторонняя колостома (1-й этап), через 1,5-2 месяца проводилась комбинированная брюшнопромежностная проктопластика (2-й этап) и, спустя 1-2 месяца, закрывалась колостома (3-й этап). Остальным 20 (39,2%) больным с высоким диастозом была произведена заднесагитальная проктопластика по Альберто Пенья; особенности хирургической техники, определение центра наружного сфинктера, сохранение наружного сфинктера, мобилизация кишки, соответствие размера низводимой кишки по диаметру наружного сфинктера, адекватная леваторопластика на протяжении 3-3,5 см. Из них 10 больным произведена проктопластика заднесагитальным доступом: при ректовестибулярном свище 6 больным - заднесагитальная проктопластика: при ректоуретральном свище - 2 детям, при ректоуретральном тяжёлом - 4 детям; остальные 4 больных оперированы при ректовлагалищном свище.

Из 22 (14,6%) больных с надлеваторной атрезией после этапной операции у 3 наступило сужение сформированного анального отверстия, которое ликвидировано бужированием на фоне комплекса рассасывающей терапии. У 2 был отмечен энкопрез из-за пролабирования слизистой сформированной прямой кишки. После иссечения слизистой и проведения физиолечения энкопрез был ликвидирован.

У 3 больных с атрезией анального отверстия и прямой кишки с ректовлагалищным (2) и ректоуретральным (1) свищами после наложения сигмостомы через 8-10 месяцев была произведена комбинированная брюшно-промежностная проктопластика с ликвидацией сигмостомы без правосторонней колостомии. У этой группы больных осложнений и летальности не отмечено.

**Выводы.** Дифференцированный подход к тактике лечения аноректальных пороков даёт возможность снизить послеоперационные осложнения и улучшить результаты лечения. Лечение детей с аноректальными пороками должно проводиться в хирургических центрах, имеющих опыт лечения детей разного возраста с подобной патологией. Наилучшие функциональные результаты могут быть получены при адекватном пороке, выборе метода и срока радикального оперативного лечения, при соблюдении техники вмешательства и длительной последовательной реабилитации.

## Список литературы.

1. Баиров, Г.А. Атлас операций у новорожденных / Г.А. Баиров, Ю.Л. Дорошевский, Т.К. Немилова, - Л.: Медицина, 1984. - 94- с.
2. Даниленко, О.С. Эволюция радикальной коррекции аноректальных пороков развития детей / О.С. Даниленко // Детская хирургия. - 2010. №2. - 32 с.
3. Исаков Ю.Ф., Ранние радикальные операции при коррекции аноректальных аномалий у детей / Ю.Ф. Исаков [и др.] // Хирургия. 1988. - №7. - С.3- 9.
4. Исаков, Ю.Ф., Хирургическое лечение недержания кала в детском возрасте / Ю.В. Исаков [и др.] // Хирургия. 2000. - №4. - С. 45-48.
5. Ормантаев К.С. Колостомия при лечении аноректальных пороков. / К.С. Ормантаев, Н.Н. Ахпаров, Д.У. Смагулова // Медицинский журнал Западного Казахстана. 2008. - №3(19). - С.52-58.

*Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.ДЖ., Гуриев Х.Г.*

## ТРАНСАНАЛЬНОЕ НИЗВЕДЕНИЕ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ДЕЛА ТОРЕ МОНДРЕГОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА (БГ) У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. ГУ НМЦ республики Таджикистан  
«Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Многие вопросы диагностики и лечения болезни Гиршпрунга решены, но несмотря на это, у каждого 3-го оперированного возникают ближайшие и отдаленные осложнения, а каждый 20-й ребенок умирает. До 4-5% радикально оперированных больных нуждаются в повторной реконструктивной операции. И если локальная причина болезни Гиршпрунга в виде аганглионарной нефункционирующей зоны в дистальном отделе толстой кишки достаточно изучена гистоморфологически и гистохимически, то исследователи практически не касались еще общих изменений в организме больного, метаболических нарушений, которые являются важным звеном в патогенезе и без учета которых нельзя строить рациональную и патогенетически обоснованную терапию [1, 2, 3, 4, 5]. До 2012 года проблемы сроков радикальной операции и тактики хирургического лечения БГ у новорожденных и грудных детей оставались дискуссионными. Считалось, что новорожденные и грудные дети плохо переносят сложные операции, высок анестезиологический риск, велики технические трудности операции и сложности послеоперационного выхаживания грудных детей, что обуславливало высокую летальность [1, 4].

В последующем авторы считали, что оптимальный срок операции 1–1,5 года или тот возрастной рубеж, при котором снижен риск или имеются незначительные изменения кишечника. Поэтому детям более раннего возраста предпочтительным было наложение колостомы и хирургическое лечение проводилось 2-х или 3-х этапно.

В эволюции хирургического лечения БГ учёные всегда стремились к снижению послеоперационных осложнений путем совершенствования техники радикальной операции и тактики хирургического лечения. Среди них метод Соаве и его модификации (Болея, Ленюшкина, Жоржсона), хотя считалось более физиологичным в детском возрасте, однако, при этом не исключаются послеоперационные рецидивы заболевания. При хирургическом лечении БГ у новорожденных и грудных детей применение метода Соаве и его модификации являются относительно травматичным, что требует особого технического подхода – радикальность, малотравматичность и ювелирность у новорожденных и грудных детей.

На сегодняшний день эти проблемы стали разрешимыми, благодаря интенсивному развитию детской и неонатальной хирургии и внедрению высокотехнологических операций периода новорожденности и детей грудного возраста с применением операции Дела торе-Мандрегона трансанальным доступом.

Впервые в Республике Таджикистан с 2012 года наша тактика при хирургическом лечении дистальных форм БГ у детей раннего возраста изменилась и мы стали оперировать детей, начиная с периода новорожденности и в грудном возрасте, без наложения сигмостомы, с применением операции Дела торе-Мандрегона трансанальным доступом. Нами выполнена подобная операция 22 больным при дистальных формах БГ у грудных детей в клинике детской хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей грудного возраста путём применения метода трансанальное низведение аганглионарной зоны толстого кишечника по методу Дела Торе.

**Материал и методы исследования.** В клинике детской хирургии ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино с 2012 по 2019 годы прооперировано 22 (100%) больных с БГ в возрасте до одного года. Из 22 (100%) больных у 12 (54,5%) имело место острое течение болезни, которые поступили в первые 3-5 дней после рождения, с клиникой врождённой кишечной непроходимости, и 10 (45,5%) детей поступили в грудном возрасте. Для подтверждения диагноза произведена контрастная ирригография. У 16 (72,7%) детей обнаружен аганглиоз ректосигмоидной части толстой кишки и картина вторичного мегаколона. А у остальных 6 (27,2%) детей обнаружен ректальный аганглиоз. Этим детям были наложены, по показаниям, правосторонняя колостома (3) или колостома на уровне верхней трети сигмовидной кишки (3).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 22 (100%) больных у 12 (54,5%) имело место острое течение болезни. Они поступили в первые 3-5 дней после рождения, с клиникой врождённой кишечной непроходимости, и 6 детей поступили до 6-месячного возраста. Для подтверждения диагноза произведена контрастная ирригография у 4 новорождённых и 4 детей 3-месячного возраста обнаружен аганглиоз ректосигмоидальной части толстой кишки

и картина начинающегося мегаколона выше зоны аганглиоза. А у остальных 9 детей обнаружен ректальный аганглиоз и у 6 - ректальный аганглиоз, переходящий в дистальную часть сигмовидной кишки. 22 больным произведена операция низведение аганглионарной зоны толстого кишечника по методу Дела Торе. Этапы операции трансанального низведения толстого кишечника по Дела Торе: а) девульсия (пальцевое расширение) заднего проходного отверстия. Фиксация слизистой оболочки прямой кишки к коже; б) коагуляция слизистой оболочки прямой кишки за зубчатую линию. Отсечение слизистой оболочки прямой кишки по окружности и начало мобилизации цилиндра; в) выделение серозно-мышечного цилиндра на протяжении 4-5 см; г) вскрытие серозно-мышечного цилиндра по окружности; д) низведение мобилизованной толстой кишки на промежность через серозно-мышечный цилиндр; е) отсечение низведённой кишки; ж) формирование колоанального анастомоза.

#### **Выводы.**

1. Основными проявлениями болезни Гиршпрунга являются запоры, метеоризм, которые начинаются с первых дней после рождения.
2. Продолжительность операции короткая. 3. Брюшной этап операции отсутствует, и тем самым послеоперационные абдоминальные осложнения исключаются. 4. Межфутлярное инфицирование и абсцедирование отсутствуют. 5. Послеоперационный период протекает более гладко.
6. Наблюдается высокая клиническая эффективность. 7. Рецидив болезни исключается. 8. Отмечаются малые экономические затраты. 9. Чем меньше возраст, тем технически проще проводить операцию.

#### **Список литературы.**

1. Ленюшкин А. И. Колопроктология детского возраста / А. И. Ленюшкин // Руководство для врачей. М.: Медицина, 1990. 435 стр.
2. Бегжанова Н. Н. с соавт. «Клиническая бальная оценка тяжести состояния детей с болезнью Гиршпрунга и дифференцированный подход к выбору хирургической тактики». // Н. Н. Бегжанова с соавт. Матер. III Российского научного форума. (Хирургия 2001г). М. 2001, стр.49-50.
3. Красовская Т. В. с соавт. «Показания к наложению кишечных стом при обтурационной непроходимости у новорожденных детей». // Т. В. Красовская с соавт. Матер. I Всероссийского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М. 2002. стр. 346.
4. Степанов Э. А., с соавт. «К вопросу о показаниях к формированию превентивной кишечной стомы у детей». // Э. А. Степанов с соавт. Матер. III Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М. 2004. стр. 510-511.
5. Кривченко Д. Ю., с соавт. «Реконструктивно-пластические операции после обширных резекций ободочной кишки у детей с болезнью Гиршпрунга». // Д. Ю. Кривченко с соавт. Матер. III Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М.2004.стр. 466-467.

*Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х., Самторов М.А.*

### **ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ СВИЩЕЙ ПУПКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.  
Таджикистан

**Актуальность.** Врожденные свищи пупка, кисты, связанные с нарушением облитерации желточного протока и мочевого протока, встречаются в детской хирургической практике очень часто [3,4]. Диагностика и лечение осложнений незаращенного желточного и мочевого протока иногда становится трудной задачей для детского хирурга [1, 2].

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения врожденных свищей пупка у новорожденных и детей грудного возраста.

**Материал и методы исследования.** В клинике детской хирургии ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино с 1990 по 2020 годы пролечено 72 (100%) больных со свищами пупка в возрасте до 2-х лет. Из них новорожденных было 30 (41,6%), детей от 1-го месяца до 2-х лет 42 (58,3%). Среди них мальчиков было 48 (66,6%).

С гнойным омфалитом было госпитализировано 47 (65,3%) больных. Из них у 31 (65,9%) установлен неполный свищ пупка. У 10 выявлены свищи глубиной до 2-4 см. с гнойным отделяемым. У 6 больных установлена гранулема пупка.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Дети с неполными свищами пупка, гнойным омфалитом после проведения целенаправленной антибактериальной терапии (с учетом чувствительности микробной флоры к антибиотикам) и местной санации (включающей в себя промывание 0,02%-м раствором декасана, 0,5%-м раствором диоксида, прижигание свищевого хода ляписом и 96 градусным спиртом, удаление гранулемы) были выписаны с выздоровлением, в среднем через неделю после поступления в стационар.

У 25 (37,7%) больных с патологией пупка по ходу обследования установлены патологии мочевого и желточного протоков. У 8 (11,1%) больных установлена энтерокистома. Из них 6 были новорожденные, у которых еще в роддоме было замечено четко пальпируемое опухолевидное плотно-эластической консистенции образование под пупком. Эти дети находились под наблюдением детского хирурга. У 5 больных в динамике наблюдения эти образования исчезли, и лишь в трех случаях из них были оперированы по поводу нагноившейся энтерокистомы. У троих больных после фистулографии (30%-м верографинном) установлено полное незаращение желточного протока. Им произведена операция лапаротомия с ликвидацией незаращенного желточного протока. В трех случаях у детей после фистулографии незаращенный желточный проток сам по себе облитерировался. Пупок стал сухим.

Из 14 детей с патологией мочевого протока у 6 установлено неполное его заращение, что было подтверждено



с помощью фистулографии. Свищевой ход был иссечен внебрюшинно и больные были выписаны с выздоровлением. У 5 (35,7%) больных отмечено нагноение кисты ухахуса (воспалительные образования размерами до 5,0x5,0см. ниже пупка над симфизом по срединной линии). Из них у 3 гнойники опорожнены через пупок, у 2 произведено вскрытие гнойника над инфильтратом. У 3 (21,4%) больных при фистулографии в сочетании с контрастной цистографией в боковой проекции установлено наличие кисты ухахуса. У 2 в полости кисты обнаружены камни размером 2,0x2,5см. и 1,5x2,0см. с неровными краями, продолговатой формы и с шероховатой поверхностью. При рентгеноурологическом и ультразвуковом исследовании у этих детей уrolитиаз не выявлен. Все дети были выписаны с выздоровлением.

**Выводы.** У детей грудного возраста с патологией пупка необходимо тщательно провести обследование с целью установления наличия связи с незаращением желточного и мочевого протоков и выбирать правильную тактику лечения в зависимости от вида патологии и их осложнений.

#### **Список литературы.**

1. Азизов А.А., Шерназаров И.Б., Нуриддинов М.Н., Сафаров А.С, Ходжаев С.Х, Муборакшоев М.Ш. "Чаррохии батнии кӯдакон". / А.А. Азизов., И.Б. Шерназаров., М.Н. Нуриддинов., А.С. Сафаров., С.Х. Ходжаев. М.Ш. Муборакшоев. // Китоби дарси. Душанбе. - 2001. - С. 206.
2. Исаков Ю.Б, Степанов Э.А, Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия. / Ю.Б. Исаков., Э.А. Степанов., Т.В. Красовская. // Руководство для врачей. Москва. 1988 г. - 414 стр.
3. Разумовский А.Ю. Детская хирургия. / А.Ю. Разумовский. // Национальное руководство. Москва. - 2016г. «ГЭОТАР-медиа» стр. 332-233.
4. Рофиев Р.Р., Шерназаров И.Б. О врожденных свищах и кистах пупка у грудных детей. / Р.Р. Рофиев., И.Б. Шерназаров. // Сборник научно-практических работ «30 лет детской хирургии Таджикистана». - Душанбе, 1994. - стр. 117-118.

*Шоев М.Д., Махмудназаров М.И., Хукумзода М.З.*

### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ**

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

**Актуальность.** Оперативные вмешательства по поводу искривления перегородки носа и хронического гипертрофического ринита являются одними из самых распространенных операций в оториноларингологических отделениях стационаров. Результат оперативного лечения во многом зависит от техники, объема оперативного вмешательства, мастерства хирурга и методики ведения послеоперационного периода [1, 4]. Известно, что операционная травма сопровождается морфологическими и функциональными изменениями слизистой оболочки: повреждением мерцательного эпителия, отеком и экссудацией тканей, изменением реологических характеристик носового секрета, дегенерацией и потерей ресничек клетками мерцательного эпителия, снижением их цилиарной активности [3]. Все это нарушает мукоцилиарный транспорт (МЦТ), который является основным механизмом санации дыхательных путей. В связи с угнетением МЦТ серозно-слизистое раневое отделяемое высыхает и формирует корки, которые прилипают в местах повреждения мерцательного эпителия и являются питательной средой для бактерий, увеличивая тем самым возможность вторичного инфицирования. Формирующиеся фибриновые налеты затрудняют носовое дыхание и могут способствовать образованию синехий [2,4]. Поэтому особенно важным в послеоперационном периоде является проведение тщательного туалета полости носа с использованием лекарственных препаратов, не угнетающих цилиарную активность мерцательного эпителия.

**Цель исследования.** Совершенствование способов восстановления функций слизистой оболочки полости носа в послеоперационном периоде.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 92 больных с диагнозом: искривление перегородки носа, хронический гипертрофический ринит, которые были объединены в две группы: контрольную и основную по 46 пациентов в каждой. Рандомизация проводилась следующим образом: каждого нечетного пациента включали в контрольную группу, каждого четного — в основную. Возраст больных колебался от 17 до 65 лет, из них мужчин было 59, женщин – 33. Клинический диагноз установлен на основании данных передней, задней риноскопии, фибриноскопии, рентгенографии и КТ околоносовых пазух. Всем пациентам были выполнены одинаковые по объему операции (септопластика, УЗД нижних носовых раковин).

В контрольной группе ведение послеоперационного периода осуществлялось по стандартной методике: туалет полости носа при помощи отсоса, анемизация (0,1% раствором нафтизина), орошение слизистой оболочки носовой полости физиологическим раствором. В основной группе пациенты дополнительно проводили самостоятельное промывание обеих половин носа настоем шалфея лекарственного 3 раза в день в течение 14 дней, начиная с первого дня после удаления тампонов из носовой полости.

Эффективность лечения оценивалась по динамике субъективных ощущений больного и объективной оценке течения послеоперационного периода.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Жалобы на нарушение носового дыхания отмечали 100% обследованных. При исследовании функционального состояния выявлено значительное нарушение дыхательной, защитной и обонятельной функций носа. В частности снижение транспортной функции слизистой оболочки носа отмечено у 100% пациентов. При этом, мукоцилиарный клиренс у 43 (46,7%) больных составил 1ч.30мин., у 34 (36,9%) - 1ч. 10мин. и у 15 (16,3%) больных 45-50 минут при норме 15-25 мин. При ольфактометрии выявлено нарушение обоняния в виде гипосмии у 36 (39,1%) больных.

Повторные исследования функционального состояния носа проводили через 2 недели после оперативного вмешательства. При этом у 73 (79,3%) оперированных отмечены хорошие и у 19 (20,6%) удовлетворительный результаты. В отношении функциональных показателей носа в этом периоде выявлены некоторые различия между группами. К примеру, в основной группе восстановление носового дыхания отмечено у 91,5%, а в контрольной группе восстановление носового дыхания наблюдалось у 80,9% пациентов. У 37 пациентов основной группы (80,4%) транспортная функция мерцательного эпителия равнялась от 22 до 28 минутам, что практически соответствует норме, а в контрольной группе нормализация показателей мукоцилиарного клиренса наблюдалась только у 24 пациентов, что составило 25,1%. Снижение обоняния в виде гипосмии выявлено только у 2 пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе гипосмия сохранялась ещё у 6 больных (рис.1).

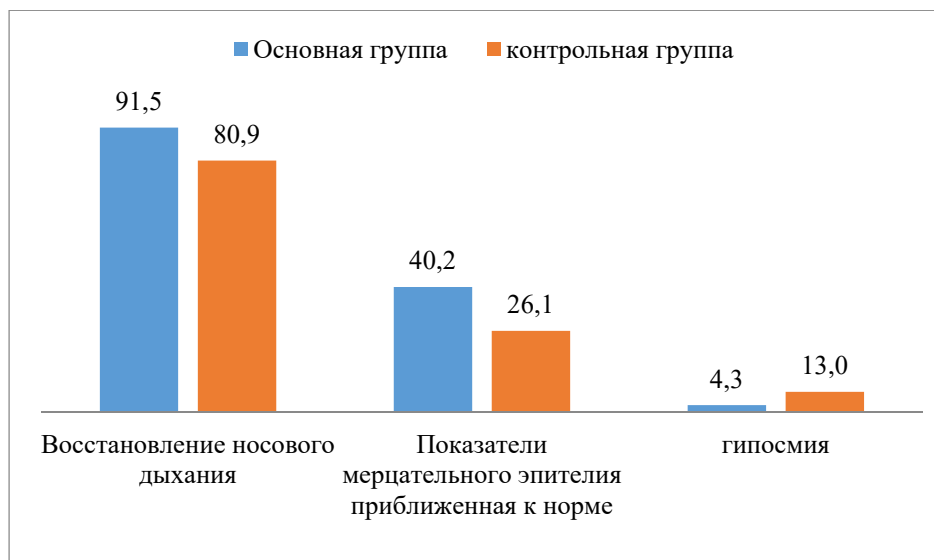


Рис. 1. Функциональные показатели носа после лечения

Результаты проведенных исследований позволяют предположить, что оптимальный состав настоя шалфея лекарственного обладает вяжущими, противовоспалительными и антисептическими свойствами, оказывает стимулирующее действие на регенеративные процессы и улучшает биохимические процессы в эпителиальных клетках слизистой оболочки носа, препятствует высыханию носового секрета и нормализует его реологические свойства, способствует восстановлению функций слизистой оболочки.

**Выводы.** Применение настоя шалфея лекарственного в послеоперационном периоде у больных с искривлением перегородки носа, хроническим гипертрофическим ринитом, способствуя более выраженному уменьшению таких клинических симптомов, как заложенность носа и ощущение сухости в носу, уменьшает выраженность реактивных явлений в полости носа и способствует более быстрому восстановлению цилиарной активности мерцательного эпителия и улучшает самочувствие больных.

#### Список литературы.

1. Захарова Г. П., Янов Ю. К., Шабалин В. В. Мукоцилиарная система верхних дыхательных путей. – СПб.: Диалог. – 2010. – 358 с
2. Г.В. Лавренова, С.В. Баранская. Опыт применения фитотерапии у больных с затянувшимся течением острого синусита и обострением хронического синусита. РМЖ №18, 2014 ст. 1330-1334.
3. Махмудназаров М.И., Алиев А.А., Мехмондустов С.Г. Послеоперационная реабилитация больных с искривлением перегородки носа. Междунар. журнал Проблемы биологии и медицины, № 4 (80). 2014.- С. 149-150.
4. Шоев М.Д. Эффективность шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с искривлением перегородки носа, сочетанным с гипертрофическим ринитом / М.Д. Шоев, М.И. Махмудназаров, З.А. Ахророва, Ш.Д. Муродов// Российская оториноларингология. – 2018. – № 6. – С. 139-143.

*Юлдошев Р.З<sup>1</sup>, Ходжамкулов А.А<sup>2</sup>, Нуралиев Д.Ш<sup>1</sup>.*

#### БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ЖЕЛУДКА (МРРЖ) 2020

<sup>1</sup>Кафедра онкологии и лучевой диагностики Таджикского государственного медицинского университета им. Абу-али ибни Сино. Республика Таджикистан

<sup>2</sup>Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Республика Таджикистан

**Актуальность.** Рак желудка является одной из актуальных проблем клинической онкологии. На ряду с такими онкопатологиями, как рак лёгкого, рак молочной железы у женщин, рак желудка, особенно проксимальной локализации на сегодняшний день имеет тенденцию к увеличению и особенно тревожно - к омоложению.

По частоте заболеваемости РЖ все страны мира можно разделить на две группы: 1) страны с наиболее высокой заболеваемостью - Япония, Корея Финляндия, Исландия; к странам с низкой заболеваемости относится Гамбия, Индия, а также Куба [1].

Самый высокий показатель заболеваемости установлен в Японии (100 на 100000 тыс. население).

В России РЖ является второй по распространенности формой злокачественных новообразований, уступая по частоте у мужчин раку легкого, а у женщин раку молочной железы, и составляет 13% всех злокачественных опухолей у мужчин и 9,2% у женщин.

Рак желудка (РЖ) в Таджикистане занимает 4 место среди злокачественных новообразование после рака молочной железы, рака шейки матки и колоректального рака. По данным статистического отдела МЗ и СЗ РТ ежегодно в республике диагностируется более 300 новых случаев рака желудка [2]. По данным отдела статистики ОНЦ МЗ СЗ всего у 12% первично обратившихся больных диагностируется I-II стадия рака желудка. В тоже время III стадия - 37,4% IV стадия - 50,6% [2].

При первичном обращении больных почти у 80% пациентов выявляют наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы (ЛУ). Из-за генерализации опухолевого процесса на фоне проводимого лечения более чем 40% больные погибают в течение первого года жизни(3).

Учитывая вышеизложенное, можно отметить, что онкологи, в основном, имеют дело с местно-распространенным опухолевым процессом. Несмотря на достижение химиолучевой терапии, лидирующую позицию в лечении больных резектабельными формами рака желудка занимает хирургический метод и остается золотым стандартом, который позволяет надеяться на полное выздоровление больного или на длительную ремиссию 47(57,3%).

**Цель исследования.** Изучить состоятельность диагностических методов исследования у больных МРРЖ, оценить непосредственные и отдаленные результаты комбинированных оперативных вмешательств и определить критерия подбора пациентов.

**Материал и методы исследования.** В торакоабдоминальном отделении ОНЦ МЗ и СЗ РТ за период с 2015 по 2019 г. комбинированные операции по поводу местно-распространенного рака желудка выполнены 82 больным. Возрастной интервал пациентов колебался от 28 до 82 лет (средний возраст 51,2±2,3 года). Большинство пациентов были мужчины — 58 (61,9%), женщин — 24 (38,1%).

Следует отметить, что у 11 больных в возрасте до 30 лет диагностирован МРРЖ. У 27 больных исследуемой группы МРРЖ установлен в возрасте 60 и более лет.

**Таблица №1. Распределение больных по возрасту и полу**

Возраст, лет Пол	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70- более
Мужчины (n=58)	8	7	10	16	10	7
Женщины (n=24)	4	1	3	6	8	2
Всего (n=82)	11	8	13	22	18	9

Алгоритм дооперационного диагностического обследования включал следующее: клинический осмотр больного, сбор анамнеза заболевания, рентгенография пищевода, желудка с пассажем контраста по дуоденуму, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, спиральную компьютерную томографию органов брюшной полости с болюсным контрастированием.

Лапароскопия достаточно информативный метод диагностики, но при локализации опухолевого процесса в выходном отделе желудка данный метод не рекомендуется, так как больному показана лапаротомия и при не резектабельности опухоли сформирование обходных анастомозов. Анализ локализация опухолевого процесса у 82 больных свидетельствует о том, что рак выходного отдела желудка имел место у 17(20,7%) больных. Субтотальное поражение желудка установлено у 32(39%) пациентов. Поражение проксимальных отделов желудка диагностировано у 33(40,2%) пациентов.

Особый интерес заслуживает эндоскопическая характеристика неоплазмы желудка, так как от правильной интерпретации эндоскопической картины зависят многие прогностические факторы, основным которым считается объём резецируемой части поражённого органа.

Изучая протоколы ЭГДС у всех 82 больных нами было установлено, что Ворган I (грибовидный или полиповидный) – 17 (20,7%) случаях, Ворган II (язвенная форма) - 24(29,2%) больных, Ворган III (язвено-инфильтративный) - 31(37,8%) и диффузно-инфильтративная форма в 10(12,1%) случаях. Немаловажное значение в онкологии имеет морфологическая верификация опухоли и дифференцировка опухолевых клеток. Морфологическая верификация диагноза достигнута у 70 больных, что составило 85%.

- Аденокарцинома высоко дифференцированная установлена у 11 больных, умеренно дифференцированная в 22 случаях, низкодифференцированная установлена у 21 (30%) пациента.

При изучении распространённости опухоли на дооперационном этапе нами было установлено, что у 60 больных, что составляет 73,1%, процесс поражает все слои желудка и опухолевая инвазия выходит за пределы поражённого органа с вовлечением соседних анатомических структур.

Учитывая сложность выработки тактики лечения больных МРРЖ, предлагаем следующий алгоритм предоперационной подготовки больных.

*Основные принципы обследования и хирургического лечения больных местно-распространенным раком желудка заключаются в следующем:*

- 1) адекватная предоперационная диагностика распространённости опухолевого процесса за пределами первичного опухолевого очага и определение физиологической операбельности больного;
- 2) предварительное планирование объёма операции на основе результатов дополнительных методов исследования больного;

- 3) *предоперационная подготовка больного и полноценная подготовка ЖКТ, учитывая распространённость опухолевого процесса;*
- 4) *выбор правильного операционного доступа;*
- 5) *обеспечение радикального объёма резекции поражённых органов с адекватным объёмом лимфодиссекции и интраоперационной профилактики послеоперационных осложнений.*

У больных с прорастанием опухоли желудка в тело или хвост поджелудочной железы, метастатическим поражением лимфоколлекторов по ходу селезеночной артерии и в воротах селезенки, а также при диффузно-инфильтративных формах рака желудка, с целью повышения абластичности вмешательства применяли моноблочную корпорокаудальную панкреатэктомию у 17(20,7%) больных и адреналэктомию у 3 пациентов. В большинстве случаев комбинированные операции были радикальными (R0) - у 73(1%). В 9(1%) наблюдениях при интраоперационном цитологическом исследовании линии резекции пищевода и плановой гистологической проводке операционного материала после комбинированной гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода из лапаротомно-диафрагматомного доступа по проксимальной границе макропрепарата (аборальный край резекции) были выявлены клетки аденокарциномы (операция R1). Учитывая общее состояние больных и возможные послеоперационные осложнения было решено остановиться на достигнутом.

**Результаты исследования и обсуждение.** Резекция одного соседнего с желудком органа выполнена в 47 (%) , 2 органов — в 32 (35,2%), 3 и более органов — в 3 (18,3%) случаях. Количество удаленных перигастральных лимфатических узлов колебалось от 16 до 24 (в среднем — 16,3±3). Следует отметить, что такое грозное осложнение как несостоятельность культи дуоденума не было диагностировано не в одном случае, так как в отделении разработаны оптимальные варианты обработки культи.

В послеоперационном периоде у 11 больных развились хирургические осложнения: 7 больным с осложненным клиническим течением в послеоперационном периоде потребовалось выполнение повторного вмешательства. У 4 больных эти осложнения удалось благополучно купировать, умерли 3(3,6%) пациента — на 4-е, 8-е и 24-е сутки после операции, причинами летального исхода явились прогрессирующий панкреонекроз и перитонит вследствие недостаточности швов пищеводно-кишечного анастомоза соответственно.

Общая послеоперационная летальность составила 14,3% (3 больных).

При оценке отдаленных результатов установлено, что общая односторонняя выживаемость составила 68,1%, 2-летняя — 52,1%, общая 3-летняя выживаемость составила 47,5%.

**Выводы.** Таким образом, учитывая тот факт, что более 70% больных поступают к специалистам, когда опухолевой процесс носит местно распространённый характер, комбинированные операции считаются оправданными, кроме того, они сопоставимы с хирургическими результатами радикальных вмешательств без резекции смежных органов.

#### **Список литературы.**

1. Siegel R, Ma J, Zu Z. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide . *CA Cancer J Clin.* 2014;69:9-29
2. Юлдошев РЗ, Зирияходжаев ДЗ, Рахматов МТ, Дилшодов СА, Азатуллоев ЁИ, Ходжамкулов АА. Паллиативно-куративные хирургические вмешательства у больных раком желудка с метастазами в печень. *Вестник Авиценны.* 2018;20(4):383-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-383-388>
3. Скоропад В.Ю. Рациональная тактика лечения местно- распространённого рака желудка. *Практическая онкология.* 2010. 10 (1): 28-35. Namashima C. Current issues and future perspectives of gastric cancer screening. *World J Gastroenterol.* 2014;20(38):13767-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i38.13767>.
4. Каприн АД., Старинский ВВ., Петрова ГВ. (ред.) Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). МНИОИ им. П.А. Герцена □ филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018. 250-265 с.
5. Стилиди И.С., Неред СН. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространённого рака желудка *Практическая онкология.* 2009; 10 (1): 20–27.

*Юлдошева М.У, Юлдошева М.У.*

### **АМГ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА И ФЕНОТИПОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

Кафедра акушерства и гинекологии №1 и кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан.

**Актуальность.** Синдром поликистозных яичников (СКПЯ) - наиболее часто встречающееся эндокринное заболевание женщин репродуктивного возраста, приводящие к гиперандрогении и ановуляторному бесплодию [1].

СКПЯ является очень распространенным заболеванием, его частота составляет от 6% до 20%. Эффективность лечения бесплодия во многом зависит от состояния овариального резерва в каждом конкретном случае [2]. Одним из маркеров овариального резерва, овариальной дисфункции и овариального ответа в репродуктивной системы женщины является антимюллеров гормона (АМГ) [3].

В настоящее время выделяют четыре фенотипа СПКЯ: фенотип А (классический), который характеризуется гиперандрогенией, хронической ановуляцией, поликистозной морфологией яичников по УЗИ; фенотип В (ановуляторный), для которого характерна гиперандрогения, олигоановуляция, но без поликистозной морфологии яичников. Фенотип С (овуляторный) с гиперандрогенией и поликистозной морфологией яичников на фоне регулярных овуляторных циклов. Фенотип D (неандрогенный) для которого свойственны хроническая ановуляция и ультразвуковые признаки поликистозных яичников, но без клинической/биохимической гиперандрогении [3,4]. Определение конкретных фенотипов у женщин с СКПЯ оправдано с точки зрения метаболизма гормонов [5].

**Цель исследования.** Определение уровня антимюллера гормона (АМГ) в сыворотке крови у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) в зависимости от фенотипа.

**Материал и методы исследования.** В данной работе представлены результаты исследования 38 женщин репродуктивного возраста, обратившихся на обследование и лечение в ЛДЦ ТГМУ Абуали ибни Сино с диагнозом: СКПЯ. Бесплодие (первичное и вторичное). Критерием включения в группу составили женщины репродуктивного возраста с диагнозом СКПЯ, критериями исключения были женщины моложе 18 лет и старше 47 лет, а также имеющие тяжелые соматические заболевания и хронические воспалительные заболевания органов малого таза. Клинико-лабораторные исследования: общие анализы крови и мочи, биохимия крови, определение уровня АМГ в сыворотке крови, ультразвуковое исследование щитовидной железы с последующим осмотром эндокринолога, УЗИ матки и ее придатков, в том числе фолликулометрия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст пациенток составил  $27,8 \pm 2,2$  года. ИМТ – 25–29,9. Основной причиной обращения пациенток было бесплодие (первичное и вторичное). Забор крови для определения уровня АМГ осуществлялся на 3 день менструального цикла. Первичное бесплодие отмечалось у 23 исследованных женщин, вторичное бесплодие у 15 исследованных женщин. Диагноз был поставлен на основании клинико-лабораторных исследований.

У пациенток с овulatory фенотипом объем каждого яичника находился в пределах от 10,8 до 13,6 см<sup>3</sup>. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было  $12,8 \pm 2,8$  (от 10 до 14), которое превышает нормальные показатели.

У пациенток с ановуляторным фенотипом объем каждого яичника находился в пределах от 7,4 до 9,1 см<sup>3</sup>. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было  $8,5 \pm 1,2$  (от 8 до 10), что соответствовало норме, вследствие этого увеличение объема яичника и повышение антральных фолликулов у женщин с СКПЯ можно рассматривать как одно из проявлений нарушения менструального цикла.

В результате обследования распределение фенотипов было следующим: фенотип А был у 16 (42,1%) женщин, фенотип В – у 6 (15,7%), фенотип С – у 9 (23,6%), фенотип D – у 7 (18,4%). У женщин с СКПЯ, имеющих фенотипы А и С, уровень АМГ соответствовал  $10,6 \Gamma \pm 2,6$  нг/мл и  $12,6 \Gamma \pm 2,6$  нг/мл, что превышало данные значения в сравнении со стандартными показателями у женщин репродуктивного возраста ( $p < 0.05$ ). У пациенток с фенотипами В и D уровень АМГ составил 6,9 нг/мл и 8,07 нг/мл, что соответствовало среднему значению гормона, характерному для женщин репродуктивного возраста ( $p=0.05$ ).

Уровень АМГ может быть различным и меняться в зависимости от возраста. Различают высокий уровень АМГ (более 6,8 нг/мл), нормальный (4,0–6,8 нг/мл), низкий (0,3–2,2 нг/мл). Норма АМГ у женщин в репродуктивном периоде находится в пределах 4,0–6,8 нг/мл.

Нами установлено, что у большинства исследованных женщин был выявлен основной фенотип, то есть классическая форма СКПЯ. Значение АМГ соответствовало высокому уровню у женщин с основным и ановуляторными фенотипами, нормальному – с овulatoryным и андрогенным. Вероятно, причиной различий уровня АМГ при фенотипах является нарушение созревания фолликулов при СКПЯ.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о различном уровне АМГ у женщин с СКПЯ в зависимости от фенотипа. Данный гормон можно рассматривать как один из маркеров фенотипов синдрома поликистозных яичников. Изучение показателей овариального резерва у женщин репродуктивного возраста с СКПЯ является перспективным направлением, что позволяет определить репродуктивный потенциал и выбрать тактику лечения у женщин с СКПЯ с различными фенотипами.

#### **Список литературы:**

1. Дедова, И.И., / Мельниченко Г.А. // Синдром поликистозных яичников. Руководство для врачей. 2007. С. 66-70.
2. Тумилович, Л.Г., Геворкян Е.А. / Справочник гинеколога-эндокринолога. М., 2014. С.111-117.
3. Шестакова, И.Г., Рябинкина Т.С./ СКПЯ: новый взгляд на проблему. Многообразие симптомов, дифференциальная диагностика и лечение СКПЯ // Информационный бюллетень. М., Редакция журнала Status praesens, 2015., С.4-8.
4. Назаренко, Т.А., Мишиева Н.Г. / Бесплодие и возраст. // Пути решения проблемы. М., 2014. С. 75-95.
5. Van Houten, E.L., Themmen AP, Visser J.A. / AntiMullerian hormone regulator and marker for ovarian function. // Ann. Endocrinol. 2010; 71 (3).

*Юлдошева М.У, Зоирова Х.К., Сарахонова М.Ф.*

#### **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

Лечебно–диагностический центр ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан.

**Актуальность.** По данным зарубежных авторов распространенность доброкачественных заболеваний шейки матки колеблется от 38% до 70% среди гинекологических больных [1]. Наибольшее внимания, по мнению многих авторов, заслуживает эктопия шейки матки, которая, с одной стороны, чаще всего диагностируется при профилактических осмотрах (до 70%), а с другой продолжает считаться вариантом нормального гистофизиологического состояния шейки матки [3]. В то же время доказано, что при эктопии цилиндрический эпителий шейки матки с его криптами является основным и идеальным местом для внедрения инфекций, передаваемыми половым путем [5]. Осложненное течение эктопии на фоне воспалительного процесса, которое наблюдается в 67,7–71,2% наблюдений, способствует нарушению процессов пролиферации эпителия и может привести к развитию дисплазии и атипии клеток [4]. Несмотря на разные дискуссии о необходимости хирургического вмешательства (электрокоагуляция, радиоволновая хирургия, лазерная и криодеструкция, диатермоконизация) при эктопиях, частота рецидивирующего тече-

ния заболевания остается достаточно высокой, достигая 40% [5]. Однако при лечении доброкачественных заболеваний шейки матки в лучшем случае, вмешательству на шейке матки, предшествует санация влагалища (местное применение вагинальных свечей) или, редко, проводится эмпирическая антибактериальная и противовирусная терапия, или используются средства в послеоперационном периоде для ускорения процессов эпителизации [2].

**Цель исследования.** Разработка эффективного лечения осложненной эктопии шейки матки, которая значительно снижает частоту рецидивов заболевания.

**Материал и методы исследования.** Было проведено комплексное обследование 64 женщин с осложненной эктопией шейки матки, из них у 38 (59,3%) отмечался рецидив заболевания после предшествующей коагуляции (от 6 мес. до 2 лет).

В основной группе (n=35) был использован предложенный нами способ лечения эктопии шейки матки, который, помимо непосредственного выполнения коагуляции, включает два последовательных этапа: подготовка к коагуляции и ведение послеоперационного периода. На первом этапе, за 1 мес. до проведения коагуляции, на 3-й день менструального цикла назначался курс иммуностимулирующей терапии препаратом «Пирогенал». Курс начинали с дозы 25 мкг внутримышечно каждые 48 ч с последовательным увеличением дозы на 25 мкг до повышения температуры тела больной не ниже 38° или до максимальной дозы Пирогенала 150 мкг. Затем проводили антибактериальную и противовирусную терапию. На втором этапе, после коагуляции обрабатывали шейку матки препаратом Галавит в виде 100 мг сухого вещества, растворенного в 5 мл Мирамистина с последующим подведением тампона, смоченного в этом растворе, на 5 ч на 3-и, 5-е и 7-е сутки после коагуляции. В группе сравнения (n=29) коагуляции эктопии шейки матки предшествовала эмпирическая антибактериальная терапия и санация влагалища в течение 10 дней. Всем пациенткам проводился стандартный объем диагностических мероприятий, включая бактериологическое и цитологическое исследования, ВПЧ-тестирование, расширенная кольпоскопия. Дополнительно в план обследования были включены ПЦР-диагностика и иммуноферментный анализ крови (ИФА) на обнаружение антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Возрастной состав обеих исследованных групп почти был одинаковым. Средний возраст пациенток составил  $25,8 \pm 2,2$  года.

В основной группе у 19 (54,2%) женщин отмечалась рецидивирующая эктопия шейки матки, а в группе сравнения у 11 (37,9%) женщин. Эктопия шейки матки впервые была выявлена у 16 (45,7%) женщин в основной группе, а в группе сравнения у 18 (62%) женщин.

Результаты цитологического исследования мазков с шейки матки при проведении первичного осмотра свидетельствовали о воспалительной реакции (II тип мазка по Папаниколау) у 48,4% больных основной группы (n=35) и у 68,3% – группы сравнения (n=29). III тип мазка был выявлен соответственно в 3 (6,7%) и 1 (2,4%) случаях, а I тип мазка отмечен в группах лишь в 24,4% и 29,3% наблюдений. При микроскопии мазков в основной группе диагностированы: кольпит – у 14 женщин (40%), бактериальный вагиноз – у 3 (8,5%), нормоценоз – у 2 (5,7%). Аналогичные результаты бактериоскопии мазков были получены в группе сравнения. Возбудители специфических инфекций при бактериоскопическом исследовании в группах не были выявлены ни в одном случае. По данным литературы, при эктопии шейки матки часто отмечается воспалительный тип мазка, что приводит к многократному применению вагинальных препаратов с антибактериальным или антисептическим действием, но только с временным эффектом [17]. При проведении скрининга на обнаружение вируса папилломы человека (ВПЧ) положительные результаты получены в основной группе у 22 женщин (62,8%), в группе сравнения – у 14 (48,2%). Методом ПЦР-диагностики хламидийная, уреоплазменная и микоплазменная инфекции были диагностированы в группах в небольшом проценте наблюдений. В то же время дополнительное исследование крови на обнаружение специфических антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций методом ИФА позволило выявить хронический хламидиоз более чем у 80% обследованных женщин в обеих группах; уреоплазмоз и герпетическую инфекцию – в 90% случаев, а также различные ассоциации возбудителей констатированы во всех случаях (100%). При этом частота определения IgM к хламидиям и уреоплазмам в группах совпала с полученными результатами ПЦР-диагностики.

При проведении расширенной кольпоскопии в основной группе нормальная зона трансформации I-го типа констатирована у 14 женщин (40%), из них в 10 случаях отмечено сочетание эктопии с цервицитом; в семи – с nabotovыми кистами; в одном – с эндометриоидными гетеротопиями. В группе сравнения нормальная зона трансформации I типа отмечена у 13 женщин (44,8%). Высокоатипическая зона трансформации I типа была выявлена у 29 пациенток основной группы (74,2%) и 18 (62,2%) – группы сравнения, при этом часто имели место атипическая васкуляризация, некая йоднегативная зона, nabotovy кисты, цервицит, мозаика, пунктация, лейкоплакия. Сочетание различных атипических кольпоскопических признаков отмечено более чем в 50% наблюдений в обеих группах (основная группа: n=26-74,2%; группа сравнения: n=19, 65,5%). Динамический контроль лабораторных методов исследования после проведенного консервативного лечения до коагуляции в группах показал выраженную положительную динамику: при микроскопии в обеих группах констатировали нормоценоз, при цитологическом исследовании мазков с шейки матки – выявление I типа мазка по Папаниколау, скрининг на ИППП методом ПЦР-диагностики в обеих группах был отрицательным. Сравнительный анализ лабораторных показателей на 10-е сут. после выполнения коагуляции эктопии шейки матки свидетельствовал о превалировании в группе сравнения признаков воспалительного процесса на шейке матки: по данным бактериоскопического исследования – неспецифический кольпит в 90,2%, при цитологическом исследовании – II тип мазка в 92,7%, а также активация ИППП по результатам ПЦР-диагностики и ИФА, что требовало дополнительного назначения лекарственных препаратов (антибактериальных и противовирусных) и санации влагалища. Кроме того, в группе сравнения среди осложнений в послеоперационном периоде отмечены: кровотечение на 10-е сут. после электрохирургической коагуляции (ЭХК) у одной женщины, воспалительный процесс органов малого таза на 7-14-е сут. после операции – у четырех больных, а у трех больных группы сравнения

через месяц после ЭХК шейки матки выявлена стриктура цервикального канала. Напротив, в основной группе, получавшей Галавит, на 10-е сутки после коагуляции наблюдался стойкий противовоспалительный эффект у подавляющего большинства пациенток: в 97% случаев нормоценоз и I тип мазка.

Контрольное кольпоскопическое исследование проводилось через 3, 5 и 8 недель после хирургических манипуляций на шейке матки. Было установлено, что у пациенток основной группы в большинстве наблюдений репаративный процесс заканчивался к концу 3-й нед., а полный эффект у всех пациенток зафиксирован на 5-й нед. после операционного периода. В группе сравнения констатированы более длительные сроки эпителизации операционной раны: через 3 нед. после использования РВК полный эффект был выявлен лишь у 23,8% женщин, через 5 нед. – у 61,9%, через 8 нед. – у 95,2%.

**Выводы.** Разработанный способ по изобретению позволяет повысить эффективность комплексного лечения за счет последовательного сочетанного воздействия на причину и следствие патологических изменений на шейке матки: ликвидация этиопатогенетических факторов эктопии шейки матки, стимуляция иммунной защиты и потенцирования репаративных процессов патологического участка после коагуляции и достижения устойчивой длительной ремиссии.

#### Список литературы:

1. Бадретдинова, Ф.Ф., Картунова В.В. / Репродуктивная функция женщин после деструктивных операций на шейке матки // Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 1: 54-58.
2. Басова, Т.А. / Оценка эффективности клинико-лабораторной диагностики и повышение качества лечения хронического цервицита у женщин репродуктивного возраста в амбулаторно-поликлинических условиях. Автореф. дисс. канд. мед.наук. Саратов. 2012.
3. Буртушкина, Н.К., Куперт А.Ф. Эффективность радиоволнового метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. Сибирский медицинский журнал. 2011; 2: 74-76.
4. Вишнякова, С.В. Состояние шейки матки после деструктивных методов лечения. Материалы XIV Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2013; 271-272.
5. Hwang, L.Y., Ma Y., Shiboski S.C. et al. Active squamous metaplasia of the cervical epithelium is associated with subsequent acquisition of human papillomavirus 16 infection among healthy young women. J. Infect. Dis. 2012; 206 (4): 504-11.

*Юнусов И.А., Рахмонов А.А., Шаймонов А.Х., Дустов Х.С.*

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМОЙ (PRP)

Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

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

**Актуальность.** Дегенеративный остеоартроз тазобедренного сустава (коксартроз) является наиболее распространенным заболеванием тазобедренного сустава у взрослых. Коксартроз относится к наиболее распространенным патологиям тазобедренного сустава. На долю этого заболевания приходится от 39 до 48% всех случаев ортопедических нарушений. Недуг существенно снижает качество жизни человека и приводит к инвалидизации. Метод PRP заключается в проведении лечебных инъекций аутоплазмы (собственной плазмы пациента) в форме аутогеля, обогащенной живыми тромбоцитами в высокой концентрации, в суставы. Тромбоциты являются уникальным природным источником факторов роста, которые стимулируют активацию синтеза важнейших соединительнотканых компонентов, входящих в состав связок и хрящей – собственного фибрина, коллагена, хондроитина. Активирует собственные стволовые клетки пациента, обладает высоким противовоспалительным эффектом. Положительной особенностью метода является легкое и быстрое приготовление аутогеля готового к введению методом скоростного центрифугирования.

**Цель исследования.** Целью настоящей работы явилась оценка клинической эффективности больных коксартрозом на ранних стадиях использованием аутогенной PRP, отдаленных результатов.

**Материал и методы.** Исследование выполнялось на базе клиники ТГМУ им. Абуали ибни Сино и кафедре травматологии и ортопедии в 2018-2020 годах. Под наблюдением находился 21 больной с односторонним (15 больных) и двусторонним (6 больных) коксартрозом I и II-й степени. Диагноз поставлен на основе МРТ и КТ тазобедренных суставов. Средний возраст больных составляет 55 лет, длительность заболевания около 5 лет. Интенсивности болевого синдрома определяли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Функциональное состояние сустава определяли по альгофункциональному индексу Лекена. Инъекции аутоплазмы проводили передним доступом по 4.0–6.0 мл в полости тазобедренного сустава в асептических условиях с семидневным интервалом пятикратно.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При оценке показателей боли по ВАШ и индекса Лекена, в процессе лечения PRP у обследованных больных на протяжении 6-и недель болевой синдром уменьшился на 84.0 %, а по функциональной недостаточности на 70.2 %. Начиная с 12-й недели значения индекса Лекена по всем критериям, плавно увеличивались, достигнув к 24-й недели на 61,3%, а по функциональной недостаточности в первой группе на 53,4%. Динамика величины альгофункционального индекса Лекена (в процентах к исходному уровню) при проведении терапии PRP показал, что положительная динамика терапии длилась около года. При повторной КТ тазобедренных суставов после одного года отмечается незначительное расширение суставной щели и сглаженность суставных поверхностей.

**Выводы.** Таким образом, лечение PRP показало положительный эффект при использовании у лиц коксартрозом на ранних стадиях. Существуют большие перспективы PRP-терапии с целью уменьшения прогрессирования патологического процесса и снижения необходимости выполнения суставозамещающей операции. Дальнейшие исследования должны оптимизировать показания к применению клеточной терапии при данной патологии.



### Список литературы.

1. Хаузер Р.А., Хаузер М.А. Ретроспективное исследование пролотерапии декстрозой Hackett-Hemwall при хронической боли в бедре в амбулаторной благотворительной клинике в сельских районах Иллинойса. Журнал пролотерапии.
2. Джонс И.А., Тогаши Р.С., Вангснесс Коннектикут. Экономика и регулирование PRP в развивающейся области ортопедической биологии. Текущие отзывы в костно-мышечной медицине.
3. Cengiz IF, Pereira H, Espregueira-Mendes J, Reis RL, Oliveira JM. Клиническое использование биопрепаратов при поражениях коленного сустава: польза для пациента. Текущие отзывы в костно-мышечной медицине. 2019, 15 сентября; 12 (3): 406-14.
4. Ле А.Д., Энвез Л., ДеБон М.Р., Драгу Дж. Текущие клинические рекомендации по использованию плазмы, богатой тромбоцитами. Текущие отзывы в костно-мышечной медицине. 2018 1 декабря; 11 (4): 624-34.
5. Medina-Porqueres I, Ortega-Castillo M, Muriel-Garcia A. Эффективность обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении остеоартрита тазобедренного сустава: систематический обзор и метаанализ [опубликовано в преддверии печати, 30 июня 2020 г.]. Clin Rheumatol. 2020;

*Юнусов И.А., Дустов Х.С., Рахмонов А.А. Шаймонов А.Х.*

### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА

Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

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

**Актуальность.** Проблема лечения последствий травм позвоночника является одной из самых актуальных в современном здравоохранении. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, травмы и аварии входят в тройку самых распространённых причин смертности в мире. Однако улучшение оказания экстренной реанимационной помощи таким больным послужило причиной увеличения выживаемости больных, в том числе и с травмами позвоночника. В связи с этим увеличилось количество больных с последствиями травм позвоночника, в том числе с инвалидностью. К сожалению, хирургические методы лечения способны не до конца устранить функциональные нарушения, связанные с повреждением позвоночника. Это обуславливает необходимость поиска новых методов оптимизации лечения и восстановления утерянных функций.

**Цель исследования.** Оптимизация результатов лечения больных с последствиями травм позвоночника, с использованием клеточных технологий.

**Материал и методы исследования.** Материал исследования составили 8 больных с повреждениями позвоночника, обратившихся за лечением в отделение ортопедии, и получавших клеточную терапию на базе клиники Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Гендерное распределение было следующим: трое пациенток и пять пациентов. Средний возраст больных составил  $34,6 \pm 1,2$  года. Длительность заболевания составляла от 9 месяцев до 6 лет. Шестеро пациентов обратились после проведения неудачного хирургического вмешательства на позвоночнике. Кратность введения у таких больных составила три раза, с интервалом введения в три месяца. Больным вводились мезенхимальные аутологичные стволовые клетки, которые были взяты у них посредством пункции грудины. Количество клеток во вводимом препарате составляло 90-150 миллионов за раз. Всем больным перед проведением процедуры проводилось МРТ и электромиография, для исключения наличия злокачественных образований (так как они являются противопоказанием к выполнению клеточной терапии, а также для оценки тяжести повреждения спинного мозга и позвоночника), и заболеваний сердца. Процедура выполнялась без использования УЗИ, в область повреждения, а также параллельно внутривенно.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты оценивались в сроки от полу года до трёх лет. Учитывая изначально тяжёлое состояние больных, а также тяжесть повреждений позвоночника и спинного мозга, в ходе проведения исследования не ожидалось получение превосходных результатов. Основной целью было хотя бы частичное восстановление утерянных функций у данных больных. К сожалению, у шести пациентов не было выявлено никаких изменений. Однако у трёх пациентов отмечалось улучшение, проявлявшееся в восстановлении чувствительности и частичном восстановлении функций тазовых органов. У одного больного, у которого до начала клеточной терапии отмечался парапарез нижних конечностей, наблюдалось улучшение сократимости скелетной мускулатуры. Если до проведения клеточной терапии больной не мог встать с кровати, то после её выполнения, он начал вставать и ходить при помощи костылей. У двух других пациентов отмечалось улучшение функциональности тазовых органов.

**Выводы.** Таким образом, использование клеточной терапии показывает определённые успехи у больных с повреждениями спинного мозга. Улучшение технологического оснащения процедуры, а также дальнейшие исследования в данном направлении должны привести к улучшению отдалённых функциональных результатов у данной категории больных.

### Список литературы.

1. Хохлова О. И. Патогенетические аспекты травматического повреждения спинного мозга и терапевтические перспективы (Обзор литературы) / О. И. Хохлова // Политравма. – 2020. – №. 1. – С.95 – 104;
2. Лобзин С. В. Осложнения острых травматических повреждений спинного мозга в Санкт-Петербурге / С. В. Лобзин, Л. М. Мирзаева // Морская медицина. – 2020. – Т. 6, №. 1. – С. 33-42;
3. Чапленко А. А. и др. Актуальные направления применения клеточной терапии в регенеративной медицине // БИО-препараты. Профилактика, диагностика, лечение. – 2020. – Т. 20. – №. 2. – С.82 – 88.



**Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махамдиев А.А.**  
**СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ**  
**ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ**

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

**Актуальность.** Патологические процессы полости носа и носоглотки, ведущие к нарушению носового дыхания и функции слуховой трубы, могут быть вызваны сочетанием нескольких причин и во время хирургического вмешательства возникает необходимость одновременно выполнять операции на структурах полости носа и носоглотки с целью восстановления утраченных ими функций [1,3].

В клинической практике детской оториноларингологии нередко встречается сочетание деформации перегородки носа и гиперплазии носоглоточной миндалины, что создает определенные проблемы в плане своевременной диагностики и адекватного хирургического или терапевтического лечения этой категории больных. Обструкция носовых ходов при деформации перегородки носа может привести к гиперреактивности слизистой оболочки носа и гипертрофии носовых раковин, в результате чего происходит нарушение всех основных физиологических функций полости носа [1,2].

В современной ринохирургии до настоящего времени нет единого мнения в отношении тактики и принципов хирургического лечения и терапевтической реабилитации деформаций перегородки носа при ее сочетании с гипертрофией носовых раковин и глоточной миндалины в детском возрасте [2, 3]. Изучение литературы, посвященной проблеме хирургического лечения деформаций носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин и глоточной миндалины, показало, что научные работы непосредственно касающиеся взаимосвязи деформации перегородки носа с гиперплазией глоточной миндалины практически не встречаются. В связи с вышеизложенным считаем, что изучение данного направления оториноларингологии является актуальным.

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения слуховых нарушений у детей с деформацией перегородки носа сочетанной с гиперплазией носоглоточной миндалины у детей.

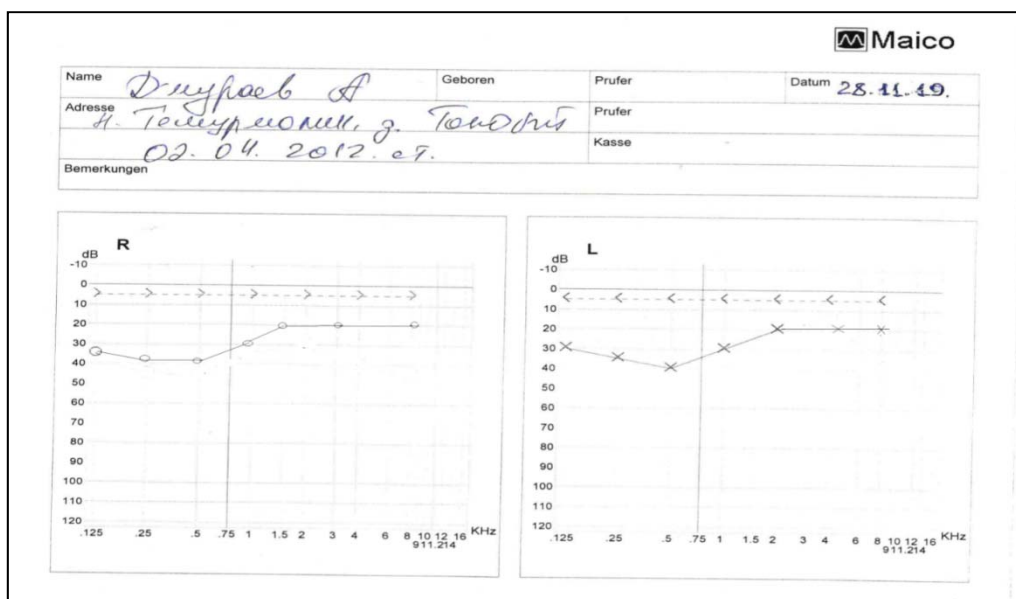
**Материал и методы исследования.** В условиях детского ЛОР отделения ГУ НМЦ РТ за период 2018-2020 гг. нами было обследовано и прооперировано 95 детей в возрасте от 6 до 15 лет (из них девочек – 38, мальчиков - 57), с деформацией перегородки носа, сочетанной с гиперплазией глоточной миндалины. Всем больным в предоперационном и послеоперационном периодах проведены эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, аудиометрия, рентгенологическое исследование околоносовых пазух и носоглотки, а также исследования функционального состояния носа.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведенных исследований нами были выявлены разные варианты деформации носовой перегородки, сочетающейся с гиперплазией носоглоточной миндалины различной степени. У 35 пациентов показаниями к операции были аденоиды III степени, у 11 больных — II степени и двое пациентов — I степени. Основными жалобами этого пациента, помимо затруднения носового дыхания, были постоянные назальные выделения слизисто-гнойного характера, ночные храпы, заложенности уха и отсутствие эффекта от консервативной терапии.

В ходе проведенных исследований, в зависимости от возраста ребенка, вида деформации перегородки носа, состояния носовых раковин и глоточной миндалины определены показания к одномоментным хирургическим вмешательствам на перегородке носа и в носоглотке.

Пациентам с аденоидами 2–3 степени при наличии у них деформации перегородки носа и гипертрофии нижней носовой раковины, помимо аденотомии, выполнялись септопластика и ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин. Аденотомия проводилась под контролем эндоскопа.

Большинству пациентов потребовалась одномоментная хирургическая коррекция внутриносовых структур.



**Рис.1** Аудиограмма больного А. с диагнозом искривление перегородки носа, сочетанное с гипертрофией носоглоточной миндалины II-III степени, кондуктивная тугоухость I степени до операции.

Среди обследованных пациентов у 52 была выявлена дисфункция слуховой трубы и снижение слуха по кондуктивному типу. Этим больным после проведенных комплексных операций, для восстановления функции слуховой трубы назначали консервативную терапию в виде рассасывающих, отхаркивающих, антигистаминных препаратов и по необходимости глюкокортикоиды.

В результате аудиологических исследований в послеоперационном периоде наблюдали восстановление слуховой функции до 10-15дБ у детей, которые имели ту или иную степени тугоухости кондуктивного характера, что свидетельствует об эффективности проведенных оперативных вмешательств и восстановление функции Евстахиевой трубы.

В послеоперационном периоде хороший анатомический и функциональные результаты получены у 72 (75,8%) пациентов, удовлетворительный - у 23 (24,2%).

**Выводы.** Проведение одномоментных операций у больных данной патологии является достаточно эффективным способом лечения в плане улучшения слуха и восстановления функции слуховой трубы.

Разработанная методика сочетанных хирургических вмешательств и послеоперационного ведения больных с деформациями носовой перегородки, сочетанной с гиперплазией глоточной миндалины, позволяет ускорить процессы восстановления основных функций носа и носоглотки

#### **Список литературы:**

1. Борзов Е.В. Аденоиды. Детская оториноларингология: Руководство для врачей. Под ред. Богомилского М.Р., Чистяковой В.Р. В 2 томах. Т. 1. Гэотар Медиа М.; 2005.- С.525.
2. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Гаспарян С.Ф. Эффективность препарата «ринорин» в комплексном лечении хронического аденоидита у детей. Вестник оториноларингологии. - 2013. - №2. - С.65-68
3. Махмудназаров М.И. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки / М.И. Махмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев // Вестник Авиценны.- 2012.-№4.-С 56-61.

*Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Джалолов Д.А.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИИ КИШЕЧНИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ**

Кафедра детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института. Узбекистан

**Актуальность.** Частым и наиболее тяжелым осложнением острого аппендицита в детском возрасте является распространенный аппендикулярный перитонит (РАП). При этом нередко у детей РАП осложняется функциональной недостаточностью кишечника (парез). Для разрешения пареза кишечника прибегают к декомпрессии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая является обязательным компонентом хирургического лечения детей с РАП, направленная на устранение повышенного внутрикишечного и внутрибрюшного давления, обеспечение постоянной аспирации и санации токсического кишечного содержимого, улучшение микроциркуляции стенки кишечника [1, 3].

Наиболее часто для декомпрессии кишечника используют назоинтестинальную интубацию тонкой кишки, трансректальную интубацию толстой кишки. Однако указанные способы, на наш взгляд, имеют ряд недостатков. Так, при назоинтестинальной интубации тонкой кишки существуют общеизвестные технические трудности проведения назоинтестинального зонда у детей в силу анатомических особенностей двенадцатиперстной кишки и связки Трейца [2]

При трансректальной интубации толстой кишки также наблюдаются трудности проведения зонда из прямой в сигмовидную кишку, через селезеночный и печеночный изгибы ободочной кишки, баугиниеву заслонку. При этом кишечная трубка быстро закупоривается калом и уже на 2-3-и сутки перестает выполнять дренажную функцию. В связи с этим трансректальную интубацию толстой кишки считаем малоэффективной [4, 5].

**Цель исследования.** Оценить эффективность разработанных методик декомпрессии кишечника при лечении распространенного аппендикулярного перитонита у детей.

**Материалы и методы исследования.** Во 2-й клинике Самаркандского государственного медицинского института под нашим наблюдением находилось 164 больных детей с РАП, из них 96 (58,7%) обследованных с РАП были дети школьного возраста. Достаточно редко поступали дети раннего возраста (до 3 лет) – 26 (15,6%). Мальчиков было 101 (61,7%), девочек – 37 (38,3%). Из общесоматических осложнений у детей с РАП наиболее часто мы наблюдали токсическую пневмонию, энцефалопатию и кардит.

Декомпрессию тонкой кишки через аппендикостомию осуществляли при помощи специального зонда, вводимого в просвет тонкой кишки на всём протяжении через культю червеобразного отростка, конец которого выводится на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области через миниразрез (длиной 1-1,5 см). При этом купол слепой кишки временно фиксируется к коже в области аппендикостомы.

Для оценки тяжести состояния использованы следующие методы исследования: общий анализ крови и мочи, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) Я.Я.Кальф-Калифа, показатель токсичности крови (ПТК) парамецийным тестом по методу Ф.Ю.Гариб, комплексная ультразвуковая сонография и при необходимости - рентгенологическое исследование.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Предлагаемый нами способ декомпрессии тонкой кишки был использован у 55 (20,8%) больных, которым произведена аппендэктомия с сохранением основания червеобразного отростка (1-2 см), достаточного для наложения аппендикоентеростомии.

Цекостому использовали исключительно в случаях, когда имеют место деструкция основания червеобразного отростка и явления тифлита.

Для предотвращения отхода цекостомы или аппендикостомы от передней брюшной стенки на фоне гнойно-некротического процесса, в результате которого могут развиваться тяжелые внутрибрюшные осложнения, нами разработан и использован способ временной фиксации слепой кишки при наложении кишечных стом.

Предлагаемый способ временной фиксации слепой кишки к передней брюшной стенке исключает повторную госпитализацию больного в стационар, повторное оперативное вмешательство под наркозом и неблагоприятное течение послеоперационного периода.

Разработанные нами методы декомпрессии тонкого кишечника у детей с РАП способствовали более раннему восстановлению перистальтики кишечника и появлению первого самостоятельного стула (на 4-сутки), нормализации температуры тела на 4-5 сутки, сокращению сроков нахождения желудочного зонда (до 3 суток) и ранней активизации пациентов (2-3 сутки).

Усовершенствованный метод наложения аппендикостомии и цекостомии при длительной декомпрессии тонкой кишки позволили полностью исключить такое сложное в плане хирургического лечения осложнение, как развитие наружных кишечных свищей.

**Выводы.** Таким образом, одним из основных элементов хирургического лечения детей с распространенным аппендикулярным перитонитом, осложненным парезом кишечника, является его декомпрессия посредством аппендикостомии или цекостомии, которая эффективно восстанавливает перистальтику кишечника, способствует благоприятному течению послеоперационного периода и исключает повторное оперативное вмешательство.

#### **Литература**

1. Юсупов Ш. А. и др. Оценка интенсивности синдрома эндогенной интоксикации у детей с распространенным аппендикулярным перитонитом // Медицинский альманах. – 2019. – №. 5-6 (61).
2. Abdurasulovich Y. S. Assessment of the effectiveness of ultrasound sonography among children with appendicular peritonitis // European science review. – 2017. – №. 1-2.
3. Mukhitdinovich S. A., Abdurasulovich Y. S. The role of ultrasound sonography in diagnosis of appendicular peritonitis in children // Наука, техника и образование. – 2017. – №. 10 (40).
4. Abdvokhidovich D. D., Nuralievich S. R., Shavkatovna Y. S. Prediction of postoperative intrabrusive purulent complications with appendicular peritonitis in children // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 20 (67).
5. Abdvokhidovich D. D. et al. Features of microflora in the etiological structure of diffuse appendicular peritonitis // Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 29 (41).

*Тамм Т.И., Даценко А.Б., Бабец Е.Ю., Даценко Е.Г.*

### **МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ ПРЕПАРАТОМ ДИСТРЕПТАЗА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования. Украина

**Актуальность.** До настоящего времени проблема лечения острого парапроктита остается актуальной. Современная тактика хирургического лечения предусматривает выполнение одномоментных радикальных операций, цель которых не только вскрытие и дренирование гнойной полости, но и ликвидация внутреннего отверстия в анальном канале. Однако даже при первично-радикальных операциях рецидивы составляют 8–12% [1, 3, 5]. Это обуславливает необходимость разработки и поиска более рациональных методов лечения острого парапроктита.

Одним из главных условий успешного местного лечения гнойной раны является скорейшее удаление из нее некротических тканей [2, 6]. Теоретически эта задача должна решаться путем хирургической обработки, однако практика свидетельствует, что такое вмешательство не во всех случаях может быть выполнено радикально. Остающиеся в ране очаговые некрозы существенно тормозят течение раневого процесса, отодвигая срок его перехода в фазу репарации.

**В целях** ускорения в ране процессов некролиза в клинике используют различные протеолитические ферменты – трипсин, химотрипсин, терралитин и др. Все эти энзимы имеют два существенных недостатка: они быстро инактивируются в ране и не способны расщеплять коллагеновые волокна, которые являются основой большинства некротических тканей [4].

**Материал и методы исследования.** Мы располагаем опытом лечения 69 больных острым парапроктитом, госпитализированных в проктологическое отделение ГКБ № 2 г. Харькова за период с января по апрель 2009 г. Группу наблюдения составили 37 больных с острым парапроктитом, у которых в послеоперационном лечении использовали суппозитории Дистрептазу (БИОМЕД СЭРА ВАССИНЭС ПРОДАКТИОН ЛТД. Люблин, Польша). В контрольную группу вошли 32 пациента, получавших традиционное лечение. Мужчин было 57 человек (82,6%), женщин – 12 (17,4%). Возраст пациентов колебался от 19 до 67 лет. У 46 больных (66,7%) гнойник располагался в подкожной клетчатке, у 15 (21,7%) – в ишиоректальном пространстве и у 8 пациентов (11,5%) был пельвиоректальный парапроктит.

Гнойный ход, с помощью которого полость абсцесса сообщалась с пораженной анальной криптой, обнаружен у 38 (55%) больных. У всех этих пациентов, благодаря выявлению гнойного хода, удалось выполнить радикальное хирургическое вмешательство. Количество первично-радикальных оперативных вмешательств в обеих группах было примерно одинаковым: в основной группе – 19, в контрольной – 17, что составляет 51,3% и 53,1% соответственно. Морфологический спектр возбудителей парапроктита в обеих группах одинаков и представлен в табл. 1.

Больным основной и контрольной групп после вскрытия острого парапроктита осуществляли ревизию полости абсцесса, некрэктомию, туалет антисептиками; тщательно осушивали полость гнойника, на рану накладывали сухую асептическую повязку. В послеоперационный период лечение пациентов обеих групп включало: Орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 сут, ежедневные перевязки с мазью Левосин в течение 7 сут. Пациентам основной группы дополнительно ректально вводили свечи Дистрептаза 1 суппозиторий 1 раз в сутки, пациентам контрольной группы Дистрептазу не вводили.

**Таблица 1. – Спектр возбудителей парапроктита в основной и контрольной группе до лечения**

Штамм бактерий	Число штаммов (основная группа)	Число штаммов (группа контроля)
S.aureus	43	41
E. coli	23	24
P.vulgaris	29	27
K.pneumoniae	5	3
P. aeruginosa	15	12

В качестве критериев эффективности лечения использовали общее состояние больных, температуру тела, величину лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в динамике, а также сроки некролиза, появление грануляций и краевой эпителизации раны.

С целью объективизации результатов клинические данные сравнивали с результатами микробиологического исследования раневого отделяемого (на 1, 3, 5-е и 7-е сутки), а также с результатами гистологического исследования биоптатов из краев раны.

Методика забора материала для идентификации микроорганизмов и оценки их чувствительности к антибактериальным препаратам была стандартной. Уровень микробной обсемененности тканей определяли в биоптатах края и дна раны по методу С. Вахтер и соавторов; культивирование раневой микрофлоры, подсчет колоний и подсчет количества микробных тел на 1 г ткани – по Т.В. Александер и Р. Good в модификации М.И.Кузина и соавторов [6].

Биоптаты краев раны для гистологического исследования закрепляли в 10% растворе нейтрального формалина с последующей заливкой в целлоидин или парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизон, ализановым синим при рН 1,0 и 2,5 с помощью ШИК-реакции.

Полученные результаты исследований обработаны с помощью методов параметрической статистики и с использованием коэффициента Т–Стьюдента с системе Excel.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При проведении сравнительного анализа критериев эффективности в равновеликих группах больных установлено, что в основной группе отмечены достоверно более короткий период некролиза, а также более быстрое появление грануляций и начало эпителизации на фоне нормализации клинико- лабораторных показателей.

Динамика критериев эффективности лечения представлена в табл. 2 и 3.

**Таблица 2. – Сравнительная оценка критериев эффективности местного лечения операционных ран у больных острым парапроктитом (M±m)**

Показатель	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=32)
Некролиз (дни)	3,63±0,29	5,79±0,24 **
Появление грануляций	4,22±0,18	6,9±0,1 **
Начало эпителизации	5,6±0,15	8,1±0,23 **
Нормализация температуры тела	2,7±0,1	3,9±0,4 **

n – число больных в группах, \*\* – p<0,005

**Таблица 3. – Динамика уровня бактериальной обсемененности при местном лечении операционных ран у больных острым парапроктитом (M±m)**

Показатель	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=32)
Динамика ЛИИ (усл. ед.):		
а) при поступлении	4,2±0,1	4,4±0,2 **
б) на 3-й день	2,3±0,05	3,2±0,07 **
в) на 5-й день	1,2±0,5	2,3±0,1 **
Средние сроки лечения (дни)	6,1±0,5	9,5±1,2 **

n – число больных в группах, \*\* – p<0,005

Исходный уровень микробной обсемененности ран, его динамика в послеоперационный период одинаковы в основной группе и группе контроля: 10<sup>6-7</sup> микробных тел на 1 г ткани – 1-е сутки, 10<sup>5</sup> – 3–5-е сутки, единичные колонии – на 7–9-е сутки.

**Выводы**

1. Представленные результаты свидетельствуют о достаточно высокой эффективности свечей Дистрептаза в комплексном лечении операционных ран у больных острым парапроктитом.
2. Благодаря уникальному сочетанию фибринолитического и протеолитического действия, свечи Дистрептаза достоверно ускоряют сроки окончания некролиза, начала грануляции и эпителизации на фоне нормализации общего состояния пациента и клинико-лабораторных показателей.
3. Применение свечей Дистрептаза сокращает сроки лечения парапроктита в среднем на 3,4 дня. Побочных эффектов при использовании предложенной терапии не было.
4. Суппозитории Дистрептаза рекомендовано применять в комплексной терапии с первых дней лечения острого и хронического геморроя, параректальных абсцессов, свищей и гнойных каудальных кист с выраженным воспалительным инфильтратом.

**Список литературы:**

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 117 с.
2. Даценко Б.М., Белов С.Г., Тамм Т.И. Гнойная рана. – К.: Здоров'я, 1985. – 136 с.
3. Захараш М.П., Тышко Р.А., Мальцев Н.В., Короленко В.Б., Дубовой В.А. Микрофлора при остром парапроктите // Матеріали ІХ з'їзду хірургів України, Тернопіль, 2002. – Т. 1. – С. 372.
4. Кондратенко П.Г., Соболев В.В. Хирургическая инфекция: Практическое руководство. – Донецк, 2007. – 512 с.
5. Масляк В.М., Павловский М.П., Лозинский Ю.С., Варивода И.М. Практическая колопроктология. - Львов, "Світ", 1990. – 184 с.
6. Раны и раневая инфекция: Рук. для врачей //Под ред. Кузина М.И., Костюченко Б.М. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 592 с.

Абдукаримзода Х., Азизов М. С., Сафарзода Р.Ш.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЭКСТРАКТА ИЗ КЛУБНЕЙ *HELIIANTUS TUBEROSUS* СОРТА САРВАТ

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** Лекарственные растения имеют место в медицинской практике и в фармацевтической индустрии. Благодаря биологическим свойствам их широко используют как в народной, так и в современной медицине. Среди перспективных растений присутствует и топинамбур. Топинамбур (*Helianthus tuberosus* L.) – многолетнее травянистое растение высотой от 40 см до 2,5 м с прямостоячим ветвистым, густолиственным стеблем.

Продолжительность вегетационного периода составляет 4,5–5 месяцев. Урожайность клубней в среднем составляет 15 т/га, суммарная продуктивность наземных органов – 70–90 т/га. В Таджикистане топинамбур стали культивировать в 40–50-х годах прошлого века [2]. Сведения о биологии топинамбура, агротехнике выращивания и практическом его использовании в Таджикистане, а также на территории бывшего СССР приводятся в работах [1, 2,3]. С давних пор находит широкое применение при болезнях печени, язвенной болезни желудка, панкреатита, сахарного диабета, ожирении, желудочно–кишечных расстройствах а также как легкое слабительное[4, 5].

Исходя из этого постоянно увеличивается спрос на лекарственное растительное сырье в медицинскую практику.

В связи с этим изучение выше сказанного растения имеющий богатое биологическое свойство, является актуальным.

**Цель исследования.** Целями работы является определение выхода экстрактивных веществ из состава клубней топинамбура.

Для поставленной цели необходимо было решить следующие задачи: Изучить факторы, влияющие на выход экстрактивных веществ; определить размер частиц высушенных клубней топинамбура, провести исследование по влиянию температуры на выход ЭВ; выявить время максимального истощения.

**Материал и методы исследования.** Материалами данной работы использовались вода и этиловый спирт разной концентрации (40%, 20%) соответствующий ГОСТ Р 51652-2000, для получения экстракта из сухих клубней топинамбура. Получали экстракт из сухих клубней топинамбура методом мацерации.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Измельченное сырье с рассчитанным количеством экстрагента загружают в мацерационную емкость и настаивают при температуре 15-20°C, периодически перемешивая. Сроки настаивания проводят до 3-х суток. В настоящее время период настаивания для каждого вида сырья устанавливают изучением кинетики экстрагирования. После настаивания вытяжку сливают, остаток отжимают.

Отработанное сырье (шрот) промывают небольшим количеством экстрагента, снова отжимают, и добавляют к слитой первоначально вытяжке, после чего объединенное извлечение отстаивают и доводят экстрагентом до требуемого объема. В клубнях топинамбура наиболее экстрактивные вещества (комплекс биологически активных веществ) извлекаются водой и спиртом 20%. С целью установления полноты извлечение в зависимости от технологического размера частиц сырья и экстрагента было проведено исследование. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Выбор экстрагента и размер частиц сырья клубней топинамбура

Размер частиц мм	Вода очищенная	Р.р. спирт этиловый 20 %	Р.р. спирт этиловый 40%
	Сухой остаток %	Сухой остаток %	Сухой остаток%
5	0,0234	0,0230	0,0229
4	0,0225	0,0231	0,0227
3	0,0233	0,0229	0,0222
2	0,0225	0,0233	0,0228
1	0,0232	0,0230	0,0225

Как видно из таблицы 1, по мере уменьшения размер частиц увеличивается и выход сухого остатка, оптимальный размер частиц выявлен 2 мм. Вода как экстрагент извлекает больше экстрактивных веществ из клубней топинамбура, что составляет 26%, относительно со спиртом этиловым 20%-м выход составляет 23%, с помощью спирта этилового 40% получили выход 19%. Исходя из полученных данных для дальнейшего получения экстракта был использован в качестве экстрагента спирт этиловый 20%. Результаты представлены в таблице 2.

Это объясняется тем, что при методе мацерации, который занимает достаточное количество времени с использованием воды как экстрагента, происходит микробная контаминация.

Таблица 2.

Выход экстрактивных веществ в зависимости от экстрагента (n=5)

Размер частиц мм	Экстрагент вода	Экстрагент спирт этиловый 20%	Экстрагент спирт этиловый 40%
	Сухой остаток %	Сухой остаток%	Сухой остаток%
5	14±03	12±01	9±03
4	17±04	15±03	12±02
3	20±07	19±04	16±04
2	26±06	23±06	19±05
1	24±05	20±08	18±03

**Выводы.** Исходя из полученных результатов установлено, что при проведении экстракции размер частиц составляет в пределах 1-3мм, большие размеры уменьшают выход экстрактивных веществ, а при меньших размерах появляется возможность выхода высокомолекулярных веществ, что приводит к затруднению фильтрования при очистке. Как экстрагент используют спирт этиловый 20%- который обладает хорошей консервантностью и сохраняет экстракт от микробной контаминации.

#### **Список литературы:**

1. Вехов В. Н., Губанов И. А., Лебедева Г. Ф. Культурные растения СССР // Топинамбур (Земляная груша) – *Helianthus tuberosus* L. М., 1978. С. 312–314.
2. Литвинов В. Н. Земляная груша в Гиссарской долине Таджикской ССР: автореф. дисс. ... канд. с.-х. н. Сталинабад, 1958. 23 с. Рис. 1. Урожай биомассы топинамбура на богарных и поливных землях, т/га (расчетный, 2012–2013 гг.) Рис.
2. Урожай клубней топинамбура на богарных и поливных землях, т/га (расчетный, 2012–2013 гг.) 196
3. Партоев К., Сайдалиев Н., Рахимов А. Урожайность топинамбура (*Helianthus tuberosus* L.) в условиях Гиссарской и Раштской долин Таджикистана : сб. науч. трудов Международ. науч.-практ. конф. Алматы, 2013. С. 437–440.
4. Кисиева М.Т. Совершенствование способов получения инулина и пектина из клубней топинамбура и создание лекарственных средств на их основе. Автореф. диссерт. канд. фарм. наук. – Пятигорск, 2011 г.
5. Белоусова А.Л. Исследование травы топинамбура и создание лекарственных препаратов на его основе. Автореферат диссерт. канд. фарм. наук. - Пятигорск, 2004 г.

*Азизов М. С., Абдукаримзода Х., Сафарзода Р.Ш.*  
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНУЛИНА В ТРАВЕ ТОПИНАМБУРА**  
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан.

**Актуальность.** Лекарственные препараты, имеющие природное происхождение, в том числе и растительные, охватывают одно из приоритетных направлений в фармации. Биологическое свойство у них близко к организму человека и это дает им преимущества относительно к другим лекарственным препаратам. Они являются эффективными, безопасными и малотоксичными. Топинамбур относится к сорту «Сарват». Он является селекционным сортом Таджикистана, как и другие сорта этого растения, который очень богат биологическими свойствами. Основными действующими веществами в клубнях топинамбура являются полисахариды, в первую очередь инулин.

Одной из важнейших групп полисахаридов являются инулоиды.

Молекула инулина состоит из 30 – 35 β-D- фруктофуранозы, цепь которой заканчивается не редуцирующим остатком α-D-глюкопиранозы [2].

Инулоиды имеют меньшую молекулярную массу – состоят из 10 – 12 остатков фруктозы и остатка глюкозы. Инулин и инулоиды нерастворимы в 95% этаноле, легко растворимы в воде (без нагревания) [2,3,4,5].

Для доказательства наличия в растворе отдельных полисахаридов может быть использован метод хроматографии в тонком слое сорбента.

Фармакопейным методом количественного определения полисахаридов является гравиметрический метод. Достоинством метода является его универсальность, недостатка–неспецифичность, длительность, недостаточная точность в связи с осаждением примесных соединений [1].

Известны многочисленные методы количественного определения полисахаридов, основанных на реакциях образования красителей с последующим измерением интенсивности окрашивания.

Наше внимание привлек специфический метод определения фруктозанов и алигофруктозанов по Мак–Рери и Слаттери, основанный на способности давать со спиртовым раствором резорцина в кислой среде окрашивание после нагревания на водяной бане. В условиях опыта альдозы не мешают определению. Оптическую плотность измеряют при длине волны  $540 \pm 2$  нм. В качестве стандарта используют фруктозу [2].

Шматковым Д.А. [3] при изучении химического состава корней лопуха большого был усовершенствован выше указанный метод. В качестве стандарта был использован инулин. Расчет содержания полисахаридов ведут по удельному показателю поглощения продуктов реакции взаимодействия раствором инулина со спиртовым раствором резорцина в кислой среде.

**Цель исследования.** Разработка методики идентификации инулина в клубнях топинамбура.

**Материал и методы исследования.** В качестве объектов исследования служили клубни топинамбура сорт Сарвата, культивируемые на территории Таджикистана осенью.

В соответствии с требованиями Фармакопейного комитета для идентификации основных действующих веществ в лекарственном растительном сырье предпочтителен метод хроматографии в тонком слое сорбента. Хроматографирование проводили восходящим способом на пластинках «Сорбфил». В качестве детектирующего раствора использовали 20% спиртовый раствор тимола и кислоту серную разведенную.

**Методика.** 1 г клубней или травы топинамбура, измельченных до размера частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 1 мм, помещают в коническую колбу, прибавляют 80 мл воды и нагревают на кипящей водяной бане в течение 45 мин, затем охлаждают и фильтруют через вату в мерную колбу вместимостью 100 мл. В коническую колбу со шлаком прибавляют 10 мл воды, фильтруют в ту же мерную колбу и доводят объем раствора водой до метки, перемешивают.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На линию старта хроматографической пластинки наносили по 20 мкл водного извлечения из клубней топинамбура 1:100, 0,5% водного раствора инулина и 0,5 % водного раствора фруктозы. Было использовано 6 систем растворителей: при использовании в качестве системы растворителей воды окрашенные зоны адсорбции наблюдались на линии фронта; система растворителей 95% этанол дает зону адсорбции красно-оранжевого цвета на линии старта; в системах растворителей: изопропанол–этилацетат (6:1), н–бутанол–

уксусная кислота–диэтиловый эфир–вода (9:6:3:1) как 95% этанол зона адсорбции находится на линии старта: при использовании системы растворителей пропанол–этилацетат– вода (6:1:3) наблюдается отсутствие четких зон адсорбции и только при системе растворителей изопропанол–вода (4:1) извлечение из сырья топинамбура дает зоны адсорбции красно–оранжевого цвета с  $R_f$  0,62, соответствующий инулину и 0,68, соответствующий фруктозе (рис. 1).

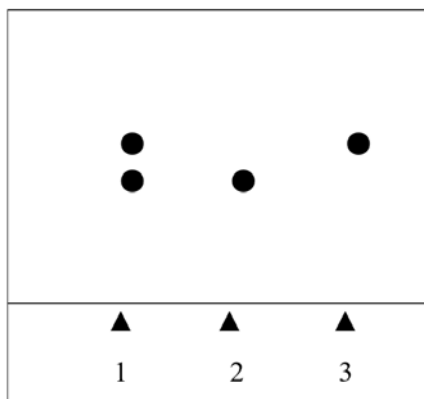


Рис. 1.

1. Водное извлечение из клубней топинамбура.

2. 0,5% раствор инулина.

3. 0,5% раствор фруктозы.

Система растворителей: изопропанол – вода (4:1).

Проявитель: 20% раствор тимола и кислоты серной разведенной.

**Выводы.** Разработана методика идентификации основных действующих веществ в клубнях топинамбура на пластинках «Сорбфил» методом ТСХ в системе растворителей изопропанол - вода (4:1). В качестве детектирующего раствора использован 20% спиртовый раствор тимола и кислота серная разведенная. Извлечение из сырья дает зоны адсорбции красно-оранжевого цвета с  $R_f$  0,62 соответствующее инулину и с  $R_f$  0,68 соответствующее фруктозе.

#### Список литературы:

1. Государственная Фармакопея СССР, 11 изд. М, 1990, XI, вып. 2. 398 С.
2. Методы биохимического исследования растений. -Л.:АО «Агропромиздат». 1987, - 430 С.
3. Шматков Д.А. Использование физико – химических методов анализа для изучения химического состава, оценки качества и стандартизации корней лопуха большого. Диссерт. на соиск. учен. степени канд. фармацев. наук. - Москва -2000 г.
4. Deutsches Azzneibuch V. 4, Pharmakognosie. – 1997, s, 1,
5. The British pharmacopoeia. – London. -1993, - P. 358 – 359.

*Аносова Л.С., Агафонов А.М.*

### РАЗРАБОТКИ УНИФИЦИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ПРОВИЗОРА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

ГОО ВПО Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Донецк

**Актуальность.** Мы привыкли, что придя в аптеку, всегда сможем получить ответ на свой вопрос, что специалист всегда посоветует, растолкует, объяснит, подскажет. Но никогда мы не задумывались над тем, для того, чтоб стать высококвалифицированным специалистом необходимо провизору пройти нелегкий путь. Каждый начинающий специалист, придя на работу в аптеку, сталкивается с массой моментов, на которые он пытается найти ответ. Зачастую в своей деятельности провизоры и фармацевты привыкают полагаться исключительно на свой опыт и некоторую уже сложившуюся систему знаний. Однако, мы живем в эпоху, когда наука, в том числе и фармацевтика, стремительно развивается и каждый год в мире разрабатываются и патентуются новейшие лекарства, синтезируются совершенно новые вещества [1]. Очевидно, что поступление любых новых препаратов в розницу, со стороны провизора требует определенной квалификации и угнаться за развитием фармацевтического рынка обычному специалисту бывает достаточно трудно. В связи с этим остро встает вопрос о необходимости законодательно утвержденного «руководства к действию» в виде унифицированных протоколов провизора (фармацевта), что значительно облегчит задачу, которая возникает перед провизором (фармацевтом) и повысит уровень фармацевтического консультирования [2].

**Целью исследования.** обосновать необходимость создания унифицированного протокола провизора.

**Материал и методы исследования.** Относительно выявления уровня подготовки работников практической фармации по вопросу самолечения и фармацевтической консультации было проведено раздаточное анкетирование. В анкетировании приняли участие 540 аптечных организаций, как крупных, так и мелких, различных форм собственности в Ростовской области. Анкетирование проводилось в период с 20 января 2020 года по 10 февраля 2020 года. Количество практикующих провизоров и фармацевтов, принявших участие в опросе, составило – 2810 человек.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты проведенного анкетирования представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Анкета опроса сотрудников аптеки**

<i>Вопрос</i>	<i>Варианты ответов</i>	<i>Количество полученных ответов</i>	<i>% соотношение ответов</i>
<b>Вопрос 1.</b> Как часто, за последний месяц, к Вам обращались за приобретением безрецептурных препаратов	▪ 1 раз за месяц	0	0 %
	▪ 2 раза за месяц	0	0%
	▪ 10 раз за месяц и более	19	0,7%
	▪ Каждый день	2791	99,3%
	▪ Ни одного раза за месяц	0	0%
<b>Вопрос 2.</b> Часто ли к вам обращаются покупатели за информацией по какому-либо безрецептурному препарату	▪ Очень часто	2709	96,4%
	▪ Часто	81	2,9%
	▪ Иногда	14	0,5%
	▪ Редко	3	0,1%
	▪ Очень редко	2	0,07%
▪ Никогда	1	0,03%	
<b>Вопрос 3.</b> Приходилось ли вам самим рекомендовать покупателю безрецептурный лекарственный препарат	▪ Очень часто	90	3,2%
	▪ Часто	2425	86,3%
	▪ Иногда	121	4,3%
	▪ Редко	132	4,7%
	▪ Очень редко	34	1,2%
▪ Никогда	8	0,3%	
<b>Вопрос 4.</b> Всегда ли покупатель соглашался на предложенный Вами препарат	▪ Очень часто	259	9,2%
	▪ Часто	1489	53%
	▪ Иногда	402	14,3%
	▪ Редко	303	10,8%
	▪ Очень редко	233	8,3%
▪ Никогда	124	4,4%	
<b>Вопрос 5.</b> При консультировании покупателя, была ли такая ситуация, что вы затруднялись предложить какой-либо безрецептурный лекарственный препарат, не владея достаточной о нем информацией	▪ Очень часто	47	16,8%
	▪ Часто	1989	70,8%
	▪ Иногда	177	6,3%
	▪ Редко	143	5,1%
	▪ Очень редко	20	0,7%
▪ Никогда	8	0,3%	
<b>Вопрос 7.</b> Приходилось ли Вам для поиска информации о препарате использовать ресурсы сети интернет.	▪ Очень часто	2619	93,2%
	▪ Часто	146	5,2%
	▪ Иногда	20	0,7%
	▪ Редко	11	0,4%
	▪ Очень редко	8	0,3%
▪ Никогда	6	0,2%	
<b>Вопрос 8.</b> При поиске информации о препарате в сети интернет, какой источник Вы предпочитаете:	▪ Информация на ресурсах, предназначенных для врачей, фармацевтов и других специалистов здравоохранения	590	21%
	▪ Информация на сайте компании-производителя препарата	253	9%
	▪ Отзывы об использовании препарата на форумах (например, форум для молодых мам, мужской форум)	556	19,8%
	▪ Возможности социальных сетей, чтобы провести свой опрос касательно препарата (например, ВКонтакте, Одноклассники, Facebook)	652	23,2%
▪ Доверите поиск информации поисковым системам и выберете несколько ссылок из первой десятки ответов	759	27%	
<b>Вопрос 9.</b> Укажите степень достоверности для Вас различных ресурсов Интернет	▪ Сайты компании производителя лекарственных средств	253	9%
	▪ Сайты конкретного препарата-бренда компании, включая страницы в социальных сетях	478	17%
	▪ Форумы, сайты по интересам	983	35%
	▪ Сайты, предназначенные для сотрудников здравоохранения и посвященные самому заболеванию	309	11%
	▪ Страницы пользователей, групп, сообществ и т.п. в социальных сетях	787	28%
<b>Вопрос 10.</b> Хотели бы Вы иметь достоверный, актуальный протокол провизора, в котором были бы описаны все схемы лечения и применения безрецептурных лекарственных препаратов	▪ Да	2708	96,4%
	▪ Еще не определился	96	3,4%
	▪ Нет	6	0,2%



Из результатов видно, что 99% процентов населения обращаются в аптеку за консультацией с целью приобретения безрецептурных препаратов и способов их применения. Провизор (фармацевт) будет являться единственным специалистом по отпуску лекарств в данном случае. При контакте с посетителем аптеки практикующий специалист выполняет важные функции: консультационные, информационные, контрольные. Функция провизора (фармацевта) в данной системе обеспечения лекарственными препаратами надлежащего качества и профилактики заболеваний в безрецептурном отпуске является первоочередной и лидирующей. Как видно из опроса, провизору (фармацевту) самому приходится понимать, почему пациент решил прибегнуть к применению безрецептурных лекарственных препаратов (86,3%); приходится консультировать его не только в отношении рациональности выбора этих средств (96,4%), но и в отношении безопасного их применения; предупреждать о характерном риске и возможных побочных явлениях. На сегодняшний день, остро строит вопрос достоверной, полноценной, своевременной информации о лекарственных препаратах. Как показывает анкетирование, у 71% провизоров (фармацевтов) возникала ситуация, когда они не могли удовлетворить консультационную потребность покупателя в связи с отсутствием информации либо ее недостаточностью. Пополнить свои знания специалисты стремятся через ресурсы интернет (93%). Возникает множество вопросов, на которые провизора (фармацевты) не могут найти объяснения. Если на индивидуальный препарат провизор может отыскать ответ, то провести качественное высококвалифицированное фармацевтическое консультирование, как это требует приказ Министерства здравоохранения РФ № 647н от 31.08.2016 года с комбинированной группой безрецептурных препаратов является затруднительным и практически невозможным. Нет в достаточном объеме данных о взаимоприменимости безрецептурных лекарственных средств. Нет единого источника информации. Данные анкетирования показывают, что провизора (фармацевты) черпают информацию из удобных для них источников. И эти источники не всегда достоверные и актуальные. На вопрос «Хотел ли бы практикующий персонал аптеки иметь один документ, в котором было бы прописано все» – 96% ответили «Да».

Унифицированные протоколы провизора (фармацевта) хотели бы иметь под рукой и периодически пересматривать практикующие специалисты. Во-первых, провизор (фармацевт) будет владеть необходимым перечнем вопросов для оценки сложности ситуации, а во-вторых, сможет законодательно обосновать свою рекомендацию пациенту. Важно обратить внимание пациента на то, что симптоматические лекарственные средства не устраняют причин заболевания, а только их симптомы.

**Выводы.** Систематическое ознакомление с рекомендациями, которые будут изложены в унифицированных протоколах, а также с особенностями применения лекарств во время лечения либо для профилактики заболевания, имеет важное значение в процессе фармацевтического консультирования либо фармацевтической опеки. Информация, которая будет приведена в унифицированных протоколах и рассчитана на клиента, при необходимости может быть размещена на сайте аптеки, можно изготовить тематические листовки-памятки, разместить в «Санбюллетени». Применение унифицированных протоколов провизора позволит сотрудникам аптеки способствовать эффективному ведению медикаментозной терапии, рациональному использованию лекарственных средств и повышению эффективности фармацевтической консультации и помощи, укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний; безопасному, эффективному и экономическому самолечению; выявлению и решению проблем, касающихся использования лекарственных средств [3]. В этом случае, унифицированные протоколы провизора будут способствовать не только повышению качества предоставления фармацевтической помощи, но и улучшению управления товарными остатками, уменьшению количества лекарств, которые не пользуются спросом, а также риска просрочки, то есть иметь одновременно экономическое значение для конкретного аптечного учреждения [4]. Унифицированные протоколы провизора можно использовать в виде информационного пособия для провизора и фармацевта при отпуске безрецептурных лекарственных средств, обязательного учебного материала для стажеров и вновь принятых работников аптечных учреждений в рамках осуществления адаптационных мероприятий.

#### **Список литературы.**

1. Информационное пособие для провизора при реализации лекарственных средств, отпускаемых без рецепта, как основа качественной фармацевтической помощи / Годовальников // Рецепт. — 2014. — №4. — С. 24-33
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 647н от 31.08.2016 года
3. Лекарственные препараты: что знает о них потребитель? /Бронникова // Провизор.-2005.-№5.
4. Assessment of Good Pharmacy Practice (GPP) in Pharmacies of Community Settings in India /S.R. Tiyyagura, A. Purnanand, M.R. Rathinavelu // IOSR Journal Of Pharmacy. — 2014— Vol. 4, Is. 12 — P.27-33.

*Артыкова М.М., Раджабов Г.О., Ватанов М.Р.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В РАЗРАБОТКЕ И ПРИМЕНЕНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Учебный, научный и производственный центр «Фармация»,  
кафедра фармакогнозии и ОЭФ, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино.Таджикистан.

**Актуальность.** В течение нескольких последних десятилетий уделяется особое внимание созданию инновационных лекарственных средств. Их внедрение в медицинскую практику повышает эффективность лечения болезней, которые ранее считались неизлечимыми, приводит к отказу от использования менее эффективных и устаревших способов терапии, сокращает период нетрудоспособности. Среди инновационных препаратов особого внимания заслуживают лекарственные формы с улучшенными фармакокинетическими показателями, а также современные системы доставки лекарственных средств к органам, тканям и клеткам-мишеням.

**Цель исследования.** Инновационные лекарственные средства, терапевтические системы.

Материалы и методы исследования: Эксперты считают, что снижение смертности больных на 45% в 1970-2000 годах произошло именно за счет применения инновационных препаратов. В частности, в 70-90-х годах прошлого столетия впервые на фармацевтическом рынке появились такие группы сердечно-сосудистых препаратов, как

ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, статины, тромболитики и другие. Это привело к разительным изменениям в лечении артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, являющихся основными причинами смерти.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В течение несколько последних десятилетий наблюдается интенсивный рост научных исследований, направленных на разработку новых и усовершенствование многих существующих лекарственных средств. При этом особое внимание уделяется созданию, так называемых, инновационных препаратов. Под инновационным, или оригинальным, препаратом в мировой практике понимают новое активное вещество (химическая субстанция), ранее не используемое, или уже известное лекарственное вещество, которое применяется в другой дозе либо иным способом поступает в организм.

Разработка инновационного лекарственного препарата представляет собой трудоемкий многолетний процесс и сопровождается значительными материальными затратами, отражающимися на стоимости препарата. Его создание начинается с компьютерного моделирования молекулы, в процессе которого может быть выявлено до нескольких тысяч потенциально активных структур, только одна из которых, в конечном счете, может стать полноценным лекарственным средством. Способ получения молекулы патентуется на 15-20 лет, однако наличие патента не является гарантией того, что препарат появится в медицинской практике. Этому предшествуют обширные доклинические исследования, соответствующие современным требованиям Надлежащей лабораторной практики (Good Laboratory Practice/GLP), с целью определения токсичности, тератогенности, мутагенности и др. Затем должно быть организовано производство субстанции (в соответствии с требованиями Надлежащей производственной практики (Good Manufacturing Practice/GMP)).

Далее следуют три фазы продолжительных клинических испытаний, которые проводят согласно требованиям Надлежащей клинической практики с целью определения эффективности и безопасности нового препарата. Получение положительных результатов клинических исследований позволяет организации-разработчику перейти на следующий этап – государственной регистрации лекарственного средства, в случае успешного завершения которой инновационный препарат с гарантированным качеством, эффективностью и безопасностью, может быть выпущен в обращение.

После выведения препарата на рынок продолжаются постмаркетинговые клинические исследования, уточняющие и дополняющие свойства лекарственного средства (клинические испытания IV фазы). Организация-разработчик постоянно контролирует качество, эффективность и безопасность препарата, отслеживая и регистрируя все возникающие проблемы и побочные эффекты при его использовании.

В настоящее время основными приоритетными направлениями в создании инновационных лекарственных средств являются:

- получение новых химических продуктов;
- синтез фармакологически активных метаболитов или их изомеров;
- создание современных лекарственных форм с улучшенными фармакокинетическими свойствами;
- разработка новых средств доставки лекарственных веществ;
- биотехнологические и биоинженерные технологии;
- разработка многокомпонентных препаратов (так называемых мультипилли, каждый из компонентов которых представляет собой препарат с доказанной эффективностью и безопасностью).

Не умаляя значения всех перечисленных выше направлений создания инновационных лекарственных средств, хотелось бы подробнее остановиться на вопросах, связанных с разработкой лекарственных форм, обладающих улучшенными фармакокинетическими показателями, а также современных систем доставки лекарственных средств к органам, тканям и клеткам-мишеням.

Среди лекарственных форм с улучшенными показателями фармакокинетики хорошо известны препараты с контролируемым высвобождением действующих веществ (терапевтические системы – ТС). ТС – это дозированная лекарственная форма, специальная конструкция которой обеспечивает постоянную подачу лекарственного вещества в организм в течение заданного периода времени.

ТС в сравнении с другими лекарственными формами отличаются более высокими фармакокинетическими и фармакодинамическими показателями (высокой биологической доступностью); экономичностью (в 100-1000 раз сокращается расход препаратов при сохранении терапевтического эффекта); низкой токсичностью, отсутствием побочных действий.

Вне зависимости от способа, места введения и других признаков конструкция ТС имеет существенное значение для обеспечения терапевтического действия лекарственных веществ, входящих в ее состав. Как видно из приведенной классификации, в конструктивном отношении преобладают матричные и резервуарные ТС.

Матричные ТС бывают неразрушаемыми и биодegradирующими (разрушаемыми) в организме. В первом случае система представляет собой раствор или суспензию лекарственных веществ в полимере. В качестве полимера используют силиконовый каучук, полиметилметакрилат, сополимер этилена и винилового спирта и др. Системы такого типа изготавливают в виде шаров, стержней и т.д., которые вводят в полости тела или имплантируют под кожу, а по окончании лечения, в основном, удаляют хирургическим путем.

К основным фармакотерапевтическим группам лекарственных средств, используемых в Терапевтической системе относятся:

- антиангинальные (нитроглицерин, динитросорбид) для профилактики приступов стенокардии;
- гормональные (эстрогены, прогестагены) для купирования климактерического синдрома;
- средства, помогающие отвыкнуть от курения (содержат никотин);
- β-адреноблокаторы (например, пропранолол), используемые как антигипертензионные и антиаритмические препараты;

- стимуляторы  $\beta$  – адренорецепторов, такие как антиастматические средства (альбутерол, сальбутамол и др.);
- блокаторы кальциевых каналов (например, амлодипин) для длительного лечения гипертонии;
- $\alpha$ -адреноблокаторы (например, клонидин) для той же цели;
- нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, диклофенак, кетопрофен и др.) для купирования болевого синдрома и противовоспалительной терапии заболеваний опорно-двигательной системы, а также закрытых травм;
- наркотические анальгетики (например, фентанил) для купирования послеоперационного болевого синдрома и болей в терминальной стадии рака.

Наряду с созданием современных лекарственных средств с улучшенными фармакокинетическими параметрами на сегодняшний день не менее актуальной является разработка лекарственных форм с направленной доставкой лекарственных веществ. И в этой связи особенно актуальным представляется использование наночастиц для целей направленного транспорта лекарственных веществ непосредственно в орган, ткань или клетку-мишень.

Природа и свойства наночастиц достаточно многообразны. Но наиболее хорошо изученными на сегодняшний день представителями наночастиц являются липосомы.

Липосомы (греч. *lipos* – жир и *soma* – тело) – это искусственно получаемые, замкнутые сферические частицы, образованные бимолекулярными липидными (липоидными) слоями, в пространстве между которыми содержится среда формирования.

Благодаря особенностям структуры липосомы могут использоваться для доставки как гидрофильных (заключенные в водное подоболочное пространство), так и гидрофобных (заключенных непосредственно в липидные бислои) лекарственных веществ.

Использование лекарственных средств в форме липосом существенно расширяет возможности фармакотерапии. В частности, применение липосом позволяет осуществить пероральное введение инсулина для лечения сахарного диабета, гепарина – в целях антикоагулянтной терапии и др.

**Выводы.** Внедрение в медицинскую практику инновационных лекарственных средств повышает эффективность лечения все большего числа болезней, которые ранее считались неизлечимыми, приводит к отказу от использования менее эффективных и устаревших способов лечения, сокращает период нетрудоспособности, дает возможность больным быстрее вернуться к активному образу жизни, а во многих случаях дает шанс выжить.

#### **Список литературы.**

1. Белоусов Ю.Б. Инновационные лекарственные препараты в реальной клинической практике // Поликлиника. 2007. №2. С. 66-70.
2. Васильев А.Е., Краснюк И.И., Равикумар С. Трансдермальные терапевтические системы с индометацином // Химико-фармацевт. журн. 2001. Т.35, №10. С. 51-52.
3. Дудниченко А.С., Краснопольский Ю.М., Швецов В.И. Липосомальные лекарственные препараты в эксперименте и клинике. Харьков: Каравелла, 2001. 143 с.
4. Ишмухаметов А. Инновационные лекарственные препараты: перспективы терапии тяжелых заболеваний // Ремедиум. 2011. №5. С. 8-12.
5. Кукес В.Г. Клинико-фармакологические подходы к повышению качества доклинических и клинических исследований новых лекарственных средств // Ведомости НЦ ЭСМП. 2006. №1. С. 8. Шилов Г.Н., Хоменко А.И., Евстигнеев В.В. Основы разработки новых лекарственных средств // Медицинские новости. 2009. №2. С. 23-28.

*Артыхова М.М., Ахророва М.А., Раджабов Г.О.*

### **ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Учебный, научный и производственный центр Фармация,  
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** В последнее время во многих странах отмечено увеличение роста гастроэнтерологических заболеваний, связанное с неблагоприятной экологической обстановкой, нерациональным питанием и в связи со стрессовой ситуацией. В Таджикистане заболеваниями данной группы страдает каждый десятый житель страны.

**Цель исследования.** Изучение потенциальных возможностей фитотерапии в комплексном лечении и в профилактике желудочно-кишечных заболеваний, растительными желчегонными средствами.

Материалы и методы исследования: материалы из зарубежных и отечественных источников.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В последнее время во многих странах отмечено увеличение роста гастроэнтерологических заболеваний, связанное с неблагоприятной экологической обстановкой, нерациональным питанием, в связи со стрессовой ситуацией. По статистическим данным в Республике Таджикистан заболеваниями данной группы страдает каждый десятый житель страны.

Это определяет необходимость разработки комплексных подходов к лечению желудочно-кишечных заболеваний, в том числе с применением растительных лекарственных средств, которые имеют широкий спектр лечебного и профилактического действия, обладают низкой токсичностью, мягкостью действия, способны быстро устранять симптомы обострения, предупреждать рецидивы и способствовать восстановлению нарушенных функций желудочно-кишечного тракта. Возможность рационального сочетания лекарственных растений между собой и с синтетическими препаратами позволяет расширить их терапевтические возможности и снизить частоту побочных явлений медикаментозной терапии.

Еще одно достоинство этого метода лечения - поливалентное действие растений. Как правило, одно лекарственное растение обладает множественными эффектами.

Желудочно-кишечный тракт лучше других систем организма откликается на фитотерапевтическое лечение. Это вполне закономерно, так как многие лечебные свойства растений (противомикробные, ранозаживляющие, эпи-

телизирующие, кровоостанавливающие) наиболее полно себя проявляют при местном применении, непосредственно воздействуя на слизистую оболочку желудочнокишечного тракта. Кроме того, корректируя функцию пищеварительной системы при помощи некоторых эффектов лекарственных трав (желчегонные, слабительные, и др.), можно добиться улучшения состояния пациентов с патологией сердца, легких, суставов и других заболеваний.

Фитотерапия на различных этапах заболевания имеет свои показания и особенности, которые заключаются в следующем:

- на начальной стадии заболеваний фитотерапия имеет ограниченное применение из-за мягкого воздействия на организм и длительного развития лечебных эффектов;
- в разгар заболевания она может применяться как поддерживающий метод лечения для повышения защитных сил организма, усиления эффекта основных лекарственных средств и уменьшения их побочного действия;
- на этапе выздоровления фитотерапия занимает ведущее место, особенно при хронических заболеваниях, так как может применяться длительно и хорошо сочетается с синтетическими препаратами.

Потенциальные возможности фитотерапии огромны, поскольку растениям присущи многие лечебные свойства: болеутоляющие, тонизирующие и успокаивающие, нормализующие работу сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, противовоспалительные, потогонные, противомикробные и т.д. Надо отметить, что каждая трава обладает не одним, а многочисленными свойствами, что позволяет оказывать благотворное влияние на весь организм в целом. Кроме того, травы нормализуют обменные процессы в организме, гормональный фон. Растения не только не угнетают защитные силы организма, а наоборот, активны в отношении многих штаммов микроорганизмов, которые уже приобрели устойчивость к антибиотикам и способны усиливать иммунитет человека, помогая ему тем самым справиться с болезнью.

Именно эти свойства - воздействие на обмен веществ, гормональный и иммунный статус используются при лечении различных хронических заболеваний. Однако следует заметить, что все это верно только при грамотном и правильном их использовании. Очень важны этапность, последовательность, непрерывность и длительность использования препаратов растительного происхождения. Фитопрепараты имеют свои характерные особенности - постепенное, медленное развитие терапевтического эффекта, мягкое, умеренное действие.

К заболеваниям гепатобилиарной системы ведут различные инфекции, интоксикации эндогенной и экзогенной природы (гепатотропные яды, алкоголь, пищевые отравления и др.), расстройства кровообращения, нарушение питания (белково-витаминное голодание) и обмена веществ (обменные заболевания печени), иммунные нарушения, побочные действия лекарств (токсические, аллергические, токсико-аллергические) и др. Важную роль в лечении заболеваний гепатобилиарной системы играют желчегонные средства. Выделяют 3 группы растительных желчегонных средств: холеретики, холекинетики, холеспазмолитики.

Холеретики истинные стимулируют образование желчи, желчных кислот: корневище айра, корни барбариса, лопуха, листья мяты, березы, цветки бессмертника, пижмы, календулы, трава володушки золотистой, горца птичьего, золототысячника, полыни, плоды кориандра, кукурузные рыльца (настой и жидкий экстракт), желчегонные сборы № 1, 2, 3, комплексные препараты: «Аллохол» - таблетки, содержащие желчь сгущенную 0,08 г, экстракт чеснока густого 0,04 г, экстракт крапивы густой 0,005 г, уголь активированный 0,025 г, вспомогательные вещества до общей массы 0,21 г; «Берберина бисульфат» - таблетки, содержащие алкалоид берберин, полученный из корней барбариса обыкновенного;

«Танацехол» - таблетки, содержащие сумму флавоноидов из цветков пижмы обыкновенной; «Холаголум» - капсулы, содержащие экстракт чистотела 0,04 г, экстракт куркумы 0,02 г, экстракт шпината 0,05 г, масло мяты перечной 0,005 г, масло куркумы 0,005 г, фосфолипиды 0,1 г; «Холагол» - суммарный препарат, содержащий красящее вещество корневища куркумы 0,0225 г, кору крушины 0,009 г, магния салицилат 0,18 г, эфирное масло 5,535 г, спирт 0,8 г, масло оливковое до 10 г; «Холафлукс» - 100 г растворимого чая содержат 37,5 г обезвоженного экстракта следующего состава: листья шпината 10,5 г, плоды чертополоха 4,5 г, трава лапчатки гусиной 12,5 г, трава чистотела 40,5 г, трава тысячелистника 12,0 г, корень лакричника 43,5 г, корень ревеня 15,0 г, корень и трава одуванчика 12,0 г, экстракт корневища куркумы 0,4 г, экстракт алоэ 1,2 г, масло куркумы 0,076 г; «Холосас» - сироп, приготовленный из сгущенного водного экстракта плодов шиповника собачьего, семейства розоцветных и сахара; «Флакумин» - таблетки, содержащие сумму флавоноловых агликонов, получаемых из листьев скумпии кожевенной; «Фламин» - таблетки, содержащие экстракт (сумма флавоноидов) из цветков бессмертника песчаного.

Гидрохолеретики усиливают желчеотделение за счет водного компонента: валериана лекарственная, препараты валерианы, минеральные воды.

Холекинетики повышают тонус желчного пузыря, расслабляют желчевыводящие протоки, сфинктер Одди, ликвидировать застой желчи в желчном пузыре и усиливают процесс его опорожнения: Это растительные масла (кукурузное, оливковое, подсолнечное); корневище айра, корни барбариса, одуванчика, цветки бессмертника, василька, календулы, ромашки, листья вахты трехлистной, трава горца птичьего, тысячелистника, плоды кориандра, шиповника.

Холеспазмолитики расслабляют гладкие мышцы желчного пузыря, желчевыводящих протоков, то есть устраняют спазм: это цветки арники, календулы, корневище с корнями валерианы, девясила, трава зверобоя, сушеницы, листья мяты перечной, комбинированные препараты: «Холагол», «Конвафлавин», «Флакумин». Высокая эффективность препаратов растительного происхождения обусловлена комплексом биологически активных веществ. Установлена связь холеретических свойств с наличием флавоноидов, эфирных масел, смолистых и других веществ. Механизм их действия сложен и связан, по-видимому, с непосредственной стимуляцией секреторной функции гепатоцитов; с повышением осмотического градиента между желчью, кровью и усилением фильтрации в желчные протоки воды и электролитов; со стимуляцией рецепторов слизистой оболочки тонкого кишечника, которая способствует активации аутокринной системы регуляции и усилению образования желчи. Извлечения из лекарственных растений,

богатых ионами магния, могут стимулировать секрецию холецистокинина клетками эпителия двенадцатиперстной кишки.

Этим влиянием может быть обусловлено холекинетическое действие препаратов на основе арники, бессмертника, шиповника, фенхеля. Рефлекторное усиление выброса холецистокинина вызывают горечи (вахта, одуванчик, тысячелистник и др.). Сочетанное применение растений с разными механизмами холекинетического действия позволяет добиться весьма выраженного эффекта. Кроме желчегонного действия у большинства растений присутствуют противомикробные, противовоспалительные и антигипоксические свойства, некоторые из них являются эффективными гепатопротекторами.

Средства гепатопротекторного действия - это цветки бессмертника и препарат на его основе «Фламин»; препараты на основе плодов расторопши пятнистой, «Легален», «Ливомин», «Билигнин», «Гепабене» и др.

При заболеваниях печени необходимо обеспечить организм достаточным количеством витаминов, минеральных и органических веществ. Их источником могут быть лекарственные растения, овощи и фрукты (гранат, грецкий орех, крапива, ежевика, вишня, земляника, калина, клюква, лимон, малина, шиповник, черника, тыква, дыня, кабачки, баклажаны, капуста, картофель). Биологически активные вещества лекарственных и пищевых растений помимо предупреждения развития авитаминоза способствуют оздоровлению внутренней среды организма, облегчают течение многих болезней, способствуют реабилитации после перенесенных заболеваний, блокируют образование в организме вредных продуктов обмена и являются средством защиты от поступающих токсических веществ. Лекарственные растения холелитического действия, т.е. предупреждающие камнеобразование в печени и способствующие разрушению камней: это корни барбариса, цветки бессмертника, кукурузные рыльца и столбики, а также препараты на их основе «Фламин», «Холагол»; «Розанол» - препарат на основе розового масла - оказывает спазмолитическое действие; «Уролесан» - раствор, содержащий масло - пихтовое 8 г, масло мяты перечной 2 г, масло касторового 11 г, экстракт семян моркови дикой 23 г, экстракт шишек хмеля 33 г, экстракт травы душицы обыкновенной 23 г.

Представляются весьма перспективными разработки комбинированных средств, сочетающих в одном препарате желчные кислоты и растительные экстракты с широким спектром действия, что позволяет повысить эффективность лечения. Но поскольку выбор таких препаратов в настоящее время весьма ограничен, для реализации индивидуального подхода по-прежнему весьма актуальны сборы из лекарственных растений.

**Выводы.** Преимуществом фитотерапии является возможность длительного использования растений без существенных побочных эффектов, совместимость со многими лекарственными препаратами и между собой. Фитотерапия рассчитана на применение в домашних условиях и не требует специального оборудования. Таким образом, фитотерапия может успешно применяться для профилактики и комплексного лечения гепатобилиарных заболеваний.

#### Список литературы.

1. Ильченко, А.А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей / А.А. Ильченко. - Ереван: МИА, 2010. - 152 с.
2. Косарев, В.В. Клиническая фармакология и рациональная фармакотерапия: Учебное пособие / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. - М.: Вузовский учебник, НИЦ Инфра-М, 2013. - 237 с.
3. Плетнёв, В.В. Комплексные растительные препараты внутриаптечного изготовления: Фармакотерапия внутренних болезней / В.В. Плетнёв. - М.: Ленанд, 2016. - 424 с.
4. Шток, В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство / В.Н. Шток. - М.: МИА, 2010. - 536 с.
5. Тобултоқ, Г.Д. Синдромная патология, дифференциальная диагностика и фармакотерапия: Учебное пособие / Г.Д. Тобултоқ, Н.А. Иванова. - М.: Форум, 2012. - 336 с.

*Ахророва М.А., Артыкова М.М., Раджабов Г.О.*

#### ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебный, научный и производственный центр «Фармация» ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В последнее время в практике врача-педиатра все большее значение приобретает использование лекарственных растений в целях профилактики и лечения заболеваний. Возрастание спроса на фитопрепараты объясняется во всем мире стремлением все большего количества людей быть ближе к природе, избежать отрицательного воздействия синтетических лекарств [1].

**Цель исследования.** Анализ литературных данных об особенностях применения лекарственных растений в педиатрической практике и обоснования возможности их использования при лечении различных заболеваний у детей.

**Материал и методы исследования.** Поиск, анализ и систематизация информационных ресурсов об использовании лекарственных растений в педиатрической практике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Перспективным направлением в медицине является фитотерапия – это метод лечения с помощью лекарственных средств растительного происхождения, содержащих комплексы биологически активных веществ (БАВ), максимально полно извлеченных из целого растения или отдельных его частей. Современная фитотерапия основывается исключительно на научно признанных фактах и оперирует стандартизированными лекарственными средствами, применяемыми с лечебной или профилактической целью [1].

По классификации ВОЗ, фитотерапия является одной из составных частей традиционной медицины. Она относится к разновидности метаболической терапии, действующей на уровне метаболического жизнеобеспечения, считается, что этот метод лечения в полной мере отвечает требованиям патогенетической терапии, поскольку он оказывает непосредственное влияние на процессы тканевого обмена.

Ранний детский возраст характеризуется особой чувствительностью к внешнему воздействию, в том числе к лекарственным растениям (ЛР). Основной принцип фитотерапии в отношении маленьких пациентов – это безопас-

ность применения лекарственных средств. Поэтому наряду с другими методами лечения заболеваний возросла целесообразность широкого использования препаратов растительного происхождения в детской практике. Именно глубина знаний о химическом составе ЛР, четкое понимание природы действующих веществ позволяет грамотно разрабатывать новые фитопрепараты, предлагать успешные схемы лечения, составлять эффективные лекарственные прописи и фитокомпозиции [4].

Эффективность лечения лекарственными растениями обусловлена сложным комплексом БАВ, принципиально более родственным человеческому организму по своей природе, нежели синтетические препараты; относительной безопасностью действия, так как химическая природа БАВ позволяет легко включаться в биохимические процессы человека, оказывая многостороннее, мягкое, умеренное действие даже при длительном применении; достаточно широким спектром профилактических и лечебных видов действия, возможностью рационального сочетания лекарственных растений между собой и с синтетическими средствами; незначительным количеством побочных эффектов.

При назначении фитопрепаратов детям учитываются возможные побочные эффекты, включая аллергизацию. Для предупреждения возникновения нежелательных последствий целесообразно в течение 2–3 дней апробировать каждое новое для ребенка растение. Только убедившись в отсутствии аллергических реакций, можно применять весь лекарственный сбор. Такой же подход применяют при использовании нескольких фитопрепаратов [2].

В педиатрической практике возникает ряд особых требований к медикаментозному лечению — это дозирование медикаментов в зависимости от возраста и массы тела ребенка, соблюдение кратности приема; адекватность способа введения препарата с использованием детских лекарственных форм; учет физиологических и патологических особенностей детского организма, в частности, учитывается несовершенство метаболизма.

При назначении лекарственных растений детям, следует придерживаться определенных правил применения:

- лекарственные растения следует назначать ребенку индивидуально по показаниям, реально оценивая возможности фитотерапии и с учетом возможной непереносимости некоторых растений;
- необходимо учитывать форму и характер течения не только основного, но и сопутствующих заболеваний;
- в начале лечения лучше использовать отдельные лекарственные растения или сборы из 2-3 растений, а в дальнейшем более сложного состава;
- лечение лекарственными растениями требует длительного периода применения, особенно при хроническом течении;
- при хронических заболеваниях эффективно проводить профилактические курсы фитотерапии, которые назначаются в периоды сезонного обострения;
- при появлении симптомов непереносимости лекарственного растения (тошнота, рвота, зуд, расстройство стула) его применение следует отменить;
- в педиатрии нельзя использовать сильнодействующие лекарственные растения, а также те, которые в больших дозах могут вызвать токсическое действие (например, высокие концентрации или длительное применение побегов багульника, травы пижмы и др.);
- использование фитотерапии требует от педиатра знания основ терапевтического действия каждого лекарственного растения;
- доза лечебной настойки, экстракта для детей составляет 1-3 капли на год жизни на прием. Не рекомендуется использовать настойку женьшеня и душицы до 7-летнего возраста, а детям 1 года жизни - все спиртовые настойки;
- в детской практике довольно часто используются соки растений;
- рекомендуется чаще вводить препараты в виде микроклизм;
- для улучшения вкуса в полученный настой (отвар) перед приемом можно добавить сахарный сироп, любой фруктовый сироп или мед (если у ребенка нет аллергии на эти продукты). Это недопустимо в случае, если в сборе присутствуют горечи, так как маскировка горького вкуса полностью нивелирует необходимое терапевтическое воздействие.

Одним из существенных преимуществ фитотерапии, привлекающих внимание педиатра, является разнообразие лекарственных форм для внутреннего и наружного применения. Растительные препараты могут использоваться внутрь в виде настоев, отваров, настоек, экстрактов, чаев; наружно - для примочек, спринцеваний, местных ванночек, общих лечебных ванн, ингаляций и т.д.

Внутрь фитопрепараты рекомендуется принимать за 15-20 мин до еды, если нет других указаний. Спиртовые настойки нужно разбавлять водой. Водные экстракты из растительного сырья (настои, отвары) быстро разлагаются. Поэтому их лучше всего готовить ежедневно. Допускается хранение настоев и отваров не более 3-4 суток в прохладном месте.

Курс фитотерапии в среднем длится около 1 месяца. Растительные сборы действуют медленно. Только через 2-3 недели, как правило, человек замечает улучшение, а полный эффект может появиться лишь через 2-3 месяца. При длительном приеме фитопрепаратов возможно достижение стойкого результата терапии — отсутствие рецидивов заболевания в течение 2-3 лет.

Существенным является вопрос о дозах, который зависит от возраста ребенка. В практической деятельности удобна схема, предложенная Н.Л.Меньшиковой с соавторами [3]. Суточная доза сухого растительного сырья составляет: для детей до 1 года — ½ чайной ложки; от 1 года до 3 лет — 1 чайная ложка; от 3 до 6 лет — 1 десертная ложка; от 6 до 10 лет — 1 столовая ложка; от 10 и старше — 1 – 2 столовые ложки. Считается, что 1 столовая ложка (без верха) цветов, листьев, травы соответствует в среднем 4-5 гр; корней, коры, плодов – 6-8 гр.

Абсолютных противопоказаний к использованию фитотерапии не существует. Относительным противопоказанием можно считать: аллергические состояния у детей, но в данном случае подбор лекарственных растений надо

осуществлять более тщательно, учитывая анамнез о возможной ранее непереносимости некоторых растений; острые, угрожающие жизни состояния и заболевания, требующие неотложной терапии.

**Выводы.** Таким образом, в фитотерапии неприемлем односторонний подход к использованию растительных средств. Необходимо комплексное, в зависимости от особенностей течения заболеваний и организма больного ребенка, лечение с использованием смеси растительных препаратов, отдельных растений и препаратов из них (новогалиеновых, индивидуальных веществ), так как каждый из них имеет свои параметры действия. Нужна рациональная комбинация фитотерапевтических методов лечения.

#### Список литературы

1. Киселева, Т.Л. Краткая энциклопедия современной фитотерапии с основами гомеопатии / Т.Л. Киселева, Ю.А. Смирнова, И.Л. Блинков, [и др.]. — М.:Изд-во: Проф. ассоц. натуротерапевтов, 2010 — С. 570.
2. Куркин В.А. Основы фитотерапии: Учебное пособие для студентов фармацевтических вузов / В.А. Куркин. — Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУРосздравица», 2009 — С. 963.
3. Меньшикова, Н.Л. Фитотерапия в педиатрии / Н.Л. Меньшикова, А.И. Чистякова. — М.:Знание, 1990. — № 08. — С. 66.
4. Куркин В.А. Фармакогнозия как методологическая основа доказательной фитотерапии / В.А. Куркин // Известия Самарского научного центра РАН. — 2015. — Т. 17, № 5(2). — С. 592-596.

*Борониев Н.С., Назаров Н.М., Холов Е.К. Мироз С.Ш.*

### МОРФОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ УКРОП ПАХУЧИЙ - ANETHUM GRAVEOLENS L., УКРОП, ШИБИТ, ИЗ СЕМЕЙСТВА СЕЛЬДЕРЕЙНЫЕ - APIACEAE.

Кафедра фармакогнозии и организация экономики фармации ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Учебный, научный и производственный центр «Фармация» ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** Зонтичные (лат. Umbelliferae), или сельдерейные (лат. Apiaceae) – семейство растений из порядка Зонтикоцветные (Apiales) класса двудольные. Большинство сельдерейных – многолетние травы, легко узнаются по характерным соцветиям – простые или сложные зонтики, цветки мелкие, большей частью белые, реже жёлтые или голубые, правильные, обоеполые, чашечка едва заметна, венчик с пятью лепестками, пестик один, завязь — полунижняя, двугнёздная.

Плод — двураздельная семянка. Листья у большинства сельдерейных перисто-рассечённые, часто с большим вздутым влагилищем.

В семействе сельдерейные известно более трёхсот родов и около трёх с половиной тысяч видов, распространённых по всему земному шару, преимущественно в умеренном климате Европы, Азии и Северной Америки.

Сельдерейные – одно из наиболее важных в хозяйственном отношении семейств цветковых растений. Очень многие сельдерейные высоко ценятся как источники эфирных масел – кориандр (*Coriandrum sativum*), анис (*Pimpinella anisum*), тмин (*Carum carvi*), ажгон (*Trachyspermum ammi*) и многие другие. Ценные овощные растения — морковь (*Daucus carota*), петрушка (*Petroselinum crispum*), сельдерей (*Apium graveolens*), укроп (*Anethum graveolens*), фенхель (*Foeniculum vulgare*), пастернак (*Pastinaca sativa*) и др. Большинство из них используется в качестве приправы. В последние десятилетия пищевые растения семейства сельдерейных активно исследуются на присутствие полиацетиленовых соединений, с которыми многие исследователи связывают проявление противораковой, противовоспалительной, антибактериальной и других видов фармакологической активности, в связи с чем они стали интересным объектом многочисленных клинических исследований.

Укроп пахучий - *Anethum graveolens* L., укроп принадлежит к роду двулетних и многолетних трав. Как овощную культуру выращивают укроп пахучий.

Однолетнее растение 40-120 см выс. Стебель с беловатыми полосками, прямостоячий, в средней части ветвящийся, как и листья голый и сизый. Листья черешковые, пластинка дважды- трижды перисто-рассеченная, конечные доли нитевидные, длинные; стеблевые листья с короткими узкими влагилищами, конечные доли прямые и растопыренные. Зонтики многолучевые; лучи 4-7 см дл., одинаковые. Зонтики 15-цветковые. Лепестки до 0.8 мм дл. Плоды около 4 мм дл., бурые. Цв. VI-VII; ил. VII-VIII. (Назаров М.Н. и др. 2015).

Родина – Индия и страны Средиземноморья. Культивируется в Европе, Америке. В Странах СНГ разводится повсеместно. В Таджикистане выращивается на приусадебных участках. (Назаров М.Н. и др. 2015).

**Цель исследования:** проведение морфолого-анатомического анализа плодов укроп пахучий, выявление диагностических признаков растительного сырья.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования являлось зрелые и высушенные плоды культивируемого двулетнего и многолетнего травянистого растения, собранное в ущелье реки Хоронгон. Для выявления анатомо-диагностических признаков готовили временные препараты согласно известным общепринятым методам.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследования срезов плодов осуществляли с помощью микроскопа «БИОЛАМ-9», с объективами 4×, 10×, 40×.

При макроскопическом анализе были выявлены морфологические признаки плодов укроп пахучий. Установлено, что растительное сырье представляет собой отдельные полуплодики (мерикарпии), реже цельные плоды длиной 3-7 мм, шириной 1,5-4 мм. Мерикарпии широкоэллиптические, слабо выпуклые на наружной стороне, плоские - на внутренней. Каждый мерикарпий имеет 5 ребрышек: на наружной стороне - три нитевидных, по бокам - два плоских крыловидных. Цвет плодов зеленовато бурый или бурый, ребра - желто-бурые. Запах сильный, своеобразный. Вкус сладковато-пряный, несколько жгучий.

Микроскопические признаки. Цельное сырье. На поперечном срезе мерикарпия видны тангентально вытянутые клетки эпидермиса (экзокарпия) с толстыми стенками; мезокарпий, состоящий из паренхимных клеток с тонкими или слегка утолщенными стенками, в ребрышках видны проводящие пучки с группами механических волокон; в ложбинках расположены эфирномасличные каналцы: 4 - на спинной (выпуклой) стороне и 2 - на брюшной (плоской) стороне, каналцы различных размеров с коричневыми выделительными клетками; эндокарпий, плотно сросшийся с семенной кожурой, заметен в виде темной полосы; семя полукруглой формы; эндосперм семени, состоящий из многоугольных толстостенных клеток, заполненных алейроновыми зернами, каплями жирного масла и мелкими друзами оксалата кальция.

При рассмотрении под микроскопом давленого препарата плода видны фрагменты эпидермиса (экзокарпия) из полигональных тонкостенных клеток с умеренно выраженной четковидной утолщенностью стенок, с устьицами аномоцитного типа, устьица небольшие, встречаются редко; фрагменты мезокарпия из клеток с тонкими, слегка утолщенными стенками; фрагменты

эфирномасличных каналцев различного размера с коричневыми выделительными клетками; фрагменты проводящих пучков с группами механических волокон; фрагменты эндокарпия из очень узких поперечных клеток; фрагменты семени, включающие тонкостенные коричневатые клетки семенной кожуры и группы многоугольных толстостенных клеток эндосперма, заполненных алейроновыми зернами, каплями жирного масла и мелкими друзами оксалата кальция; цельный зародыш или его фрагменты.

При рассмотрении под микроскопом давленого препарата плода видны фрагменты эпидермиса (экзокарпия) из полигональных тонкостенных клеток с умеренно выраженной четковидной утолщенностью стенок, с устьичным комплексом аномоцитного типа, устьица небольшие, встречаются редко; фрагменты мезокарпия из клеток с тонкими, слегка утолщенными стенками; фрагменты септированных (с поперечными перегородками) эфирномасличных каналцев различного размера с коричневыми выделительными клетками; фрагменты проводящих пучков с группами механических волокон; фрагменты эндокарпия из очень узких поперечных клеток; фрагменты семени, включающие тонкостенные коричневатые клетки семенной кожуры и группы многоугольных толстостенных клеток эндосперма, заполненных алейроновыми зернами, каплями жирного масла и мелкими друзами оксалата кальция; цельный зародыш или его фрагменты.

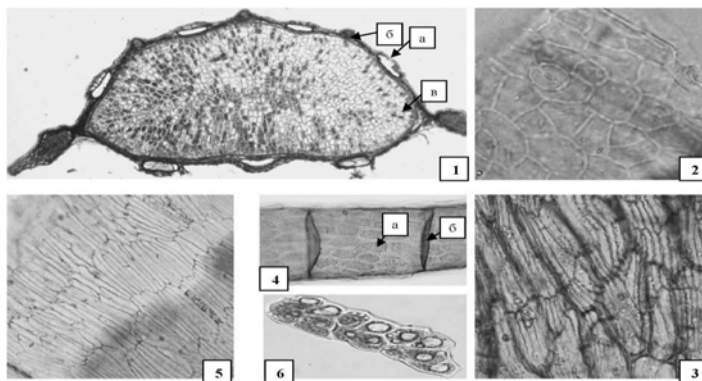


Рисунок – Укропа пахучего плоды.

- 1 – поперечный срез полуплодика: а – эфирномасличные каналцы, б – проводящие пучки в ребрышках, в – эндосперм семени (40×);  
 2 – клетки эпидермиса (экзокарпия) (200×); 3 – паренхима мезокарпия (200×);  
 4 – фрагмент септированного (с поперечными перегородками) эфирномасличного каналца: а – коричневые выделительные клетки, б – поперечные перегородки (200×); 5 – эндокарпий (200×);  
 6 – клетки эндосперма с мелкими друзами оксалата кальция и каплями жирного масла (200×)

**Выводы.** Выявлены диагностические значимые признаки анатомического строения плоды укропа пахучего для установления подлинности сырья методом микроскопии.

#### Список литературы.

1. Назаров М.Н., Назаров Н.М., и др. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). Душанбе 2015. – с.60-62.
2. Государственная фармакопея СССР. – Вып. 1: Общие методы анализа / МЗ СССР. – 11 изд. – М.: Медицина, 1987. –336 с.
3. М.Н. Назаров, Н.М. Назаров. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе 2018.- с 127-128.
4. Никитин А.А., Панкова И. А. Анатомический атлас полезных и некоторых ядовитых растений. Л.: Наука, 1982. С. 503-507.
5. Шишкин Б.К. Пастернак – *Pastinaca L.* // Флора СССР. – М. – Л.: Изд-во АН СССР, 1951. – Т. 17. – С. 216-217.

**Борониев Н.С., Назаров М.Н., Миров С.Ш., Холов Ё.К.**

#### О ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ *INULA HELENIUM L.*, ВЫРАЩИВАЕМОГО НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ КАФЕДРЫ ФАРМАКОГНОЗИИ И ОЭФ

Кафедра фармакогнозии и организации экономики фармации ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Учебный, научный и производственный центр «Фармация» ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.Таджикистан.

**Актуальность.** Девясил высокий (*Inula helenium L.*) – является ценным источником инулина. Инулин используется фармацевтической промышленности для изготовления лекарственных средств, используемые в меди-



цине для лечения сахарного диабета. Отвар из сырья девясила применяют как отхаркивающее средство при заболеваниях верхних дыхательных путей. Они также входят в состав противокашлевых сборов; используются; для получения представляющего собой сумму сесквитерпеновых лактонов препарата «Алантон», который обладает противовоспалительным действием; применяют при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Используются в гомеопатии как маточное средство. Пряность.

Сырье заготавливали вручную, выкапывая лопатами. Для возобновления зарослей оставляли один вполне развитый плодоносящий экземпляр на 2 м<sup>2</sup>. Повторные заготовки на этой же заросли возможны через 8 лет. Для восстановления зарослей несколько кусочков корневища, на верхушках которых имеются почки возобновления, закапывали в почву, не заглубляя их.

Выкопанное сырье отряхивали от почвы, быстро промывая в холодной воде, удаляя остатки стеблей (срезая их при основании), а также тонкие корешки и почерневшие или поврежденные корни. Корневища и толстые корни разрезали на куски длиной 3-20 см и расщепляли продольно с толщиной слоя 1-3 см.

Корневища и корни провяливали в течение 2-3 дней на открытом воздухе. Затем сушили в теплых, хорошо проветриваемом помещении.

Следовательно изучение морфолого-анатомические особенности *Inula helenium* L. в культуре является весьма актуальным.

**Цель исследования:** Изучение анатомо-диагностических особенностей надземных и подземных органов в качестве лекарственного растительного сырья девясила высокого, с целью получения большой фитомассы. Работа проводилась на экспериментальном участке кафедры фармакогнозии и ОЭФ.

**Материал и методы исследования.** При проведении анализа были использованы надземная и подземная части девясила высокого, собранные на экспериментальном участке кафедры в период цветения (июль-август) и осенью после отмирания надземных органов. При приготовлении микропрепаратов и составлении микроскопического описания руководствовались статьей «Техника микроскопического и микрохимического исследования лекарственного сырья» ГФХИ и «Методические указания для студентов фармацевтического факультета по ботанике» М. Н. Назаров 2015 год.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведения макроскопического анализа были выявлены, корневища и корни цилиндрические, большей частью продольно-расщепленные, снаружи продольно-мелкоморщинистые, длиной 2-20 см, толщиной 0,5-3 см, в изломе слабозернистые, с заметными буроватыми блестящими точечками - вместилища с эфирным маслом. Анатомическое строение листа изучали на фрагментах верхнего и нижнего эпидермиса. На обеих сторонах листа расположены характерные для семейства астровых эфирно-масличные железки округлой формы с поперечной перегородкой, состоящие из 8 (реже 6) выделительных клеток, расположенных в 2 ряда и 4 яруса на короткой одноклеточной ножке. Устьичный аппарат аномоцитного типа. Стебель ребристый, густо опушенный 4-5 клеточными изогнутыми волосками. Для стеблей характерно расположение проводящих пучков в два ряда в шахматном порядке относительно друг-друга.

При проведении качественных реакций в корневищах и корнях девясила высокого обнаружены полисахариды (инулин).

**Выводы.** Морфолого-анатомическое изучение надземной и подземной части девясила высокого, выращиваемой на экспериментальном участке кафедры позволяют определить: формы корней цилиндрические, большей частью продольно - расщепленные, снаружи продольно-мелкоморщинистые с заметными буроватыми блестящими точечками- вместилища с эфирным маслом. Анатомо-диагностические особенности строения осевого цилиндра стебля: проводящие пучки расположены в два ряда в шахматном порядке относительно друг друга.

#### **Список литературы.**

1. Назаров М.Н., Назаров Н.М., и др. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). Душанбе 2015. – с.27-30.
2. Назаров М.Н., Назаров Н.М., Холов А.К., Исупов С.ДЖ., Сабзаев А.Р. Руководство по сбору и сушки лекарственных растений Таджикистана. Душанбе 2002. – с.80-83.
3. М.Н. Назаров, Н.М. Назаров. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе 2018.- с 164-166.
4. Государственная фармакопея СССР: в 2-х т./ МЗ СССР. – 11-е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – Т.1 – 340с.
5. Назаров М.Н., Назаров Н.М. Методические указания для студентов фармацевтического факультета по ботанике. Душанбе 2015.

*Борониев Н.С., Назаров Н.М., Джаборова С.С., Джулаев А.С.*

### **О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ АГРОТЕХНИКИ ВОЗДЕЛОВАНИЯ *ZIZIPHUS JUJUBE* MILL. В ТАДЖИКИСТАНЕ**

Кафедра фармакогнозии и организация экономики фармации ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.  
Кафедра фармакологии и микробиологии ГОУ Хатлонский Государственный Медицинский Университет.  
Таджикистан.

**Актуальность.** Культура Унаби, ююба, челан - *Ziziphus jujuba* Mill., Челон. Из семейства Парнолистниковые - *Zygophyllaceae*. в последние годы получили широкое распространение в Таджикистане. Актуальным является выращивание плодов как ценное лекарственное сырье и как ценнейшей породой почвозащитного лесоразведения.

**Цель исследования.** Совершенствование технологии возделывания сортов *Ziziphus jujube* MILL, соответствующей идеям рационального природопользованием, обеспечивающей существенное увеличение производство плодов.

**Материал и методы исследования.** Объектами исследований служили почвы, челоновые насаждения, сорта и отборные формы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** *Ziziphus jujuba* Mill., Челон - из семейства Парнолистниковые – *Zygothallaceae* - дерево от 3 до 8 м выс., часто многоствольное (кустообразной формы). Кора старых стволов и ветвей темно-серая, шероховатая глубоко растрескивающаяся, молодых -гладкая, красновато- коричневая. Побеги угловато извилистые или коленчато изогнутые, в местах изгибов с 2 острыми крепкими шипами- видоизмененными прилистниками до 3 см дл. и с 1 листом. На узлах более старых ветвей имеются шишковатые утолщения, несущие до 12 тонких двурядно-облиственных однолетних плодущих побегов. Листья 3-7 см дл., 1,5-3 см шир., кожистые, сверху темно- или светло-зеленые, голые, блестящие, удлиненойцевидные или эллиптические, ассиметричные, косые, при основании округлые, наверху притупленные, с коротким острием по краю мелко- или крупногородчатые, на коротких голых черешках. Цветки 3-4 мм в диам., звездчатые, зеленовато-желтые, по 5-15 на коротких цветоносах в цимозных соцветиях, расположенных в пазухах листьев однолетних плодущих побегов. Лопасте чашечки почти треугольное, с внутренней стороны по середине килеватые. Лепестки обратнойцевидные, с узким ноготком и вогнутой пластинкой. Завязь яйцевидная, 1-2 гнездная, с 2 сросшимися у основания стилодиями, плотно окружена массивным угловатым диском. Плоды 1,1-2,3 см дл., 1,1-2 см шир., яйцевидно-продолговатые, округло-цилиндрические или шаровидные, красновато-бурые блестящие; косточка бороздчатая, кверху заостренная, 1-2 семенная. Семена эллиптические, несколько сплюснутые. Цв V-VII; пл. VIII-X

*Ziziphus jujube* MILL – обитает в поясе шибляка и полусаванн; образует крупнозлаковые, крупнотравные, эфемеровые и эфемерово-разнотравные челонники; в долинах рек, на конусах выноса и на сухих щебнистых и каменистых южных склонах; на высоте 650-1600 м. Распространен в Восточный, Центральногиссарский, Северопридарвазский, Дарвазский, Южнопридарвазский, Газималикский, Бальджуанский, Вахско-Кафирниганский. В Средней Азии (Памироалай, Тянь-Шан, Копетдаг).

Химический состав. Корни. Тритерпеноиды: цеанотовая кислота. Лейкоантоцианы: лейкопеларгонидин. Дубильные вещества. Кора. Тритерпеноиды: бетулиновая кислота. Алкалоиды: мауритин А, мукронин D, амфибии H, нуммиларин А, нум- миларин В, ююбанин А, ююбанин В. Дубильные вещества 4.9- 15%. Лейкоантоцианы: лейкоцианидин. Листья. Углеводы и родственные соед. (в %): сахара 13-14.9, сахароза, уроновые кислоты, слизь 4. Органические кислоты: яблочная, янтарная, винная. Сапонины 0.25%: зизифины. Алкалоиды 0.06%: коклау-рин, изоболдин, норизоболдин, асимилобин, юзифин, юзирин, протопин, берберин. Витамины: С, В<sub>6</sub> фолиевая кислота, каротин. Кумарины 0.3%, Дубильные вещества 4.5%. Катехины. Флавоноиды: кверцитрин. гиперозид, рутин. Высшие алифатические спирты: цериловый. Плоды. Углеводы 9.8-40.3%. Органические кислоты 1.74%: янтарная, яблочная. Тритерпеноиды: бетулиновая, олеаноловая, маслиновая. 3-О-транс-п-кумароил- маслиновая, 3-О-цис-п-кумароилмаслиновая, 3-О-транс-п-кума- роилалфитоловая, 2-О-транс-п-кумароилальфитоловая, 3-О- цис-п-кумароилальфитоловая, зизифовая кислоты. Стероиды. Сапонины: ююбозид В, зизифус-сапонины I, II, III. Витамины: С, В<sub>6</sub> фолиевая кислота, К<sub>1</sub>, каротин. Фенолкарбоновые кислоты: п-кумаровая. Кумарины 0.35-2.35%. Дубильные вещества 1.28%. Катехины. Семена. Стероиды: б-ситостерин. Сапонины: ююбозиды А и В. Алкалоиды. Витамины: С. Флавоноиды: спи нозин, свертизин, 6'''-синапоилспинозин. 6'''-ферулоилспинозин, 6'''-кумароилспинозин. Жирное масло.

Применение и лекарственные формы. Корни. Средство для ращения волос у детей. Корни, кора. В китайской медицине - противоревматическое. Для выделки твердых кож. Окрашивают шелк в разные оттенки желтого цвета. Корни, кора, листья. В китайской медицине - противохорадочное; в Средней Азии - возбуждающее. Древесина. Для токарных поделок, отделки мебели, изготовления столярных инструментов. Ветки. В Китае, Индии и во Вьетнаме - для разведения лакового червца; в СССР - пригодны в качестве кормовой базы при производстве отечественного шеллака. Ветви, листья, плоды. Отвар - диуретическое. Кора. В китайской медицине в составе сложных рецептов - при ревматизме, блефарите. Окрашивает кожу. Кора, плоды. В китайской медицине - при диарее; в Средней Азии используется аналогично, а также как слабительное. Листья. В индийской медицине наружно в виде мази - противовоспалительное, при опухолях, абсцессах, гнойных процессах, укусах скорпионов, гонорее. Обладают анестезирующими и фитонцидными свойствами. Оказывают антибактериальное, бактериостатическое действие. В эксперименте 10 %-ный настой при внутривенном вливании тормозит кору больших полушарий головного мозга, уменьшает амплитуду сердечных сокращений, урежает дыхание, повышает диурез. Настой обладает отхаркивающими и противовоспалительными свойствами. Слизь - в качестве эмульгатора для масляных эмульсий и приготовления клея. Окрашивают шелк в различные тона в зависимости от протравы. Корм для шелкопряда. Листья, плоды. Гипотензивное, при токсикозах беременности. Экспериментально подтверждены гипотензивные и диуретические свойства. Плоды. В тибетской медицине - при болезнях желудка и для регулирования обмена веществ; в китайской - в сложных рецептах для лечения гипертонической болезни, осложненной сердечной недостаточностью, головокружением, одышкой; при бронхите, коклюше, гиперацидном, остром и хроническом гастрите, неврастении, астении, психастении, депрессии, сомнамбулизме, хронических инфекциях, ревматизме, болезни бери-бери, красной волчанке, анемии, аме норее, туберкулезном лимфадените, костном туберкулезе, туберкулезе кожи, глаз, легких; во вьетнамской - в сложных прописях для лечения нефрита; в корейской-кардиотоническое, седативное; в арабской-лактогенное. В Средней Азии - отхаркивающее, смягчительное, противоастматическое, антиатеросклеротическое, гемостатическое, при гиперменоррагии, стенокардии, асците, гастралгии, цистоуретрите, циститах; наружно - при язвенном стоматите, алопеции. Клиническими испытаниями установлено общеукрепляющее, обезболивающее, снотворное, жаропонижающее и противокашлевое действие. Предложен препарат «унабин» диуретического действия. Вытяжка угнетает вирус табачной мозаики. В Индии, Китае, Афганистане и Средней Азии - в пищу в свежем, подвяленном, засахаренном, сухом, консервированном видах, а также в кондитерском производстве. Плоды, семена. Седативное. Семена. В китайской медицине - для лечения анемии, тонизирующее и при нарушениях памяти. Экстракт в эксперименте ингибирует АТФ-азную активность мембран мозга крыс. (Назаров М.Н. и др. 2015г.).

Элементы агротехники возделывания – в природных условиях размножается семенами и вегетативно, но в основном корневыми отпрысками. Сеянцы появляются обычно в апреле. Растут медленно: к концу первого года они вырастают до 10-15 см, к концу второго – до 25-30 см. 1 м челон достигает за 4 года, 2 – за 19 лет, 3м – за 20 лет.

Корни сеянцев челоны в первые 2-3 года стержневые, углубляющиеся до 80-100 см. у сеянцев в возрасте 8-10 лет, не смотря на то что некоторые из корней проникают глубоко по трещинам материнских пород, основная масса корней сосредоточена в горизонте до 100 см, а в стороны поверхностные корни протягиваются на 10-12 м. н

**Выводы.** *Ziziphus jujube* MILL ввести в культуру не только как источник сырья фармацевтической продукции, но и в качестве лесо- и фитомелиорации в засушливых районах, защитных насаждений, озеленения и как плодовая культура и материал для селекции.

#### **Список литературы.**

1. Назаров М.Н., Назаров Н.М., и др. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). Душанбе 2015. – с.27-30.
2. Назаров М.Н., Назаров Н.М., Холов А.К., Исупов С.ДЖ., Сабзаев А.Р. Руководство по сбору и сушки лекарственных растений Таджикистана. Душанбе 2002. – с.80-83.
3. М.Н. Назаров, Н.М. Назаров. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе 2018.- с 164-166.
4. Государственная фармакопея СССР: в 2-х т./ МЗ СССР. – 11-е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – Т.1 – 340с.
5. Назаров М.Н., Назаров Н.М. Методические указания для студентов фармацевтического факультета по ботанике. Душанбе 2015.

*Борониев Н.С., Назаров Н. М., Маджидова У. А., Джулаев А.С.*

### **О НЕКОТОРЫХ СПОСОБАХ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИДОВ РОДА ROSA. L. В ТАДЖИКИСТАНЕ**

Кафедра фармакогнозии и организации экономики фармации ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.  
Кафедра фармакологии и микробиологии ГОУ Хатлонский Государственный Медицинский Университет.  
Таджикистан.

**Актуальность.** Род ROSA. L в Таджикистане насчитывает 18 видов (Кочкарева 1984), 16 из которых представляют большой интерес не только в качестве витаминосодержащих, но и обладают способностью к вегетативному размножению (черенками, столонами). Эти особенности представителей рода позволяют одновременно решать две проблемы – закреплять крутые горные склоны и предотвратить ветровую и водную эрозии почвы, и, во вторых, через три года собирать урожай плодов в качестве сырья для фармацевтической промышленности, что весьма актуально.

**Цель исследования.** Рекомендовать некоторые способы выращивания видов рода ROSA. L. в как источник для защитного лесоразведения горных склонов и зеленого строительства.

**Материал и методы исследования.** Исследования, проведенные в ущельях реки Магов, Хоронгон, Такоб, Гушары, а также литературные источники (Запругаева 1964, 1976; Назаров М.Н. и др. 2002, 2013, 2015, 2018).

**Результаты исследования и их обсуждение .** Рода ROSA. L. размножается вегетативным способом: окулировкой на шиповник, зелеными черенками, одревесневшими черенками однолетнего прироста, многолетними черенками, целыми ветвями, корневыми черенками, отводками и корневыми отпрысками. Наиболее предпочтительно укоренение зеленых черенков, одревесневших черенков из однолетнего прироста и многолетних черенков.

Лучшие места для закладки плантаций - поймы рек и долины с мощными плодородными почвами, хорошо защищенные от северных ветров и суховеев. Почва должна быть чистой от сорняков. Основную обработку начинают с лущения после уборки предшественника. С появлением сорняков поле пахнут на глубину 18-20 см с одновременным боронованием. В конце сентября - ноября вносят навоз - 40 т/га, проводят вспашку на 28-30 см и боронование. На следующий год весной почву боронуют. До конца июня проводят необходимое число обработок (до полной очистки плантации от сорняков). В июне вносят суперфосфат - 500-600 кг/га и калийную соль - 200-300 кг/га, поднимают плантаж на глубину 65-70 см и сразу выравнивают поле. В течение лета почву поддерживают в чистом и рыхлом состоянии. В сентябре ее перепахивают на глубину 25-30 см и боронуют.

Растения начинают цвести в первый год, Поэтому в первый и второй годы после посадки удаляют бутоны. В феврале - марте на плантациях второго года проводят формирующую обрезку. На растении оставляют пять - семь мощных, симметрично расположенных ростовых побегов. Из них один-два побега, расположенных в центре, укорачивают на высоте 25-30 см от поверхности почвы (пять-шесть почек), остальные укорачивают на высоте 20-25 см (четыре-пять почек). На третий год весной до начала вегетации растения обрезают на 50-60 см, оставляя 8-12 развитых ветвей. Уход в этот год заключается в содержании почвы в рыхлом и чистом от сорняков состоянии.

Роза повреждается розанной тлей, паутинным клещом; поражается ржавчиной, черной пятнистостью и мучнистой росой.

Розы очень любят солнечные места, поэтому им подойдут южная, восточная и юго-восточная стороны приусадебного участка. При этом следует принять во внимание несколько правил:

- Роза не переносит прямые солнечные лучи, под ними она быстро увядает, в тени ее тоже располагать не следует, иначе она завянет и не зацветет;
- Рядом с кустами и деревьями представленный сорт высаживать не следует;
- Сильный ветер и сквозняки опасны для цветка.

В качестве примера мы будем характеризовать три вида Род Rosa – *Rosa nanothamnus* Boueling, *Rosa korshinskiana* Boueling и *Rosa ovczinnikovii* Kocz. k.

*Rosa nanothamnus* – в природных условиях размножается семенами и вегетативно. В первые 5 лет растёт очень медленно. Зацветает и даёт плоды на 6-7 годы, в культуре - уже на 3 год. Корневая система – типичная для ксерофильных деревьев и кустарников. В первые годы корни при крайне медленном росте надземной части быстро растут вглубь. В последующем основная масса корней располагается в верхнем горизонте почвы до глубины 30 – 50 см. в культуру опытными ботаническими учреждениями вводится недавно, но вполне успешно.

*Rosa korshinskiana* Boueling – На территории Таджикистана широко встречается на конусах выноса, по щебнистым склонам, на осыпях, в арчевниках, реже в белолесье, ивняках на высотах 1400-3400 м, за исключением Кураминского, Моголтавского, Присырдаринского, Туркестанского, Зеравшанского и Южно-таджикистанского районов.

*Rosa ovczinnikovii* Koczk – в природных условиях размножается семенами и вегетативно, образуя большие по площади и густые заросли. Этот вид шиповника ценен при лесомелиоративных работах. Его разветвленная корневая система прекрасно укрепляет почву на крутых склонах гор, предотвращая эрозию.

**Выводы.** Необходимо комитету по лесному хозяйству широко внедрить в закреплении горных склонов, помимо указанных видов *Rosa* L, также *Rosa corumbifera* borkh, *Rosa esae* Aitch.

#### **Список литературы.**

1. Назаров М.Н., Назаров Н.М., и др. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). Душанбе 2015. – с.27-30.
2. Назаров М.Н., Назаров Н.М., Холов А.К., Исупов С.ДЖ., Сабзаев А.Р. Руководство по сбору и сушки лекарственных растений Таджикистана. Душанбе 2002. – с.80-83.
3. М.Н. Назаров, Н.М. Назаров. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе 2018.- с 164-166.
4. Государственная фармакопея СССР: в 2-х т./ МЗ СССР. – 11-е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – Т.1 – 340с.
5. Абуали ибн Сино Канон врачебной науки II том Ташкент, 1996.

*Борониев Н.С., Холов Ё.К., Назаров Н.М., Миров С.Ш.*

### **МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ МЯТА АЗИАТСКАЯ - MENTHA ASIATICA BORISS., ПУДИНАИ БОҒӢ ИЗ СЕМЕЙСТВА ЯСНОТКОВЫЕ- LAMIACEAE- ГАЗНАСИМОГУЛОН.**

Кафедра фармакогнозии и организация экономики фармации ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Учебный, научный и производственный центр «Фармация» ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.Таджикистан.

**Актуальность.** Мята азиатская - *Mentha asiatica* Boriss., Пудинаи боғӣ – Многолетнее растение до 150 см выс. Корневище ползучее. Стебли многочисленные, прямостоячие, реже приподнимающиеся, простые или ветвистые, опушены очень коротким вой- лочком, реже в нижней части оголяющиеся. Листья 1-7 см да., 0.5-2.7 см шир., продолговатые, продолговато-ланцетные, эллиптические, продолговато-яйцевидные или яйцевидные, наверху туповатые или заостренные, при основании округлые или клиновидные, по краю неглубоко расставленно-зубчатые, с обеих сторон войлочные, снизу гуще, с примесью точечных железок, реже листья рассеянно опушенные; черешки 1-3 мм дл., опушены как стебли, или листья сидячие; прицветные листья превышают по длине полумутовки, шиловидные. Соцветия 2-8 см дл., около 1 см шир., полигамные, колосовидные, верхушечные, густые или/рыхлые, иногда нижние мутовки расставленные. Цветоножки около 2 мм дл., рассеянно опушенные простыми тонкими волосками. Прицветники почти равны чашечке, шиловидные. Чашечка 1.5-2 мм да., колокольчатая или воронковидная; трубка 1-1.5 мм да., опушена оттопыренными жесткими волосками с примесью точечных железок; зубцы около 0.5 мм дл., треугольные, короткие, наверху заостренные, по краю длиннореснитчатые. Венчик 4-5 мм дл., розовый, лопасти отгиба снаружи волосистые; трубка 2.5-3 мм дл., голая; верхняя лопасть около 2 мм дл., яйцевидная, боковые 1.5-2 мм дл., продолговатые или эллиптические, цельнокрайние, нижняя продолговатая или яйцевидная. В тычиночных цветках тычиночные нити превышают венчик, в пестичных пыльники недоразвиты, тычинки скрыты в венчике. Орешки 0.75-1 мм дл., около 0.5 мм шир., яйцевидные, бурые, ячеистые, наверху с железками и белыми единичными волосками. Цв. VI-VII; пл. VII- VIII. (Назаров М.Н. и др. 2015).

**Места обитания. Распространение.** В поясах полусаванн и шибляка, чернолесья, субальпийских лугов, крупнотравных полусаванн, арчовников, колючетравников, полынных и высокогорных пустынь; на галечниках, вдоль рек, по берегам родников, ручьев, на заболоченных участках; на вые. 800-3500 м. Курам., Присырдар., Могол-Тау., Турк. А., Турк. Б., Зер. Б, Зер. В., Гисс.-Дарв. А., Гисс.-Дарв. Б., Гисс.-Дарв. В., Гисс.-Дарв. Г., Гисс.-Дарв. Д., Гисс.-Дарв. Е., Южн.-Тадж. А., Южн.-Тадж. Б., Южн.-Тадж. В., Южн.-Тадж. Г., Вост.-Тадж. А., Вост.-Тадж. Б., Вост.-Тадж. В., Зап.-Паи. А., Зап.-Пам. Б., Зап.-Паи. В., Вост.- Пам. Средн. Азия (Памироалай, Тянь-Шань, горная Туркмения, Тарбагатай, Прибалхашье), Алтай. (Назаров М.Н. и др. 2015)

Эфирномасличное, медоносное и пищевое растение. Содержит 0.3-0.57% эфирного масла с приятным запахом и слегка горьким вкусом, 66.7-97.7 мг% витамина С, до 11.9 мг% каротина, до 100 мг% катехинов и лейкоантоцианов. В фазе вегетации в листьях содержится до 8.6%, в стеблях до 6.1 % дубильных веществ. В фазе цветения их соответственно меньше - 3.6% и 2.0% (Денисова, Кожина, 1963 а; Комаров, 1967; Трофимова, 1977). Листья используют в пищу в качестве пряной приправы, а также в качестве начинки для **пирожков**. В народной медицине применяют при лечении туберкулеза, гастрита, а также лишаев (Дадобоева, 1972).

**Цель исследования.** Определить анатомические особенности листьев мяты азиатской для выявления диагностических признаков.

**Материал и методы исследования.** Изучение анатомического строения мяты азиатской листьев проводили на свежем и высушенном материале, предварительно размоченном спирто-водно-глицериновой смесью. Просветляли препараты кипячением в 3%-ном растворе натрия гидроксида и хлоралгидрате.

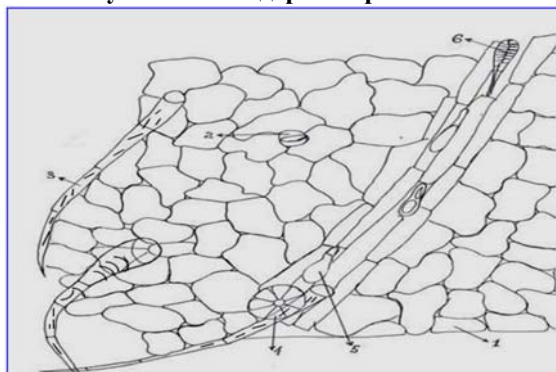
Анатомические исследования проводили при помощи микроскопа «Биолам-С» с увеличением объективов x4; x10; x40, микропрепараты фотографировали цифровым фотоаппаратом. Полученные срезы окрашивали следующими реактивами: спиртовой раствор флороглюцина и 50%-й раствор кислоты серной. В ходе эксперимента использовали временные микропрепараты, которые фиксировали в растворе хлоралгидрата или глицерина.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При микроскопическом исследовании препаратов листа с поверхности обнаруживаются простые многоклеточные волоски с бородавчатой кутикулой и головчатые волоски с

одноклеточной ножкой и обратнойцевидной одноклеточной головкой. Устьица диацизные. По поверхности в углублениях видны многочисленные эфирномасличные железки, характерные для губоцветных. Эти элементы имеют диагностическое значение. Эпидермис (рис. 1, 2, 3) извилистостенный.

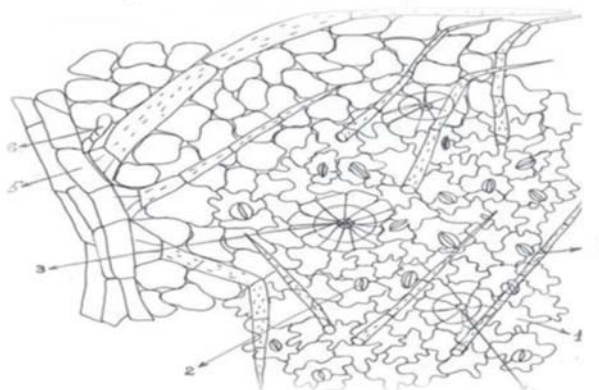
Кроме измельченных листьев иногда встречаются фрагменты тканей черешков, чашелистиков, редко венчика, несущие характерные для мяты диагностические признаки: волоски и железки.

**Рисунок 1 – Эпидерма верхняя листа**

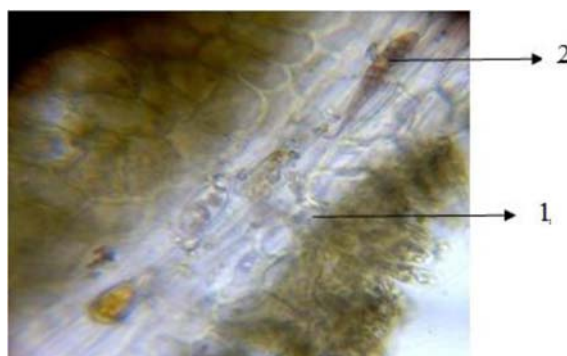


1 – эпидермальные клетки, 2 – устьица, 3 – простой многоклеточный волосок (со щетинистой поверхностью), 4 – железка, 5 – головчатый волосок (с одноклеточной головкой), 6 – головчатый волосок (с многоклеточной головкой)

**Рисунок 2 – Нижняя эпидерма листа**



1 – эпидермальные клетки, 2 – устьица, 3 – железка, 4 – простые многоклеточные волоски с бородавчатой поверхностью, 5 – эпидермальные клетки жилки, 6 – головчатый волосок



**Рисунок 3 – Эпидерма верхняя листа**

1 – головчатый волосок (с одноклеточной головкой)  
2 – головчатый волосок (с многоклеточной головкой)

**Выводы.** Выявлены диагностические значимые признаки анатомического строения листьев мяты азиатской для установления подлинности сырья методом микроскопии.

**Список литературы.**

1. Назаров М.Н., Назаров Н.М., и др. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). Душанбе 2015. – с.60-62
2. Государственная фармакопея СССР: в 2-х т./ МЗ СССР. – 11-е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – Т.1 – 336с.
3. М.Н. Назаров, Н.М. Назаров. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе 2018.- с 130-132.
4. Лекарственные растительные средства / Под. ред. А.П. Арзамасцева, И.А.Самылиной. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 288с.
5. Малахова Р.С. Целебные растения: справочник. – М.: Рипол Классик, 2002. – С.57.

## **ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ НЕВОДНЫХ РАСТВОРОВ И ОЦЕНКА ИХ КАЧЕСТВА**

Учебный, научный и производственный центр «Фармация», ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** В настоящее время в технологии ЛС помимо водных широко используются спиртовые, глицириновые, масляные, силиконовые и другие неводные растворы на основе неводных растворителей, что обусловлено главным образом тем, что многие ЛВ не растворяются в воде.

**Цель исследования.** Изучить технологию и анализ неводных растворов. Достижению цели способствовали постановка и решение следующих задач: 1) Объяснение самого феномена неводных растворителей, их возможностей и свойств, в целом, неводных растворов в фармацевтической сфере. 2) Анализ систем классификации неводных растворителей с выделением максимально точной из них и исследование через призму ее отличительных качеств каждого из групп растворителей. 3) Применение полученных теоретических результатов непосредственно к нуждам фармацевтической технологии – посредством анализа форм, возможностей и направлений применения неводных растворителей.

**Материал и методы исследования.** Изучение литературы, документов и результатов деятельности, химический эксперимент. Объектом исследования стала целостная система неводных растворителей, особенно с позиций применения соразтворителей и соразтворения.

Результаты исследования и их обсуждение. Неводные растворы - это жидкие лекарственные формы, представляющие собой гомогенные дисперсные системы, структурными единицами в которых являются ионы и молекулы. Эти растворы предназначены главным образом для наружного применения (смазывания, обтирания, примочки, капли для носа, ушные и т.п.). Значительно реже они применяются внутрь, для инъекций и для ингаляций.

Причины применения неводных растворителей:

1. Необходимость получения растворов из трудно растворимых в воде лекарственных веществ;
2. Для устранения гидролиза лекарственных веществ;
3. Возможность пролонгирования действия;
4. Для увеличения стабильности лекарственных веществ в растворе.

Требования, предъявляемые к неводным растворам:

- соответствие медицинскому назначению для достижения необходимого лечебного эффекта;
- полнота растворения лекарственных веществ;
- отсутствие механических включений;
- соответствие концентраций лекарственных веществ, объема или массы растворов прописанному;
- стабильность при хранении.

Достоинствами неводных растворов являются:

- простота изготовления;
- разнообразие способов назначения;
- стабильность неводных растворов (они более стабильны, чем водные).

Недостатки:

- невозможность процеживания растворов на вязких растворителях;
- некоторые летучие растворители огнеопасны. Поэтому работу с ними необходимо производить вдали от источников огня.

Растворители, применяемые для изготовления неводных растворов.

Существует 3 класса растворителей для изготовления неводных растворов:

- летучие: этанол; эфир; хлороформ;
- нелетучие: глицерин; масла жирные; масло вазелиновое; димексид; полиэтиленоксид-400 (ПЭО-400); силиконы;
- комбинированные: сочетание этанола с глицерином, димексидом, водой.

Наиболее широко в аптеке используют спирт этиловый 95%  $C_2H_5OH$  Spiritus aethylicus 95%, т.к. он после воды является наиболее распространенным растворителем.

Этиловый спирт - прозрачная жидкость. Он летуч, легко воспламеняется, имеет характерный запах, жгучий вкус; горит синеватым, слабо светящимся пламенем, смешивается во всех отношениях с водой, эфиром, хлороформом, ацетоном и глицерином. Концентрация этанола выражается в объемных и весовых процентах.

Изготовление растворов на этаноле регламентируется ГФ и инструкцией по изготовлению жидких лекарственных форм. Если концентрация спирта в рецепте не обозначена, то применяют 90% спирт. При изготовлении стандартных растворов используют спирт в концентрации, указанной в нормативной документации. Если в прописи рецепта без указания концентрации выписан раствор, представленный в нормативной документации несколькими концентрациями лекарственного вещества, то отпускают раствор с меньшей концентрацией. Например, бриллиантового зеленого 1%, йода 1%, кислоты борной 1% и т.д. Все растворы лекарственных веществ на этаноле готовят массообъемным методом. Норма отпуска спирта учетной концентрации в пересчете на массу составляет 50 г. В случае указания в рецепте "По специальному назначению" - не более 100 г. При изготовлении лекарственных форм спирт дозируют по объему, не уменьшая объем, указанный в рецепте, на величину его прироста при растворении лекарственных веществ. Общий объем учитывают при контроле качества лекарственной формы.

Подлинность спирта устанавливается следующими реакциями:

- а) образование йодоформа при взаимодействии с раствором йода в щелочной среде. 0,5 мл субстанции смешивают с 5 мл 10 % раствора натрия гидроксида, прибавляют 2 мл 0,05 М раствора йода; должен появиться запах йодоформа и постепенно образоваться желтый осадок.

Реакция чувствительная, но недостаточно специфичная для спирта, ее дают соединения, имеющие в молекуле этоксильную, ацетогруппу и оксиэтильную группу, например, ацетон, молочная кислота и др.

б) реакция образования сложных эфиров с кислотами. 2 мл субстанции смешивают с 0,5 мл уксусной кислоты ледяной и 1 мл серной кислоты, концентрированной и нагревают до кипения; должен появиться характерный запах этилацетата.

в) окисление спирта бихроматом калия в присутствии серной кислоты с образованием уксусного альдегида, имеющего запах свежих яблок.

Характерным показателем для спирта является величина плотности. В зависимости от концентрации спирта величина плотности различна. Чем меньше концентрация спирта, тем величина плотности больше. В ГФ X приводятся таблицы зависимости плотности от концентрации спирта.

В качестве примесей в этиловом спирте могут быть: продукты его окисления (ацетальдегид и уксусная кислота); продукты дегидратации (непредельные соединения, обладающие восстанавливающей способностью); остатки продуктов сырья и полупродуктов синтеза. Например, если этиловый спирт был получен брожением сахаристых веществ, в нем может быть примесь сивушных масел (смесь высших спиртов - бутилового-и изоамилового), которые определяют по неприятному запаху.

**Выводы.** В настоящее время органические растворители применяют в практике аналитической химии для так называемого неводного титрования. Известно, что многие неорганические вещества растворяются в органических растворителях. Естественно, что свойства растворов в органических растворителях, применяемых для аналитических целей, отличаются от свойств водных растворов, так как поведение неорганических веществ в растворах прямо зависит от примененного растворителя.

При приготовлении растворов в органических растворителях расчеты проводят в зависимости от назначения раствора. Если он нужен не для аналитических целей, концентрацию растворенного вещества можно выражать в процентах, в граммах на литр и в молях органического вещества, т. е. так же, как и для водных растворов.

#### **Список литературы.**

1. Государственная фармакопея РФ. 12-ое издание. Часть 1. - М.: "Научный центр экспертизы средств медицинского назначения", 2008 - 704 с.
2. Фармацевтическая технология: учеб. пособие для студентов учреждений сред. проф. образования, обучающихся по специальности 060301.51 «Фармация» по дисциплине «Фармацевтическая технология»/ В.А. Гроссман. 2012-320с.
3. Меленьбева Г.А. Фармацевтическая химия. - В.А. Гроссман. 2008. -320с

*Ватанов М.Р., Раджабов Г.О., Артыкова М.М.*

### **ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ НЕВОДНЫХ РАСТВОРОВ И ОЦЕНКА ИХ КАЧЕСТВА**

Учебный, научный и производственный центр «Фармация», ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** В настоящее время в технологии ЛС помимо водных широко используются спиртовые, глицериновые, масляные, силиконовые и другие неводные растворы на основе неводных растворителей, что обусловлено главным образом тем, что многие ЛВ не растворяются в воде.

**Цель исследования.** Изучить технологию и анализ неводных растворов. Достижению цели способствовали постановка и решение следующих задач:

1) Объяснение самого феномена неводных растворителей, их возможностей и свойств, в целом, неводных растворов в фармацевтической сфере.

2) Анализ систем классификации неводных растворителей с выделением максимально точной из них и исследование через призму ее отличительных качеств каждого из групп растворителей. 3) Применение полученных теоретических результатов непосредственно к нуждам фармацевтической технологии – посредством анализа форм, возможностей и направлений применения неводных растворителей.

**Материалы и методы исследования.** Изучение литературы, документов и результатов деятельности, химический эксперимент. Объектом исследования стала целостная система неводных растворителей, особенно с позиций применения соразтворителей и соразтворения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Неводные растворы - это жидкие лекарственные формы, представляющие собой гомогенные дисперсные системы, структурными единицами в которых являются ионы и молекулы. Эти растворы предназначены главным образом для наружного применения (смазывания, обтирания, примочки, капли для носа, ушные и т.п.). Значительно реже они применяются внутрь, для инъекций и для ингаляций.

Причины применения неводных растворителей:

1. Необходимость получения растворов из трудно растворимых в воде лекарственных веществ;
2. Для устранения гидролиза лекарственных веществ;
3. Возможность пролонгирования действия;
4. Для увеличения стабильности лекарственных веществ в растворе.

Требования, предъявляемые к неводным растворам:

- соответствие медицинскому назначению для достижения необходимого лечебного эффекта;
- полнота растворения лекарственных веществ;
- отсутствие механических включений;
- соответствие концентраций лекарственных веществ, объема или массы растворов прописанному;
- стабильность при хранении.

Достоинствами неводных растворов являются:

- простота изготовления;
- разнообразие способов назначения;
- стабильность неводных растворов (они более стабильны, чем водные).

Недостатки:

- невозможность процеживания растворов на вязких растворителях;
- некоторые летучие растворители огнеопасны. Поэтому работу с ними необходимо производить вдали от источников огня.

Растворители, применяемые для изготовления неводных растворов.

Существует 3 класса растворителей для изготовления неводных растворов:

- летучие: этанол; эфир; хлороформ;
- нелетучие: глицерин; масла жирные; масло вазелиновое; димексид; полиэтиленоксид-400 (ПЭО-400); силиконы;
- комбинированные: сочетание этанола с глицерином, димексидом, водой.

Наиболее широко в аптеке используют спирт этиловый 95%  $C_2H_5OH$

Spiritus aethylicus 95%, т.к. он после воды является наиболее распространенным растворителем.

Этиловый спирт - прозрачная жидкость. Он летуч, легко воспламеняется, имеет характерный запах, жгучий вкус; горит синеватым, слабо светящимся пламенем, смешивается во всех отношениях с водой, эфиром, хлороформом, ацетоном и глицерином. Концентрация этанола выражается в объемных и весовых процентах.

Изготовление растворов на этаноле регламентируется ГФ и инструкцией по изготовлению жидких лекарственных форм. Если концентрация спирта в рецепте не обозначена, то применяют 90% спирт. При изготовлении стандартных растворов используют спирт в концентрации, указанной в нормативной документации. Если в прописи рецепта без указания концентрации выписан раствор, представленный в нормативной документации несколькими концентрациями лекарственного вещества, то отпускают раствор с меньшей концентрацией. Например, бриллиантового зеленого 1%, йода 1%, кислоты борной 1% и т.д. Все растворы лекарственных веществ на этаноле готовят массообъемным методом. Норма отпуска спирта учетной концентрации в пересчете на массу составляет 50 г. В случае указания в рецепте "По специальному назначению" - не более 100 г. При изготовлении лекарственных форм спирт дозируют по объему, не уменьшая объем, указанный в рецепте, на величину его прироста при растворении лекарственных веществ. Общий объем учитывают при контроле качества лекарственной формы.

Подлинность спирта устанавливается следующими реакциями:

а) образование йодоформа при взаимодействии с раствором йода в щелочной среде. 0,5 мл субстанции смешивают с 5 мл 10 % раствора натрия гидроксида, прибавляют 2 мл 0,05 М раствора йода; должен появиться запах йодоформа и постепенно образоваться желтый осадок.

Реакция чувствительная, но недостаточно специфичная для спирта, ее дают соединения, имеющие в молекуле этоксильную, ацетогруппу и оксиэтильную группу, например, ацетон, молочная кислота и др.

б) реакция образования сложных эфиров с кислотами. 2 мл субстанции смешивают с 0,5 мл уксусной кислоты ледяной и 1 мл серной кислоты, концентрированной и нагревают до кипения; должен появиться характерный запах этилацетата.

в) окисление спирта бихроматом калия в присутствии серной кислоты с образованием уксусного альдегида, имеющего запах свежих яблок.

Характерным показателем для спирта является величина плотности. В зависимости от концентрации спирта величина плотности различна. Чем меньше концентрация спирта, тем величина плотности больше. В ГФ X приводятся таблицы зависимости плотности от концентрации спирта.

В качестве примесей в этиловом спирте могут быть: продукты его окисления (ацетальдегид и уксусная кислота); продукты дегидратации (непредельные соединения, обладающие восстанавливающей способностью); остатки продуктов сырья и полупродуктов синтеза. Например, если этиловый спирт был получен брожением сахаристых веществ, в нем может быть примесь сивушных масел (смесь высших спиртов - бутилового-и изоамилового), которые определяют по неприятному запаху.

**Выводы.** В настоящее время органические растворители применяют в практике аналитической химии для так называемого неводного титрования. Известно, что многие неорганические вещества растворяются в органических растворителях. Естественно, что свойства растворов в органических растворителях, применяемых для аналитических целей, отличаются от свойств водных растворов, так как поведение неорганических веществ в растворах прямо зависит от примененного растворителя.

При приготовлении растворов в органических растворителях расчеты проводят в зависимости от назначения раствора. Если он нужен не для аналитических целей, концентрацию растворенного вещества можно выражать в процентах, в граммах на литр и в молях органического вещества, т. е. так же, как и для водных растворов.

#### Список литературы

1. Государственная фармакопея РФ. 12-ое издание. Часть 1. - М.: "Научный центр экспертизы средств медицинского назначения", 2008 - 704 с.
2. Фармацевтическая технология: учеб. пособие для студентов учреждений сред. проф. образования, обучающихся по специальности 060301.51 «Фармация» по дисциплине «Фармацевтическая технология»/ В.А. Гроссман. 2012-320с.
3. Меленьбева Г.А. Фармацевтическая химия. - В.А. Гроссман. 2008. -320с



## ПРИМЕНЕНИЕ ИК-СПЕКТРОСКОПИИ В АНАЛИЗЕ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЦИНКА (II) С ГЛИЦИНОМ И ГЛЮТАМИНОВОЙ КИСЛОТОЙ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Известно около 200 природных аминокислот, из них


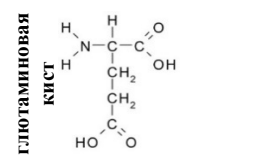
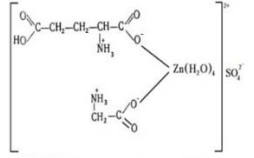
только 20 входят в состав белков. Эти аминокислоты называют протеиногенными. В организме человека наряду с протеиногенными аминокислотами, можно найти и другие, которые играют иную роль, например, **орнитин,  $\beta$ -аланин, таурин** и др.. Многие из протеиногенных аминокислот в организме человека выполняют важные самостоятельные функции, например, **глицин, глутаминовая** и **аспарагиновая** кислоты являются биологически активными соединениями, **фенилаланин, тирозин** и **триптофан** служат источником образования биогенных аминов и других биорегуляторов, **глицин** и **таурин** входят в состав желчных кислот. Цинк и железо – эссенциальные микроэлементы. Эссенциальными называются элементы, недостаточное поступление которых вызывают нарушения различных жизненных функций человека, включая репродукцию. В последние десятилетия цинк и железо стали рассматриваться как микроэлементы, необходимые для нормального функционирования внутренних органов и систем, а также как мощное средство, повышающее иммунитет. Это объясняется тем, что в литературе появились сведения о том, что цинк является мощным иммуномодулятором, сравнимым со стероидными гормонами. Под влиянием цинка повышается количество иммуноглобулинов классов А, М, G, увеличивается процентное содержание абсолютного количества Т-лимфоцитов. Цинк входит в состав более 300 ферментов в организме человека. Физиологически цинк является жизненно важным элементом для роста, развития, воспроизводства, обмена инсулина и для различных звеньев иммунной защиты. В препаратах цинк должен быть обязательно в сочетании с органической молекулой, например аминокислотой в хелатной форме, как в Трансфер Факторе Плюс. Это естественная форма, легко усваиваемая организмом и не создающая конкуренции другим микроэлементам при усвоении.

**Цель исследования.** Исследование физико-химических свойств комплексных соединений цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой ИК-спектроскопическим методом.

**Материал и методы исследования.** В работе для изучения свойств комплексных соединений цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой применён ИК-спектроскопический метод.

**Результаты исследования и их обсуждение.** ИК-спектроскопия является фундаментальным методом исследования структуры химических соединений. Методом ИК-спектроскопии нарушенного полного внутреннего отражения проведена идентификация комплексного соединения цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой. Исследована возможность и установлена перспективность применения метода ИК-спектроскопии для экспресс-диагностики подлинности изучаемого комплексного соединения цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой.

**Таблица. Частоты колебаний ( $\text{см}^{-1}$ ) в ИК-спектрах Цинка с глицином и глутаминовой кислотой синтезированных комплексом состава.**

Соединение	$\nu(\text{NH}_2^+)$	$\nu(\text{NH}_2)$	$\nu(\text{COO})$	$\nu(\text{C-N})$	$\nu(\text{N-H})$	$\nu(\text{CH}_2)$	$\nu(\text{SO}_4)$	$(\text{H}_2\text{O})$	$\nu(\text{C-H})$	$\nu(\text{COOH})$ =O	O-H
 <p>ГЛИЦИН ГЛТ</p>	1662( $\delta$ )	3100 (ср)	1593 (с)	1153	889 саер	2750	-	-	2792сим	1734	2962 (Н-сви-язн)
 <p>ГЛЮТАМИНОВАЯ КИСЛОТА</p>	3107(ср) 1535	1456 (ср)	1633 (с)	106 (ср)	820 (ср)	2866 (с)			2837сл	1686(сл)	910 (сл)
 <p><math>\text{ZnC}_2\text{H}_8\text{O}_6\text{S}</math></p>	3109 (ср)	1558 (сл)	1636 (сл)	1163 (сл)	860 (ср)	2922 (сл)	1138 (ср) 1076 (ср)	2363 (ср)	2805 (сл)	1636(Ср)	986(не плос.д. кол)

Для определения строения комплексных соединений цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой использован метод ИК-спектроскопии. В ИК-спектрах комплексных соединений цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой 3019  $\text{см}^{-1}$  (комплекс), по сравнению с лигандом, наблюдается изменение характера поглощения в области 1662  $\text{см}^{-1}$  (глицин) и 3107 (глут.кислотой).

**Выводы.** Синтезированы и изучены физико-химические свойства комплексных соединений цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой.

### Список литературы.

1. Раджабов У.Р., Рахимова М.М., Юсупов З.Н. Имидазольные и бензимидазольные комплексы железа. – Естественные и технические науки, 2011, №3 с.63-70.
2. Раджабов У.Р., Рахимова Р.Н., Ёрмамадова С.Г., Шарипов И.Х. Биологические свойства азольных координационных соединений Fe, Cu и Zn. Вест. ТНУ. – Душанбе: Сино, 2013. 1/1(102), с.95-101.

*Дубровина М.А., Абросимова Е.Е., Куркин Д.В.*

### ВЛИЯНИЕ КОРТЕКСИНА НА КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У МЫШЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Кафедра фармакологии и фармации ИНМФО Волгоградского государственного медицинского университета.

Россия

**Актуальность.** Распространенность сахарного диабета, а также увеличение продолжительности жизни, повышает риск развития осложнений. В настоящее время распространенность диабета в мире среди людей старше 65 лет составляет 18,8%. Ожидается, что в течение следующих трех десятилетий число больных удвоится, в первую очередь за счет увеличения числа пожилых людей. В странах с высоким уровнем доходов пик распространенности (22%) приходится на возраст от 75 до 79 лет, и почти половина случаев (44%) приходится на возраст старше 65 лет. В пожилом возрасте диабет ассоциируется с высоким бременем сопутствующих заболеваний и повышенной распространенностью гериатрических синдромов, включая когнитивную дисфункцию и слабость. Хотя и люди с диабетом, и их врачи все больше осознают проблему наличия когнитивной дисфункции, связанную с диабетом, эта осведомленность все еще отстает от понимания других осложнений и создает трудность для подбора тактики лечения. В связи с этим пациенты сообщают, что их лечащие врачи иногда испытывают трудности с устранением когнитивной дисфункции, связанной с диабетом. Профессиональные диабетические общества признают этот важный пробел в знаниях и все чаще включают информацию о когнитивной дисфункции в образовательную деятельность. Поскольку особенно тяжелые стадии когнитивной дисфункции влияют на многие аспекты жизни, включая лечение диабета, профессиональные рекомендации по медицинской помощи при диабете в последнее время акцентируют внимание на профилактике и лечении данных осложнений.

**Цель исследования.** Это исследование было проведено для оценки эффективности кортексина в коррекции когнитивных нарушений у мышей с ожирением, вызванным диетой.

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено на беспородных мышках-самцах (4–5 месяцев, 25–35г), которые в течение 7 месяцев содержались на высокожировой и калорийной диете. После развития признаков ожирения и нарушения углеводного обмена (был проведен тест на толерантность к глюкозе с значениями > 7.8 ммоль/л) животных разделили на группы, которым в течение месяца перорально вводили исследуемые соединения (кортексин, метформин), контрольной группе – эквивалентный объем физиологического раствора. После курсового лечения была произведена оценка уровня гликемии с использованием теста ПТТГ (пероральный тест толерантности к глюкозе) с последующим проведением психоневрологических тестов, таких как водный лабиринт Морриса (ВЛМ) и тест распознавания нового объекта.

**Результаты исследования и обсуждение.** После 6 месяцев высококалорийной диеты масса тела мышей достигла 45–50 г. Содержание животных на диете приводило к нарушению углеводного обмена, поскольку уровень гликемии у них после перорального введения глюкозы был значительно выше, чем у тех, которые содержались в условиях стандартного пищевого рациона.

Важным моментом при анализе результатов тестирования «водный лабиринт Морриса» (Morris' Water Maze, MWM) является тот факт, что измерение времени, требуемого для прохождения теста, сложно назвать объективным критерием для изучения пространственного обучения и памяти, поскольку его значение сильно зависит от скорости движения животного в бассейне. По этой причине, помимо изменения самого протокола, в процессе тестирования также фиксировалось время, которое проводит животное в области «целевого квадранта» (области, находящейся в непосредственной близости от скрытой платформы).

Группа, получавшая Кортексин на 50% больше по времени, находилась в правильном секторе и на 23% быстрее находила платформу по сравнению с группой контроля. Метформин не показал статистически значимых результатов.

В тесте РНО нами оценивались два показателя:

1. Индекс дискриминации – это разница во времени изучения нового и старого объекта в фазе тестирования (показывает насколько новый объект интереснее, чем старый)

2. Индекс габитуации – это разница между средним временем изучения двух одинаковых объектов в фазе ознакомления и временем изучения такого же (старого) объекта в фазе тестирования (показывает насколько снижен интерес к уже изученному объекту).

У животных, получавших Кортексин повышался индекс дискриминации, в то время как индекс габитуации был на уровне контрольной группы, что указывает на то, что животные данной группы проявляли интерес как к новому, так и старому объекту.

**Выводы.** Наблюдаемые эффекты показывают, что введение кортексина уменьшало признаки когнитивного дефицита у мышей с нарушенной толерантностью к глюкозе и ожирением, вызванным диетой. Вероятно, необходимы дальнейшие исследования других нейропротекторных или ноотропных препаратов, чтобы понять возможные способы предотвращения когнитивных нарушений у пациентов с ожирением, метаболическим синдромом или сахарным диабетом.

### Список литературы

1. Cuevas HE. Thinking about cognitive function: perceptions of cognitive changes in people with type 2 diabetes/ Cuevas HE, Stuijbergen AK, Brown SA, Rock JL// Diabetes Educ/ - 2017- Vol. 43, №5 – P. 486–494.
2. Система инкретинов как перспективная фармакологическая мишень для сахароснижающей терапии / Д.В. Куркин [и др.] // Фарматека. - 2016. – № 5. – С. 45-50
3. Сравнительное изучение влияния Кортиксона, Церебролизина и Актювегина на состояние памяти, мозговое кровообращение и структуру гиппокампа у крыс с хроническим нарушением мозгового кровообращения / Тюренков И.Н., [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. -2020 -№ 8 (120)- С. 83–89.

*Дьякова Н.А.*

### ЛИСТЬЯ ЛОПУХА БОЛЬШОГО – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК ВОДОРАСТВОИМЫХ ПОЛИСАХАРИДОВ

Кафедра фармацевтической химии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО Воронежский государственный университет. Россия

**Актуальность:** Листья лопуха большого содержат ценный комплекс биологически активных соединений. Опыт народной медицины показал целесообразность применения листьев лопуха большого в виде сока и водных извлечений. В данных лекарственных формах значительна доля водорастворимых полисахаридов (ВРПС), представленных инулином [1,2,3].

**Цель исследования.** Разработка методики выделения ВРПС из листьев лопуха большого с целью увеличения выхода ВРПС и сокращения длительности процесса их извлечения, а также разработка методики количественного определения ВРПС в данном растительном сырье.

**Материалы и методы исследования.** Известно, что ультразвуком частотой 19-44 кГц можно извлекать флавоноиды, дубильные вещества, фенольные гликозиды, кумарины, антоцианы из растений с сокращением процесса экстракции на 1 - 2 порядка [4,5]. При этом имеет место не только значительное ускорение процесса извлечения из растений полезных веществ, но и увеличение по сравнению с другими методами экстрагирования выхода основного продукта [1,2]. Для интенсификации процесса извлечения ВРПС применяли ультразвуковую ванну «Град 40-35».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты приведены в таблицах 1,2,3.

Табл. 1

Результаты количественного определения в листьях лопуха большого при варьировании измельченностью сырья и температурой ультразвуковой ванны

Измельченность сырья, мм	0,2-0,5	0,5-1,0	1,0-2,0
Температура ультразвуковой бани, °С			
60	7,50±0,56	8,05±0,45	7,17±0,43
70	8,58±0,44	9,48±0,35	9,22±0,45
80	10,65±0,58	11,63±0,36	10,77±0,45

Табл. 2

Результаты количественного определения ВРПС в листьях лопуха большого при варьировании кратностью и длительностью экстрагирования

Кратность экстракции	1	2	3	4
Длительность экстракции, мин.				
10	4,82±0,46	8,26±0,51	10,38±0,52	10,76±0,41
15	5,52±0,39	9,60±0,31	11,63±0,36	9,70±0,37
20	5,70±0,45	8,87±0,37	9,59±0,73	7,49±0,40

Табл. 3

Результаты количественных определений ВРПС в листьях лопуха большого при варьировании соотношением сырья и экстрагента и частотой ультразвука

Частота ультразвука, кГц	15	25	35
Соотношение сырья и экстрагента (г:мл)			
1:10	5,62±0,21	6,93±0,31	7,43±0,37
1:15	8,56±0,32	9,61±0,47	11,63±0,36
1:20	6,01±0,41	7,59±0,23	8,17±0,52

Комплекс проведенных экспериментальных работ дает возможность предложить следующую методику выделения и последующего количественного гравиметрического определения ВРПС в листьях лопуха большого. Аналитическую пробу сырья измельчают до размера частиц 0,5 – 1,0 мм. Около 1 г (точная навеска) измельченного сырья помещают в колбу вместимостью 50 мл, прибавляют 15 мл воды очищенной, нагретой до температуры кипения, помещают в ультразвуковую ванну с частотой 35 кГц при температуре 80°С, экстрагируют 15 мин. Экстракцию

повторяют ещё 2 раза, прибавляя по 15 мл воды. Водные извлечения объединяют и фильтруют в мерную колбу вместимостью 100 мл через 3 слоя марли с подложенным тампоном ваты, вложенных в стеклянную воронку диаметром 5 см и предварительно промытой водой очищенной. Фильтр промывают водой и доводят объём раствора до метки (раствор А). 25 мл раствора А помещают в коническую колбу на 100 мл, прибавляют 75 мл 95% этилового спирта, перемешивают, охлаждают в морозильной камере при температуре -18°C в течение 30 мин. Затем содержимое колбы фильтруют через предварительно высушенный и взвешенный беззольный бумажный фильтр, проложенный в стеклянный фильтр ПОР 16 с диаметром 40 мм, под вакуумом при остаточном давлении 0,4-0,8 атм. Осадок на фильтре последовательно промывают 15 мл раствора 95% этилового спирта в воде очищенной (3:1), 10 мл смеси этилацетата и 95% этилового спирта (1:1). Фильтр с осадком высушивают сначала на воздухе, затем при температуре 100-105 °С до постоянной массы.

Содержание ВРПС в пересчёте на абсолютно сухое сырьё вычисляют по стандартной формуле:

$$X = \frac{(m_2 - m_1) \cdot 40000}{m \cdot (100 - W)},$$

где  $m_1$  - масса фильтра, г;  $m_2$  - масса фильтра с осадком, г;  $m$  - навеска сырья, г;  $W$  - потеря в массе сырья при высушивании, %.

Предлагаемый способ позволяет интенсифицировать процесс получения ВРПС и снизить время, расходуемое на него до 1,5 часов, а также увеличить выход продукта до 11,63 % в пересчете на абсолютно сухое сырьё. Относительная ошибка предлагаемой методики при доверительной вероятности 95 % составляет 3,11 %.

**Выводы.** Оптимальные условия экстрагирования, при которых процесс извлечения и количественного определения ВРПС из листьев лопуха большого сводится к 1,5 ч: измельченность сырья 0,2 - 0,5 мм, температура - 80 °С, кратность извлечения - 3, длительность экстракций - 40 мин, частота ультразвука - 35 кГц, соотношение сырья и экстрагента 1 г на 10 мл.

#### Список литературы.

1. Шушунова, Т.Г. Выделение инулина из корней одуванчика лекарственного с использованием ультразвука / Т.Г. Шушунова, Н.А. Дьякова, А.И. Сливкин, С.П. Гапонов и др. // Пути и формы совершенствования фармацевтического образования. Создание новых физиологически активных веществ: Материалы 6-й Международной научно-методической конференции «Фармобразование-2016». - Воронеж: ИПЦ ВГУ. - 2016. - с.609-612.
2. Дьякова, Н.А. Разработка и валидация экспресс-методики выделения и количественного определения водорастворимых полисахаридов листьев лопуха большого (*Arctium lappa* L.) / Н.А. Дьякова // Химия растительного сырья.- 2018. - №4. - с. 81-87.
3. Дьякова, Н.А. Разработка и валидация экспресс-методики выделения и количественного определения водорастворимых полисахаридов листьев лопуха большого (*Arctium lappa* L.) / Н.А. Дьякова, А.И. Сливкин, И.А. Самылина, С.П. Гапонов и др. // Химико-фармацевтический журнал. - 2018. - Т. 52, №4. - с. 40-43.
4. Дьякова, Н.А. Безопасность и эффективность лекарственного растительного сырья одуванчика лекарственного, собранного в районах, испытывающих антропогенную нагрузку / Н.А. Дьякова, А.А. Мындра, А.И. Сливкин // Разработка и регистрация лекарственных средств. - 2018. - №2 (23).- с. 118-121.
5. Дьякова, Н.А. Особенности накопления водорастворимых полисахаридов корнями одуванчика лекарственного / Н.А. Дьякова, А.А. Мындра, А.И. Сливкин, С.П. Гапонов // Вестник ВГУ. Серия: Химия, Биология, Фармация. - 2018. - №.2.- с.292-297.

*Зубайдова Т.М., Шамсудинов Ш.Н., Урунова М.В.*

### БЕЗОПАСНОСТИ ФИТОНАСТОЙКИ «ГЕПАТОМАН» НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» НАН РТ

Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»

**Актуальность.** Фитотерапия, или лечение травами - самая древняя и перспективная терапия, которая сочетает в себе тысячелетний опыт древней традиционной и народной медицины разных стран с достижениями современной медицины [1-2]. Вирус гепатита С остается важнейшей проблемой современного здравоохранения. С связи с тем, что хронические диффузные поражения печени вирусной этиологии, особенно вируса С, развивается на фоне снижения иммунитета организма в целом, то использование различных иммунных стимуляторов и антиоксидантов растительного происхождения в их лечении приобретает особое значение [3-4]. Поиск новых безопасных фитопрепаратов для лечения острых и хронических вирусных гепатитов - представляется весьма актуальной [5-6].

**Цель исследования.** Явилось изучить (исследование) безопасности фитонастойки «Гепатаман» на печеночные клетки при длительном его пероральном введении у контрольных и подопытных групп животных.

**Материалы и методы исследования.** Фитонастойка «Гепатаман» содержит следующие растения; корень цикория обыкновенного, корень солодки голой, корень родиолы памиро-алайской, корень девясила высокого, клубни топинамбура, кора березы памирская, плоды шиповника коричневого, трава зверобоя продырявленного, которые обладают противовоспалительным, гепатопротекторным, адаптогенным и желчегонным действием.

Исследование безвредности фитонастойки «Гепатаман» в условиях хронического (шестимесячного) эксперимента было проведено на 30 белых беспородных крысах весом 203,5 - 276,6 г с использованием перорального способа введения препарата. Животные были распределены на 3 серии: 1 - контрольные (дистиллированная вода 2 мл/кг веса); 2 и 3- серии животные, которым внутривентрикулярно вводили фитонастойку «Гепатаман» в дозе 5 и 10 мл/кг массы. Фитонастойку «Гепатаман» вводили внутривентрикулярно ежедневно 1 раз в сутки в течение 6 месяцев.

**Результаты исследования и его обсуждения.** Внутривентрикулярное введение фитонастойки дозах 5 и 10 мл/кг

массы в течение 6 месяцев у подопытных и контрольных крыс вызывала летальный исход до 10%. Наблюдение за животными на протяжении хронического эксперимента показало, что фитонастойка «Гепатаман» в испытываемых дозах не оказывала какого-либо отрицательного влияния на поведение у опытных белых крыс и по внешнему виду не отличались от контрольных животных. Они имели гладкий шерстяной покров, сохраняли обычную двигательную активность, охотно ели корм.

*Определение активности ферментов сыворотки крови аспартата, аланинтрасаминазы (АсАТ и АлАТ) и щёлочной фосфатазы (ЩФ) имеет важное диагностическое значение для выявления ранних признаков паренхиматозного повреждения печени. Поэтому определение указанных ферментов широко применяется при диагностике острых, хронических и воспалительных заболеваний, а также токсических повреждений печени. Повышение активности АсАТ, АлАТ и ЩФ является наиболее специфическим тестом, отражающим начальные стадии и глубину паренхиматозного поражения печени.*

Поэтому при длительном пероральном введении фитонастойки «Гепатаман» нами была определена активность указанных ферментов в сыворотке крови интактных и подопытных групп животных в эксперименте.

Как показывают результаты экспериментов (табл. №1) в сыворотке крови контрольных и подопытных крыс, получавших внутрижелудочно (в/ж) в течение 6 месяцев фитонастойку «Гепатаман» в дозах 5 и 10 мл/кг массы, активность АсАТ, АлАТ и ЩФ во всех случаях колебалась в пределах исходных величин и не вызывала повышения активности трасаминазы.

Уровень АсАТ у животных получавших фитонастойку «Гепатоман» в дозах 5 мл/кг массы составил  $40,1 \pm 0,03$  Е/л (недостовверно повышено на 1,46%) по сравнению с контрольной серией.

Таблица 1.

**Влияние фитонастойки «Гепатаман» на некоторые показатели функцию печени у белых крыс в хроническом эксперименте. Среднее по 9-10 крыс в каждой серии**

Показатели	Серия опытов и дозы в мл/кг		
	1.Контрольные 2,0 мл/кг +дис-тилл. вода	2.Фитонастойка Гепатаман в/ж 5,0 мл/кг	3.Фитонастойка Гепатаман в /ж 10,0 мл/кг
Билирубин мк/моль /п	$6.06 \pm 0.04$ 100.0%	$3.16 \pm 0.05$ -47.8%*	$5.61 \pm 0.03$ -7.42% <sup>xx</sup>
Общий белок г/л	$75.9 \pm 0.01$ 100.0%	$91.2 \pm 0.05$ 20.1%	$86.7 \pm 0.01$ 14.2%
Ас АТ Е/л	$39.6 \pm 0.01$ 100.0%	$40.1 \pm 0.03$ 1.46%**	$29.4 \pm 0.02$ - 25.7%
Ал АТ Е/л	$43.0 \pm 0.05$ 100.0%	$45.0 \pm 0.03$ 4.81%	$38.9 \pm 0.01$ - 9.46%
ЩФ Е/л	$79.4 \pm 0.05$ 100.0%	$88.3 \pm 0.02$ 11.24	$74.9 \pm 0.03$ - 5.62%
Холестерин ммоль/л	$1.86 \pm 0.02$ 100.0%	$1.34 \pm 0.03$ - 27.9%	$1.45 \pm 0.02$ 22.0%

У животных, получавших внутрижелудочно фитонастойку «Гепатоман» в дозе 10 мл/кг массы, концентрация фермента АсАТ снижалась на -25,7% по отношению к контрольной серии.

Концентрация АлАТ у животных получавших внутрижелудочно фитонастойку в дозе 5 мл/кг массы, также была повышена, недостоверна на 4,81%, а в дозах 10 мл/кг массы наоборот снижена на - 9,46% против контрольной серии. Также отмечалось недостоверное повышение концентрации щелочной фосфатазы в сыворотке крови у животных под действием фитонастойки, введенная в дозе 5 мл/кг массы на 11,2%, а в дозах 10 мл/кг массы у животных этот показатель снижался лишь на – 5,62% против контрольной серии.

После шестимесячного введения фитонастойки «Гепатаман» в дозах 5 и 10 мл/кг массы отмечалось статистически достоверное снижение концентрации общего холестерина в составе сыворотки крови на 27,9 и 22,0% (P<0,05- 0,01) по сравнению с контрольными животными.

Повышение билирубина считается одним из показателей нарушений функции гепатоцитов. Фитонастойка «Гепатоман» введенная внутрижелудочно в дозе 5 мл/кг массы в течение 6 месяцев снижал концентрацию билирубина в сыворотке крови на 47,8%, а в дозе 10 мл/кг массы на 7,42% по отношению с контрольной серией.

Повышение уровни белка в пределах нормы в хроническом опыте считается одним из проявлений улучшения синтетических функций печени.

Под действием фитонастойки «Гепатоман» введенная опытным животным в/ж в дозе 5 мл/кг массы, повышалась концентрации белка на 20,1%, а в дозе 10 мл/кг массы - на 14,2% по отношению с контрольной серией.

Снижение концентрации билирубина, считается одним из проявления гепаторотекторного действия данного препарата в хроническом опыте.

**Выводы.** Таким образом, фитонастойка «Гепатоман» в дозах 5 и 10 мл/кг массы при длительном введении не вызывал токсического воздействия на печеночные клетки у опытных животных, т.е. обладает гипохолестеринемическим действием.

#### Список литературы

1. Корсун В.Ф., Корсун Е.Б. Фитотерапия – традиции российского травничества /В.Ф. Корсун, Е.Б. Корсун. Энциклопедия. (Новейший медицинский справочник – М.; 2008 г. 879 с.
- 2.Противовирусное действие некоторых лекарственных растений /М.К.Курбанов [и др.] //Проблемы Гастроэнтерологии Душанбе-Москва, №1, 2011.- стр.11-16.

3. Корсун В.Ф. Лекарственные растения в гастроэнтерологии. /В.Ф.Корсун, К.И. Пупыкина, Е.В. Корсун. Руководства по клинической фитотерапии //Практическая медицина. Медицина, 2008. - С.42 - 322.
3. Корсун В.Ф. Лекарственные растения в гепатологии/В.Ф.Корсун. Изд. дош. «Русский врач», Москва. 2005 г.-274 с.
4. Противовирусное и гепатопротекторное действие растительного лекарственного сбора «Гепатоман» при экспериментальной вирусной HCV гепатите /Т.М.Зубайдова и др. //Материалы республиканской научной-практической конференции с Международным участием «Достижение современной гастроэнтерологии» Журнал «Проблемы гастроэнтерологии» № 3-4, Душанбе-Москва.-2012.-стр. 80-81.
5. Зубайдова Т.М. Эффективности «Гепатоман» при экспериментальном гепатите /Т.М.Зубайдова и др. //Республ.научно –практическая конференция «Внедрение достижений современной гастроэнтерологии в практическом здравоохранении», Душанбе, 2014. - Стр.- 38-40 .
6. Малый патент № ТД 538 от 2012. Средство «Гепатоман» с антивирусным HCV действием. Авторы: Г.К Мироджов, М.К. Курбанов, Т.М.Зубайдова, Ш.Н.Шамсудинов, Н.Ю.Самандаров.

*Идиев С. Б. Зубайдова Т.М., Ходжаева Ф.М.*

## ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ДЕЙСТВИЯ ПОСТОЯННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ У БЕЛЫХ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Таджикский государственный университет коммерции МОН РТ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» НАН РТ

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Воздействие постоянного магнитного поля на биологические жидкости и, в частности, на глюкозу крови, находит широкое применение в биофизике и биохимии. Однако, несмотря на это, в научной литературе недостаточно освещён вопрос воздействия постоянного магнитного поля на биосистемы. Поэтому на сегодняшний день исследование влияния постоянного магнитного поля Земли на биообъекты актуально (1-3).

**Цель исследования.** Исследование воздействия постоянного магнитного поля Земли на обмен глюкозы в сыворотке крови и поведение у белых крыс.

**Материалы и методы исследования.** Большинство исследований проводилось в относительно однородном магнитном поле. Такое **постоянное магнитное поле** (ПМП) нами было получено с помощью 2 рожковых (2магнитно-каменистых бистов весом больше 100,0 кг.) магнитов.

Для подтверждения магнитное поле максимальной интенсивности, получали с помощью магнитной установки, исследуемый объект (лабораторные животные) располагали в магнитном зазоре между полюсами постоянного рожкового магнита с помощью специального приспособления- железные клетки для фиксации объекта (крысы). Контрольным животным мы приспособили деревянные клеток - ложный магнит. Причём телу животного соответствовала самая высокая напряжённость постоянного магнитного поля, т. е. оно находилось в середине рабочей части магнита в течение 2 часов. Литературные данные, а также результаты наших экспериментов показали, что одной из систем, чувствительных к действию ПМП, является система крови и поведение животных.

Таблица

### Концентрации глюкозы в сыворотке крови и поведение подопытных крыс с постоянным магнитным полем

Серия опытов и напряжения ПМП Э.	Концентрации глюкозы в сыворотке крови у подопытных крыс ммоль/л и в %		Поведение животных, получавших ПМП
	до пмп	после пмп	
1.Контроль	$4,2 \pm 0,05$ 100%	$4,6 \pm 0,05^*$ 9,52	Беспокойные, моче и кало-выделение есть, шерсть гладкая.
2. Опытные крысы с ПМП 1800Э	$4,3 \pm 0,05$ 100%	$6,9 \pm 0,02^{**}$ 60,4	Спокойные поведение, моче и кало-выделения нет, шерсть негладкая, стоячая
3. Опытные крысы с ПМП 3600Э	$4,2 \pm 0,05$ 100%	$7,6 \pm 0,04$ 80,9	Спокойные, моче и кало-выделения нет, шерсть негладкая, стоячая

Примечание : значение Р\* дано для контрольных крыс по отношению к опытным сериям, а для опытных\*\* – по отношению к контрольной серии

Эксперименты проводились на 20 половозрелых крысах обоего пола, со средней массой 200,0-220,0 гр., которым до магнетизирования брали кровь для определения глюкозы в качестве исходных данных, которые брали за 100,0%. Затем животные были распределены на следующие 3 серии:

1-контрольные животные без ПМП (ложный магнит),

2 серия - животные получали ПМП 1800,0 Э (Эрст-единица измерения магнитного напряжения);

3 серия - опытные крысы, которые однократно получали ПМП 3600,0 Э.

Нами был определён уровень глюкозы в сыворотке крови до и после ПМП. Уровень глюкозы в сыворотке крови определяли с помощью диагностических наборов фирмы «Витал» производства России.

**Результаты исследования и обсуждение .** Проведёнными экспериментами установлено, что под действием ПМП с напряжённостью 1800 и 3600 Э в системе крови произошли изменения в обмене глюкозы.

Уровень глюкозы в сыворотке крови у опытных крыс, получавших напряжение ПМП 1800 Э, соответственно повышалась на 60,4%.

Концентрации глюкозы в сыворотке крови у опытных крыс, получавших напряжения ПМП 3600 Э, составляло 80,9%.

Поведение животных под действием ПМП изменяется.

Животные, получавшие напряжение ПМП 1800 Э и напряжения ПМП 3600 Э, - спокойные, мочеиспускание и каловыделение не отмечалось и покров кожи негладкий, шершавый в течение 2 часов когда они находились между зазорами ПМП.

Контрольные крысы, которых посадили в деревянную клетку (ложный магнит), были беспокойные, моче и каловыделение было

несколько раз. Шерстяной покров кожи был гладкий.

**Выводы.** Таким образом, проведенные эксперименты позволяют сделать заключение, что постоянное магнитное поле при изучаемых условиях (напряжённости 1800-3600 Э) оказывает влияние на систему крови, способствует повышению глюкозы в сыворотке крови и изменяется поведение у животных.

#### **Список литературы**

1. Яковлев М.И. Физиологические механизмы действия электромагнитных полей. / М.И. Яковлев. АМН СССР. - Ленинград, «Медицина», 1973, 175с.
2. Чижевский А.Л. Электрические и магнитные свойства эритроцитов. / А.Л. Чижевский. АН Украинской ССР. - Киев «Наукова думка», 1973, 94с.
3. Мизун Ю.Г. Наше здоровье и магнитные бури. / Ю.Г. Мизун, В.И. Хаснулин. - М.: «Знание», 1991, 192с.

*Ишанкулова Б.А., Халилова Ш.Н.*

### **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЕВ «СИЁХАЛАФ» И «МОХДИЛ» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

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

**Актуальность.** В зимний период организм человека истощается из-за нехватки многих витаминов и других полезных веществ, содержащихся в растениях, в связи с чем нарушается метаболизм, особенно липидный. Организм человека нуждается в восполнении утраченных полезных веществ, особенно витаминов. Природа сама даёт нам в помощь ранней весной сезонные, богатые БАВ зелёные растения. В Средней Азии таковыми являются ряд дикорастущих растений, такие как лук Розенбаха («сиехалаф») и гигантского Регеля («мохдил»), обладающие целебными свойствами. Однако, в доступной нам литературе мы не встретили работ, которые обосновали бы эти свойства луков.

**Цель исследования.** Изучение гиполипидемических свойств луков Розенбаха и гигантского Регеля.

**Материал и методы исследования.** Объектом изучения служили настои (1:10), приготовленные из высушенных листьев луков Розенбаха и гигантского Регеля. Настой готовили в соотношении 1:10, согласно требованиям ГФ XI (1991). Гиполипидемические свойства определяли на модели гиперхолестериновой диеты (ГХСД) Хабриева Р.У. (2005) на 50 белых крысах в течение 30 суток. Животных разделили на 5 групп: 1-интактные (здоровые крысы), 2-контрольные (нелечённые) - вводили ежедневно в/ж дистиллированную воду из расчёта 5мл/кг массы животного; 3-опытные с ГХСД, которым вводили ежедневно в/ж настой лука Розенбаха из расчёта 5 мл/кг массы; 4 - опытные с ГХСД, которым вводили ежедневно в/ж настой лука гигантского Регеля из расчёта 5 мл/кг массы; 5- сравнительная, также с ГХСД, где животным вводили ежедневно в/ж настой подорожника по той же схеме. Нужно отметить, что лечение настоями луков «сиехалаф» и «мохдил» начинали на 7-ые сутки эксперимента, когда крысы набирали необходимый вес.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Во все сроки эксперимента у крыс, получавших ГХСД вес повышается. Из таблицы 1 следует, что показатели веса значительно повышены в контрольной группе животных, т.е. где животным не вводили настои луков. В опытных группах крыс, получавших на 7 сутки лечения «сиехалаф» и «мохдил» также животные прибавляли в весе, но показатели были намного ниже, т.е. лечение было эффективным. К примеру, на 15 сутки в контрольной группе вес составил 124%, по сравнению с исходным (100%). В группе животных с «сиехалаф» на 15 сутки показатель был равен 112%, с «мохдил» - 109%, т.е. эти цифры были значительно ниже, чем в контроле ( $P < 0,001$ ). Следует отметить, что настоем «мохдил» был намного эффективнее, чем настоем «сиехалаф». На 30 сутки в леченных группах показатели веса также резко отличались от контрольной (таблица 1). Что касается животных, получавших настоем подорожника, показатели веса уступали изучаемым настоям луков.

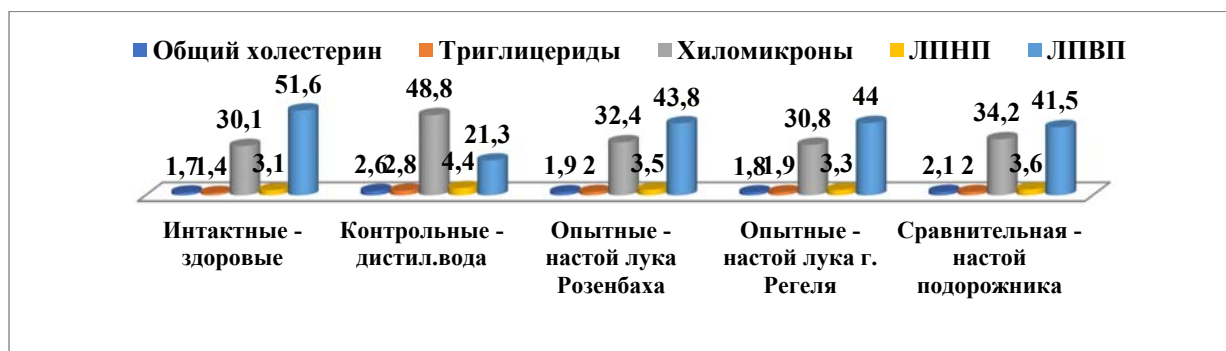
В конце эксперимента после предварительного 14 часового голодания изучали содержание липидов и липопротеидов в сыворотке крови. Оценку состояния липидного обмена при ГХСД проводили по следующим показателям: содержанию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), хиломикронов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). В контрольной группе, при ГХСД у крыс по сравнению с интактной группой наблюдалось значительное повышение концентрации общих липидов и выраженная дислипидемия. В первую очередь увеличивалось содержание ОХС, которое составило  $2,6 \pm 0,2$  ммоль/л (152%), против  $1,7 \pm 0,2$  ммоль/л (100%) у интактных крыс. Также повышался уровень ТГ -  $2,8 \pm 0,1$  ммоль/л (202%), против  $1,4 \pm 0,1$  ммоль/л у интактных. Содержание ХМ также резко повысилось -  $48,3 \pm 1,1$  ммоль/л (160%), против  $30,1 \pm 0,4$  ммоль/л (100%) у интактных. Концентрация ЛПНП тоже заметно повышалась, составив  $4,4 \pm 0,2$  ммоль/л (142%), против  $3,1 \pm 0,2$  ммоль/л у интактных крыс. Что касается ЛПВП, то их концентрация напротив резко падала, составляя  $21,3 \pm 0,4$  ммоль/л (41%), против  $51,6 \pm 0,4$  ммоль/л у интактных.

**Таблица 1. - Динамика прироста веса крыс с ГХСД**

Группа животных дозы на кг/массы (M±m)	Динамика прироста веса в граммах и в %				p*
	исходный вес 100%	7 дней	15 дней	30 дней	
Интактная: (здоровые) n=10	168±1,4	170±0,9	171±0,7	177±3,4	<0,001 ( $\chi^2 = 17,4$ )
Контрольная: (нелеченные) – дистиллированная вода в/ж 5мл/кг n=10	165±1,3	175±1,7 p <sub>1</sub> <0,05	205±1,1 p <sub>1</sub> <0,001	212±3,1 p <sub>1</sub> <0,001	<0,001 ( $\chi^2 = 30,0$ )
		106%	124%	128%	
Опытная: ГХСД +настой лука Розенбаха в/ж 5мл/кг n=10	170±1,6	180±3,5 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,05	190±1,8 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,001	196±1,6 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,01	<0,001 ( $\chi^2 = 30,0$ )
		106%	112%	115%	
Опытная: ГХСД + настоем лука гигантского Регеля в/ж 5мл/кг n=10	169±1,8	181±3,0 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05	186±1,5 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>3</sub> >0,05	192±1,4 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>3</sub> >0,05	<0,001 ( $\chi^2 = 28,9$ )
		107%	109%	112%	
Сравнительная: ГХСД + настоем подорожника в/ж 5мл/кг n=10	166±1,7	178±4,6 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>3</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05	189±1,2 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05	197±3,0 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05 p <sub>4</sub> >0,05	<0,001 ( $\chi^2 = 28,1$ )
		107%	114%	119%	
p	>0,05 (H =0,0)	<0,001 (H =36,8)	<0,001 (H =41,5)	<0,001 (H =33,3)	

Примечание: Значение P для контрольной группы дано по сравнению с соответствующими показателями интактной группы, а в опытных – по сравнению с контрольной группой (в процентах по сравнению с исходными показателями, принятыми за 100%).

Таким образом, проведенными экспериментами установлено, что при гиперлипидемии, вызванной ГХСД у крыс почти в 2 раза повышается содержание атерогенных липопротеидов - ЛПНП, ОХС, ТГ, ХМ, одновременно с этим наблюдается значительное снижение антиатерогенных липопротеидов - ЛПВП (рисунок 1).



**Рисунок 1. Содержание липопротеидов в крови у крыс с ГХСД, леченных настоями луков Розенбаха и гигантского Регеля.**

В результате месячного лечения крыс с гиперлипидемией настоями листьев луков Розенбаха и гигантского Регеля наступило значительное улучшение в нарушенном метаболизме жиров и произошла почти нормализация многих показателей липидов и липопротеидов.

Во первых, у крыс, получавших настой лука Розенбаха по сравнению с нелечёнными значительно снижался уровень ОХС, составляя 1,9±0,1 ммоль/л (112%) (P<0,001). Содержание ТГ также заметно снизилось – 2,0±0,1 ммоль/л (148%), а уровень ХМ приближался к показателям у интактных крыс, составив 32,4±0,1 ммоль/л (108%). Содержание ЛПНП тоже заметно падало – 3,5±0,1 ммоль/л (114%). В то же время, при лечении настоем «сиёхалаф» значительно повышалась концентрация ЛПВП, которая составила 43,8±0,3 ммоль/л (84,8%), то есть почти приближалась к показателям интактных крыс.

При лечении крыс с ГХСД настоем лука гигантского Регеля также достоверно снижалось содержание ОХС по сравнению с контрольной нелечённой группой животных, составляя 1,8±0,1 ммоль/л (105%), снижалась также концентрация ТГ - 1,9±0,1 ммоль/л (137%), ХМ - 30,8±0,2 ммоль/л (102%), ЛПНП- 3,3±0,1 ммоль/л (108%). Уровень ЛПВП также как и в группе животных, получавших настой лука Розенбаха значительно повышался – 44,0±0,6 ммоль/л (85,6%).

Исходя из этого, следует подчеркнуть, что настоем лука гигантского Регеля по всем показателям несколько превышал гиполлипидемическое действие настоя лука Розенбаха.



Настой подорожника также понижал содержание общих липидов и липопротеидов: уровень ОХС до  $2,1 \pm 0,1$  ммоль/л (121%), ТГ -  $2,0 \pm 0,1$  ммоль/л (143%), ХМ до  $34,2 \pm 0,5$  ммоль/л (114%), ЛПНП -  $3,6 \pm 0,1$  ммоль/л (117%), повышал содержание ЛПВП -  $41,5 \pm 0,4$  ммоль/л (80,4%). Однако, эти показатели во многом уступали настоям листьев луков Розенбаха и гигантского Регеля.

Таким образом, настои луков Розенбаха и гигантского Регеля оказывают нормализующее действие на показатели обмена липидов и липопротеидов, которые резко нарушены при ГХСД, что имеет важное практическое значение для профилактики и лечения не только ожирения и атеросклероза, но и ряда других патологий, патогенез которых тесно связан с нарушением обменных процессов. Лечение настоями луков также положительно влияет на динамику веса крыс во все сроки эксперимента.

Гиполипидемический эффект настоя лука гигантского Регеля превосходил действие настоя лука Розенбаха.

**Выводы.** Настои луков Розенбаха и гигантского Регеля могут быть рекомендованы в качестве биологически активной добавки (БАД) в комплексной терапии больным с метаболическим синдромом (атеросклероз, ожирение, сахарный диабет и др. заболевания, сопровождающиеся нарушением обмена веществ), весеннем гиповитаминозе.

#### **Список литературы.**

1. Ишонкулова Б.А. Таърихи омузиши гиёхҳои шифобахши Тоҷикистон ва рушди он. / Б.А.Ишонкулова, М.В.Урунова, У.П. Юлдашева // Сборник статей 61-ой годич. НПК ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, 2013.-С.55-56
2. Bruneton, J. Farmacognosia. Fitoquimica. Plantasmedicinales. Zaragoza. Acribia S.A. 2001. - 1100p.
3. Gunstone, F.D. Fatty Acid and Lipid Chemistry / F.D. Gunstone. – Glasgow: Springer Science+Business Media, 1996. – 438 p.

*Ишонкулова Б.А., Музафарова М.Х. Насруллоева М.Х.*

### **ИЗУЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НАСТОЯ ЛИСТЬЕВ ЛАВРА БЛАГОРОДНОГО**

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Целебные свойства лавра благородного были хорошо известны еще в древности. Лавровое масло издавна использовалось для лечения столбняка, лихорадки, нервных тиков лицевых мышц. Из-за дезинфицирующих и инсектицидных свойств листья применялись в профилактических целях, для предупреждения распространения холеры, дизентерии и малярии, а дым от сжигания древесины и масла лавра — для отпугивания комаров, москитов и муравьев [2]. Народные целители утверждали, что отвар листьев лавра, принимаемый внутрь, останавливает обильные месячные. Гиппократ рекомендовал употреблять лавровое масло против тетануса, а листья — для успокоения болей при родовых потугах. Гален же применял лавр при мочекаменной болезни. Персидский врач ар-Рази использовал листья как специфическое средство при первом тике лица.

По описаниям Авиценны, все части лавра сильно согревают и сушат. Лавр является хорошим средством от расслабления нервов, общего паралича и паралича лицевого нерва, помогает при опухолях печени и селезенки, при коликах, при болях в суставах. В средневековье плоды лавра применяли при кашле и как хорошее ранозаживляющее средство для волосистой части головы. Лавр обладает противовоспалительным, спазмолитическим, обезболивающим, отхаркивающим, мочегонным, успокаивающим, антисептическим, дезинфицирующим, гипогликемическим эффектами, регулирует солевой обмен [1]. В листьях лавра содержится 0,4-1,0% лаврового эфирного масла, 50% которого составляет цинеол. Кроме того оно включает пинен, терпинеол, фелландрен, гераниол, линалоол, эвгенол, метилэвгенол, сесквитерпеновые соединения, а так же уксусную, валериановую и капроновую кислоты и их эфиры. Плоды содержат до 0,8% эфирного и 24-26% жирного масла. Все части растения содержат дубильные вещества, смолы, горечи, которые придают им типичный ароматный запах и приятно-горький вкус [3].

В народной медицине лавровое масло применяется при лечении хронических холециститов и желчнокаменной болезни, ревматического артрита, подагры, вялых параличей, при спастических болях, а водные извлечения из листьев применяются при лечении сахарного диабета и лихорадки [5].

Лавр широко применяется и в современной медицине. Он входит в состав многих лекарственных препаратов как мочегонное, отхаркивающее, антивирусное, антисептическое и успокоительное средство. Применяется при нервных расстройствах, депрессии, бессоннице, хроническом холецистите, желчекаменной болезни, воспалении слизистой оболочки ротовой полости, простуде и ангине.

Чай из лавра снижает уровень сахара в крови. Отвар из листьев возбуждает аппетит, улучшает процесс переваривания пищи, положительно влияет на работу внутренних органов, повышает иммунитет, поднимает настроение и повышает общий тонус организма [4].

В последние годы в литературных источниках указывается о применении лавра благородного в народной медицине при нарушении жирового обмена, повышении сахара в крови и других состояниях. Однако мы до сих пор не встретили научно-обоснованных работ по изучению подобных фармакологических свойств этого растения. С этой позиции мы задались целью провести ряд экспериментальных исследований для изучения целебных свойств лавра благородного.

**Цель исследования:** Изучение влияния настоя листьев лавра благородного на уровень холестерина в крови на модели гиперлипидемии у крыс.

**Материал и методы исследования.** В наших экспериментах действие настоя листьев лавра благородного на обмен липидов мы изучали общепринятым методом на 36 белых беспородных крысах обоего пола, весом 320-340 гр. Животным в течение 30 дней давали диету, содержащую холестерин, метилурацил, растительное масло и животный жир из расчета 1:4. Настой листьев лавра благородного готовили путем настаивания (1:10) на водяной бане в течение 25 мин.

Показателями оценки состояния липидного обмена при гиперхолестериновой диете у крыс служили следующие параметры: общий холестерин, уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** У контрольных белых крыс (нелеченные крысы) содержание общего холестерина по сравнению с интактными повысилось до  $3,10 \pm 0,08$  ммоль/л, триглицеридов до  $0,89 \pm 0,07$  ммоль/л и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) повысилось до  $10,0 \pm 0,06$  мг% (табл. № 1). Что касается липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), то их уровень по сравнению с интактными незначительно снизился, и был равен  $22,3 \pm 0,07$  мг% (табл. № 1).

У крыс, получавших настой листьев лавра благородного показатели заметно улучшились. Достоверно уменьшилось содержание холестерина ( $2,30 \pm 0,08$  ммоль/л) и триглицеридов ( $0,76 \pm 0,06$  ммоль/л) ( $P < 0,001$ ). Одновременно с этим, снижалось содержание ЛПНП до  $9,0 \pm 0,05$  мг%, а содержание ЛПВП намного повысилось (табл. № 1).

Таблица 1.

**Влияние настоя листьев лавра благородного на обмен липидов в сыворотке крови у белых крыс при экспериментальной гиперлипидемической диете в течение 30 дней**

Показатели	Серия опытов и дозы в мл/кг массы		
	Интактные дистил. вода 5 мл/кг n=12	Контрольные нелеченные+дистил. вода 5мл/кг n=12	Настой листьев лавра благородного 5мл/кг n=12
Общий холестерин, ммоль/л	$2,10 \pm 0,05$	$3,10 \pm 0,08$ <0,001	$2,30 \pm 0,08$ <0,001
Триглицериды, ммоль/л	$0,60 \pm 0,04$	$0,89 \pm 0,07$ <0,01	$0,76 \pm 0,06$ <0,01
ЛПНП-β-липопротеиды мг%	$8,4 \pm 0,03$	$10,0 \pm 0,06$ <0,001	$9,0 \pm 0,05$ <0,001
ЛПВП-λ липопротеиды, ммоль/л	$51,2 \pm 0,05$	$22,3 \pm 0,07$ <0,001	$48,3 \pm 0,04$ <0,001

**П р и м е ч а н и е:** P - достоверность различий показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе

Итак, настой листьев лавра благородного оказал эффективное гиполлипидемическое действие при гиперлипидемии у крыс в эксперименте.

**Выводы.** Таким образом, настой листьев лавра благородного можно рекомендовать больным при болезнях, сопровождающихся нарушением липидно-жирового обмена в комплексной фармакотерапии с другими синтетическими средствами.

**Список литературы.**

1. Абуали ибни Сино Абуали ибни Сино. «Канон врачебной науки». /Абуали ибни Сино. Кн.2 – Ташкент, изд-во АН Узб. ССР. - 1966, 820 с.
2. Бердимухамедов Г.Б. Рустаниҳои шифобахши Туркменистон / Г.Б.Бердимухамедов.-Д.:Ирфон. 2010. 52 с.
3. Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана / Б.А. Ишанкулова.- Д.: типография ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2015- 193 с.
4. Лебеда А. Ф. и др. Лекарственные растения. Самая полная энциклопедия / А.Ф. Лебеда и др. / Научн. ред. Н. Замятина. - М.: АСТ-пресс книга, 2009. - С. 138.
5. Braun R. Standardzulassungen für Fertigarzneimittel/ R.Braun ed, Stand: Dezember, 2004. Stuttgart, Deutscher Apotheker Verlag, 2005. –P. 78-79

*Ищенко И.О., Царакаев В.Б., Пюрвеев С.С.*

**ОСЬ МИКРОБИОТА-КИШЕЧНИК-МОЗГ В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет  
Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики. Россия

**Актуальность.** Число заболевших болезнью Паркинсона (далее – БП) в период с 1990 по 2016 год увеличилось вдвое и составило 6 миллионов человек. Прогноз указывает на то, что к 2040 году данный показатель может вновь вырасти вдвое. Увеличение числа заболевших связывают с ростом продолжительности жизни, ведь дебют заболевания приходится как раз на возраст, равный приблизительно 65 годам [4]. Изначально считалось, что БП характеризуется гибелью дофаминергических нейронов в чёрном веществе головного мозга. Позже выяснилось: страдает не только дофаминергическая система, но и норадренергическая и серотонинергическая системы. Кроме того, скопление α-синуклеина (белок, который связывают с возникновением БП) обнаруживается в мейсснерова и аруэрбахова сплетениях. Патогенетическими механизмами в БП считают нейровоспаление, образование активных форм кислорода, нарушение убиквитин-протеосомной системы, митохондриальные дефекты [1,5]. Нейровоспаление может быть как в роли триггера, так и вторичной реакцией [3].

**Цель исследования.** Оценить влияние микробиоты кишечника на функционирование центральной нервной системы и взаимосвязь нервной системы и кишечного тракта с клиническими проявлениями БП.

**Материалы и методы исследования.** Проведён анализ научной и методической литературы, посвящённой данной проблематике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Микробиота пациентов с БП отличается от здоровых людей, так у пациентов с БП отмечается снижение Prevotellaceae, являющихся индикатором снижения муцина, уменьшающего клеточную проницаемость, это приводит к действию эндотоксинов, и вследствие этого повышению уровня α-

синуклеина. Также происходит снижение *Fecalibacterium prausnitzii* и *Lactobacillaceae*, которые выделяют метаболиты, оказывающие противовоспалительный эффект. У пациентов с БП зачастую имеются воспалительные заболевания полости рта, в связи с этим наблюдается появление условно-патогенной флоры (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* и другие) [2]. Со стороны микробиоты проблематично выделить конкретный этиологический фактор в развитии БП, но следует отметить, что он является многокомпонентным. Для лечения больных с БП применяется антипаркинсоническая терапия, но для коррекции микробиоты применяются антибиотики, пробиотики и даже фекальную трансплантацию. Коррекция дисфункции микробиоты может значительно улучшить состояние больных, что подтверждено экспериментальными данными и клиническим опытом [1,3].

**Выводы.** Дисбиоз кишечника приводит к деструкции не только слизистой оболочки, но и нижележащих структур, в числе которых подслизистое (Мейсснера) и межмышечное (Ауэрбаха) нервные сплетения. Воспалительный процесс в энтеральной нервной системе приводит к накоплению аномальной формы  $\alpha$ -синуклеина, который, в свою очередь, ретроградно проникает в центральную нервную систему, где подвергается агрегации путем модификации и мисфолдинга и поражает черное вещество.

#### Список литературы.

1. Роль микробиоты желудочно-кишечного тракта в патогенезе болезни Паркинсона / И.В. Милюхина, Е.И. Ермоленко, А.С. Иванова, А.Н. Суворов // Неврологический журнал. – 2017. – №6. – С. 280–286.
2. Роль воспаления в патогенезе болезни Паркинсона / И.В. Милюхина, М.Н. Карпенко, А.А. Тимофеева, В.М. Клименко, А.А. Скоромец // Неврологический журнал. – 2013. – №3. – С. 51–55.
3. Связана ли микрофлора кишечника с болезнью Паркинсона? / А.В. Тяхт, В.М. Алифирова, Н.Г. Жукова, И.А. Жукова, А.В. Латыпова, Ю.С. Миронова, В.А. Петров, О.П. Ижболдина, М.А. Титова, М.А. Никитина, Е.С. Кострюкова, Ю.Б. Дорофеева, И.В. Салтыкова, А.Э. Сазонов // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – №5 (15). – С. 134–146.
4. The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic / E.R. Dorsey, T. Sherer, M.S. Okun, B.R. Bloem // Journal of Parkinson's Disease. – 2018. – Vol. 8, №1. – P. 3–8.
5. Neural and Immune Mechanisms in the Pathogenesis of Parkinson's Disease / F. Blandini // Journal of Neuroimmune Pharmacol. – 2013. – №1 (8). – P. 189–201.

*Каримова Б.И., Сафарзода Р.Ш., Халифаев Д.Р.*

### ТЕХНОЛОГИЯ ПРИЗВОДСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПОРОШКА ИЗ КЛУБНЕЙ ТОПИНАМБУРА

Кафедра фармацевтической технологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

**Актуальность.** С древних времен люди пытались справиться с различными недугами при помощи средств народной медицины. Они изготавливали препараты из трав, листьев, ягод, корнеплодов. Многие используют подобные лекарства до сих пор. Одним из средств народной медицины являются клубни топинамбура [1]. В связи с этим исследования и разработка лекарственной формы на основе топинамбура являются актуальной задачей.

**Цель исследования.** Разработка состава и технологии получения порошков и таблеток на основе клубней топинамбура.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования служили клубни топинамбура, культивируемого в экспериментальном участке Центра инновационного развития науки и новой технологии Национальной Академии наук Таджикистана, заготовленные в 2019 – 2020 г.г., собранные поздней осенью, отмытые от земли, освобожденные от корней, листьев и стеблей, высушенные в соответствии с требованиями сборника «Методические указания по сбору, сушке и хранению сырья -2007». Преобладающая форма клубней – грушевидная, продолговато-овальная, веретеновидная. Окраска клубней – белая, фиолетово - красная, светло-коричневая [2].

Анализ аскорбиновой кислоты осуществляли методом ВЭЖХ. Использовали хроматограф высокого давления, укомплектованный системой градиентной подачи элюента. [3]. УФ - диоднометрический детектор с компьютерной системой сбора и обработки результатов, функционирующий при следующих условиях: - колонка 250×4,6 мм, сорбент Kromosil 100–5C<sub>18</sub> с размером частиц 5 мкм температура термостата 38 °С длина волны детектирования 280 нм; подвижная фаза: ацетонитрил, 0,01% раствор фосфорной кислоты-градиентный режим элюирования, скорость элюирования 1мл/мин. В качестве стандарта использована аскорбиновая кислота фирмы (Sigma A-5960) [4].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для того, чтобы сделать порошок из клубней топинамбура, его необходимо предварительно высушить. Клубни топинамбура тщательно перебрали, выбирая здоровые, цельные (без повреждений), без гнили. Очистили от мелких корешков и кожуры, чтобы корнеплод не окислялся и не темнел — обработку лучше производить деревянным ножом. Подготовленные клубни предварительно замачивали в подсоленной воде с добавлением пищевой соды (8 г соды на 1 литр воды) в течение 8-10 минут. После очистки клубни нарезали кружочками, пластинками, перенесли на подносы с расстеленной пергаментной бумагой и разложили в один слой тонко нарезанные овощи, так, чтобы они не соприкасались друг с другом. Сушили при температуре 50-60 градусов до полного готовности, время от времени переворачивали кусочки топинамбура. Затем, высушенный топинамбур измельчили на электроизмельчителе ЭМ - 1 при скорости вращения ножей 5000 об/мин., просеяли через сито № 10 (ГФ Х1), номинальный размер отверстий 1,0 мм и хранили в герметичной таре из затемненного стекла в прохладном месте. Полученный порошок представлял собой легкую сыпучую массу светло-серого цвета с малой насыпной массой и плохой сыпучестью, что не позволили использовать метод прямого прессования. Поэтому использовали метод влажного гранулирования. Для достижения цели рассчитывали оптимальную дозу клубней топинамбура, выбрали оптимальный увлажнитель и оптимальный режим таблетирования.

В качестве увлажнителей для влажного гранулирования нами изучены: вода очищенная, спирт этиловый 70%, раствор метилцеллюлозы (МЦ) 0,5% и 10% спиртового раствора поливинилпирролидона. Для получения гранул порошок клубней топинамбура увлажняли указанными растворами до образования склеивающегося состояния. Затем масса протиралась сквозь сито из нержавеющей стали с размером отверстий 2,0 мм и сушилась при температуре 60°С

до остаточной влажности не более 7%. После сушки гранулят протирали сквозь сито 1,0 мм и затем оценивали свойства гранулята по таким показателям, как влажность, насыпная масса, сыпучесть и слипаемость. Значения сыпучести, насыпной массы и слипаемости представлены в таблице 1.

Таблица 1

Технологические характеристики гранулятов, полученных с различными увлажнителями

Показатели	Ед. изм.	Вода	70% спирт	1% р-р МЦ	10% спирт. р-р ПВП
Влажность	%	5,6±0,2	1,8±0,02	5,3±0,2	2,1±0,1
Насыпная масса	г/см <sup>3</sup>	0,23±0,01	0,21±0,01	0,18±0,01	0,25±0,01
Сыпучесть	г/сек	14,3±0,05	6,0±0,03	11,8±0,04	8,3±0,03
Слипаемость	н/м <sup>2</sup>	3,45±0,5	0,89±0,3	6,68±0,2	5,23±0,3
Прессуемость	Н	11,2±0,4	6,8±0,6	25,6±1,3	8,4±0,8
Давление выталкивания	МН/м <sup>2</sup>	2,5±0,15	1,8±0,12	3,9±0,22	4,2±0,35

Из приведенной таблицы видно, что оптимальными технологическими свойствами обладает гранулят, полученный при увлажнении 1% раствором МЦ, т.к. он имеет наибольшую насыпную массу, лучшую сыпучесть, наибольшую слипаемость. Кроме того, прессуемость и давление выталкивания находятся в приемлемых пределах. Учитывая то, что 1% раствор МЦ по всем технологическим показателям более оптимальный, поэтому мы выбрали его в качестве увлажнителя для получения таблеток из порошка клубней топинамбура.

Таблетки с образцами порошка из клубней топинамбура готовили с предварительной влажной грануляцией препарата.

Гранулят из порошка клубней топинамбура содержал в расчете на одну таблетку в г.

Порошок клубней топинамбура 0,5

Кислота аскорбиновая 0,1

Кислота лимонная 0,03

МЦ - 1% раствор 0,05

Кислота стеариновая 0,02

Общего веса таблеток 0,7 г.

Для приготовления гранулята в смеситель фирмы "ERWEKA" (Германия) с Z-образными лопастями загружали порошки клубней топинамбура, кислота аскорбиновая, кислота лимонная и перемешивали в течение 5 минут. Полученную смесь увлажняли 1%-ым раствором МЦ при перемешивании в течение 10 минут. К влажной массе добавляли стеариновую кислоту и перемешивали в течение 5 минут. Полученную смесь продавливали через гранулятор с диаметром отверстий 2 мм и сушили при температуре 60°C в течение 5 часов в сушильном шкафу; остаточная влажность гранула 3%.

В полученных гранулах определяли сыпучесть, насыпную массу и количественное содержание препарата. Результаты определения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сыпучесть, насыпная масса гранулята и содержание кислоты аскорбиновой

Технологический параметр	Уд. изм.	Показатели число
Сыпучесть	г/сек	5,74±0,04
Насыпная масса	г/см <sup>3</sup>	0,42±0,01
Количественное содержание кислоты аскорбиновой	Г	0,09±0,01

Из приведенной таблицы видно, количественное содержание кислоты аскорбиновой в грануле соответствовало заданным значениям.

При измерении числовые показатели сыпучести и насыпной массы гранулята, по сравнению с порошком увеличивались на 10%.

Таблетирование гранулята проводили на ручном гидравлическом прессе в прессформе с диаметром матричного гнезда 12,4 мм, при давлении прессования 120 МПа. Полученные таблетки по 0,7 г по внешнему виду, среднему весу, отклонению от среднего веса и количественному содержанию кислоты аскорбиновой отвечали требованиям ГФ Х111 изд.

**Выводы. 1.** Определены основные физико-химические и технологические характеристики порошка и гранулят, а в качестве связывающего агента выбран 1% раствор МЦ. 2. Полученные таблетки по внешнему виду, среднему весу, отклонению от среднего веса и количественному содержанию в нем действующих веществ отвечали требованиям ОФС1.4.1.0015.15.

#### Список литературы:

1. Баранова А.Г. Разработка технологии сухих диабетических продуктов из клубней топинамбура. Автореф., канд. тех. наук. 2015
2. Мордасов Д.М. Технические измерения плотности сыпучих материалов. / Д.М. Мордасов, М.М.Мордасов// г. Тамбов. Издательство ТГТУ, 2004. - 80 с.
3. Тишков Т.М., Погребняк А.В., Погребняк Л.В. Современные вспомогательные вещества // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1.;
4. Быков В.А., Демина Н.Б., Кеменова В.А. Изучение влияния различных факторов на высвобождение лекарственных веществ из матричных таблеток // Химико-фармацевтический журнал. — 2005 — №5. — С. 40-45

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ МЕЖБОЛЬНИЧНЫХ АПТЕК В МИРЕ И В УКРАИНЕ**

Кафедра социальной фармации Национального фармацевтического Университета, Украина

**Актуальность.** За последние десятилетия количество межбольничных аптек в Украине значительно сократилось. В то же время развитие экстемпорального производства в Украине упоминается в контексте евроинтеграции, так как в большинстве стран Евросоюза изготовление лекарств по рецепту является обязательным условием работы аптеки. Это связано, как с высокими требованиями лицензионных условий, выдвигаемыми к аптекам, которые занимаются изготовлением лекарств за экстемпоральными рецептами, так и высокой арендной платой, периодической нехваткой сырья и вспомогательных материалов у поставщиков. При этом, оказание фармацевтической помощи, ориентированной на пациента, осуществляется через аптеки и сопровождается такими необходимыми функциями, как консультирование, предоставление информации по лекарственным препаратам, мониторинг лекарственной терапии, а также включает обеспечение качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами. При этом роль аптек сводится к обеспечению населения только готовыми лекарствами промышленного производства. Особенно остро стоит вопрос обеспечения населения лекарственными препаратами индивидуального изготовления.

**Цель исследования.** Провести анализ современного состояния межбольничных аптек в мире и в Украине.

**Материал и методы исследования.** При проведении исследования нами использовались данные исследований Международной фармацевтической федерации (International Pharmaceutical Federation — FIP), а также обзорные статьи еженедельника «Аптека online».

**Результаты исследования и их обсуждения.** За результатами анализа установлено, что в США в 97% больниц есть межбольничные аптеки. В Сербии и Испании этот показатель составляет 95%. В Гане и Израиле аптеки функционируют в 70% больниц. В Финляндии этот показатель довольно низкий - 40%. В России в 44% больниц работают аптеки. Меньше всего госпитальных аптек в Австралии - в 30% больниц. Следует отметить, что если в больнице не функционирует аптека, это лечебное учреждение зачастую пользуется услугами другой межбольничной аптеки.

Наибольшее количество межбольничных аптек в перерасчете на душу населения – в Японии 6,8 на 100 тыс. населения. Минимум межбольничных аптек - в Нигерии (0,06 на 100 тыс. населения). В то же время в ряде развитых стран этот показатель также не является высоким: в Швеции - 0,8 госпитальных аптек на 100 тыс. населения, в Швейцарии - 0,7, а в Израиле и Германии - 0,5.

Впрочем, стоит отметить, что отношение к экстемпоральной рецептуре остается неоднозначным и в некоторых странах мира. Например, в Израиле и Португалии производство лекарственных препаратов в условиях аптеки запрещено. Так как считается небезопасным и нецелесообразным в условиях высокоразвитой фармацевтической промышленности.

Число межбольничных аптек с рецептурно-производственными отделами в Украине снижается из года в год. В это же время во многих ведущих странах мира изготовление лекарств по индивидуальному рецепту развивается и занимает на рынке значительную долю. Если, согласно данным лицензионного реестра, в Украине право на изготовление лекарственных средств на заказ имеют всего 395 аптек, то в Польше можно получить лекарственные препараты экстемпоральной рецептуры, в 99% аптечных учреждений.

Во многих экономически и индустриально развитых странах отмечается тенденция к возрождению функционирования межбольничных аптек. На Западе, в частности, в Польше, Венгрии, Германии и Франции, необходимость экстемпорального изготовления признана как медицинскими специалистами, так и самими пациентами и поощряется на государственном уровне. Например, в Польше реализация препаратов аптечного производства по рецепту составляют 20% от всех реализуемых лекарственных средств.

**Выводы.** Таким образом, международный опыт свидетельствует, что деятельность межбольничных аптек способствует эффективному использованию средств и рациональному применению лекарственных препаратов, что очень важно в условиях реформирования системы здравоохранения для обеспечения гарантированного объема фармацевтической помощи.

### **Список литературы.**

1. FIP. Мир фармацевтических данных. [Режим доступа]: [www.fip.org/news](http://www.fip.org/news)
2. Госпитальный рынок лекарственных средств. Аптека Online [Режим доступа]: [www.apteka.ua/article/489644](http://www.apteka.ua/article/489644)
3. Глобальный аптечный рынок. Часть первая: инфраструктура и ключевые характеристики. [Режим доступа]: <https://www.apteka.ua/article/349023>
4. Сегодня и завтра производственных аптек. [Режим доступа]: <https://www.apteka.ua/article/4591>

*Маджидова У.А., Раджабов Г. О., Ахророва М.О.*

## **УПРАВЛЕНИЕ РОЗНИЧНЫМ АПТЕЧНЫМ АССОРТИМЕНТОМ НА ПРИМЕРЕ АПТЕК ГОРОДА ДУШАНБЕ**

Кафедра фармакогнозии и ОЭФ, Учебный, научный и производственный центр «Фармация»,  
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В разные периоды развития отечественной фармацевтической науки и аптечного дела внедрялись отдельные методы фармацевтического менеджмента, причем до сих пор лидирующую роль продолжают играть традиционные методы управления. Наша роль в столь важном вопросе это -внедрение доступного метода управления розничной сети в аптечных учреждениях для улучшения качества обслуживания населения. Стихийный рост

конкуренции на региональном фармацевтическом рынке вынуждает представителей розничного аптечного сегмента внедрять в свою практику экономические инструменты управления продажами и выстраивать долгосрочные отношения с производителями и маркетинговыми ассоциациями, которые постепенно начинают полностью контролировать розничный ассортимент аптечных организаций (АО). Наблюдаемое явление приводит к снижению ассортиментной и ценовой доступности лекарственных препаратов, особенно тех, которые оказались вне маркетинговых договоров.

Для повышения конкурентоспособности частной аптечной сети весьма актуальным является внедрение новых подходов к формированию и управлению аптечным ассортиментом на основе концепции категорийного менеджмента, которая в настоящее время используется в фармацевтической практике недостаточно широко в связи с отсутствием адаптированных методических подходов к ее реализации в сфере лекарственного обращения.

**Цель исследования.** Разработка универсальных методических подходов к категориальному анализу и управлению розничным аптечным ассортиментом на примере аптек города Душанбе.

**Материал и методы исследования.** В качестве основного объекта исследования были выбраны ряд аптечных организаций и модель их организационной структуры, технологии проведения категоризации АО и универсальный подход к выбору индикаторных объектов с построением регрессионных моделей прогноза реализации экономических показателей на основе выполнения социальных задач АО, методический подход к категориальному анализу и управлению ассортиментной и ценовой доступностью ЛП и других ТАА с использованием совмещенных матриц многофункционального назначения, системы лекарственного обеспечения для решения организационных задач и оперативного управления ассортиментом розничной аптечной сети.

Также принято решение проводить базовые подходы к обучению фармацевтов-менеджеров основам категорийного менеджмента с использованием симуляционных и проектно-ориентированных образовательных технологий.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Научное и методическое обоснование использования данных технологий в отечественной фармацевтической практике представлено довольно узким перечнем работ, посвященных изучению отдельных элементов категорийного менеджмента: управление полочным пространством на основе изучения потребительских предпочтений, оптимизация товарного классификатора АО, ролевой анализ ассортимента, оптимизация логистики запасов и взаимодействия. Разработаны информационно-методические материалы для руководителей аптечных сетей, заведующих АО и специалистов в области управления ассортиментом ЛП и других ТАА. Теоретическая значимость работы заключается в формировании универсальных методических подходов к категориальному анализу и централизованному управлению ассортиментом аптечной сети, которые могут быть использованы для проведения дальнейших исследований в области управления ассортиментом вне зависимости от организационно-правовой формы собственности АО.

Практическая значимость результатов исследования заключается в повышении результативности и эффективности организационных процессов оперативного управления ассортиментом благодаря дифференциации ассортиментной и ценовой политики на основе категоризации АО и результатов изучения реального потребительского спроса. Проектирование уникальных ассортиментно-ценовых матриц для индикаторных АО способствовало повышению эффективности принятия управленческих решений для планирования структуры закупок ЛП и маркетинговых активностей, рационального использования ограниченных ресурсов аптечной сети и контроля мероприятий по реализации социальных задач обеспечения ассортиментной и ценовой доступности категории ЖНВЛП.

Для целей информационно-методического сопровождения разработаны методические пособия и рекомендации для фармацевтических специалистов, которые целесообразно использовать в работе аптечных сетей с централизованным управлением, и учебное пособие для использования в реализации образовательных программ профессиональной подготовки провизоров-менеджеров. Разработаны информационно-методические материалы для руководителей аптечных сетей, заведующих АО и специалистов в области управления ассортиментом ЛП и других ТАА.

**Вывод.** Исследование показали, что использование технологий категорийного менеджмента позволяет коммерческим организациям быть конкурентоспособными. Организовать и проводить обучение фармацевтов-менеджеров основам категорийного менеджмента с использованием симуляционных и проектно-ориентированных образовательных технологий.

#### **Список литературы**

1. Фармацевтический менеджмент: современные подходы к управлению аптечными организациями / М. А. Мищенко, С.В. Кононова, Н.Н. Чиснокова, Н.Н. Дадус, Е.В. Шаленкова, С.В. Петрова// Нижний Новгород- 2018. С. 45-50.
2. Фармацевтический менеджмент: организационное проектирование и анализ структур управления аптечных организаций. / М. А. Мищенко, С.В. Кононова, Н.Н. Чиснокова, Н.Н. Дадус, Е.В. Шаленкова, С.В. Петрова// Нижний Новгород- 2018. С. 55- 60.
3. Управление и экономика фармации. Том 3. Экономика аптечных организаций. /Е.Е. Лоскутова, И.В. Косова, Т.П. Лагутина, В.В. Дорофеева,Е.А. Максимкина, А.А. Теодорович/ 2008. С. 26-57.

*Маль Г.С., Оплимах К.С., Таранова К.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОТВЕТА СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ**

Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО КГМУ. Российская Федерация

**Актуальность.** В последние годы наблюдается повышенный рост числа госпитализаций и летальных исходов у пациентов, страдающих патологиями сердечно-сосудистой системы, в частности ишемической болезнью сердца (ИБС). Основная причина ИБС – это атеросклероз коронарных артерий, который возникает из-за нарушения липидного обмена и увеличением их содержания в крови. Гиполипидемическая терапия эффективна не для каждого

пациента. Поэтому поиск персонализированных критериев выбора лекарственных средств, их дозировок и индивидуальных подходов к фармакологической коррекции гиперхолестеринемий (ГХС) у кардиологических больных, приобретает особую актуальность.

В настоящее время, несмотря на прогресс в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, не решены вопросы об индивидуальном подходе к фармакокоррекции нарушений обмена липидов у кардиологических больных, так как эндогенный метаболизм используемых гиполипидемических лекарственных средств находится под генетическим контролем. В связи с этим, необходим поиск новых методов терапии, которые основаны на генетических особенностях.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ эффективности коррекции гиполипидемическими препаратами нарушений обмена липидов ингибиторами синтеза (розувастатин) и абсорбции (эзетимиб) холестерина в сочетании с комплексной терапией у пациентов с ишемической болезнью сердца с учетом фармакогенетики.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось простым проспективным методом. В исследовании приняли участие 14 человек, мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения I ФК с первичной изолированной гиперхолестеринемией, в возрасте от 50 до 55 лет, не подвергавшиеся ранее статинотерапии.

Пациенты исключались из исследования на основании определенных критериев: индивидуальная непереносимость препаратов из группы статинов; побочные эффекты от лечения; полиморбидная патология, оказывающая влияние на липидный обмен; отказ пациента от участия в данном исследовании.

Фармакокоррекция проводилась с помощью препарата розувастатин в дозировке 10 мг в сутки. При недостаточном эффекте розувастатина к восьмой неделе (III точка) по показателю холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП 1,8 ммоль/л), больному назначалась комбинированная терапия с применением эзетимиба в дозировке 10 мг в сутки.

Традиционная схема лечения на этапе скрининга включала: кардиоселективный бета-блокатор (бисопролол 2,5-5 мг/сут.); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин 2,5-5 мг/сут.); ингибитор АПФ (периндоприл 10 мг/сут.); антиагреганты (кардиомагнил 75 мг/сут.).

Пациенты, которым требовалось назначение иных лекарственных средств, не включались в данное исследование.

Каждому пациенту было проведено стандартное общеклиническое обследование. Определение уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови проводилось в контрольных точках исследования при помощи энзиматического калометрического метода с применением диагностических наборов фирмы «Олвекс-диагностикум».

Геномная ДНК была выделена стандартным двухэтапным методом фенольно-хлороформной экстракции из венозной крови.

Генотипирование полиморфизмов NOS3 -786T>C (rs2070744), CETP Taq1B (+279G>A) (rs708272), LPL HindIII (T+495G) (rs320) проведено при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием TaqMan зондов для дискриминации аллелей на амплификаторе CFX96 Bio-Rad Laboratories с применением реактивов TaqMan SNP Genotyping Assays фирмы Applied Biosystems.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты данной работы показали, что при 8-недельной терапии розувастатином у больных ИБС в сочетании с изолированной ГХС, показатели липидного профиля значительно снизились. Каждое удвоение дозировки статина понижает концентрацию ХС ЛНП на 6%, а добавление ингибитора абсорбции холестерина понижает содержание ХС ЛНП на 20-25%. Нами выявлена эффективность терапии, включающей розувастатин и эзетимид.

При анализе влияния генотипов CETP на эффективность фармакокоррекции розувастатином и комбинированной терапией выявлено, что у гомозигот +279AA по данному полиморфизму имелись изначально не ярко выраженные нарушения показателей обмена, а именно общего ОХС, ХС ЛНП. Динамика изменений содержания холестерина высокой плотности (ХС ЛВП) при фармакотерапии розувастатином значительно отличалась у больных с генотипом +279AA в сравнении с другими генотипами CETP. Так, на фоне лечения розувастатином у гомозигот +279AA преобладал уровень ХС ЛВП (+27,3%), сравнительно с носителями иных генотипов (+16,7%) к 48-й неделе.

Не выявлено влияния генотипов CETP Taq1B на комбинированную гиполипидемическую фармакотерапию.

Полученные результаты анализа связи генотипов LPL с эффективностью гиполипидемического лечения розувастатином у пациентов с ИБС указывают на наибольшую предрасположенность гомозигот +495GG к нарушениям обмена липидов за счет высоких базальных уровней следующих фракций: ОХС, ХС ЛНП.

Гомозиготы по +495T аллелю проявили наибольшую резистентность на фоне фармакокоррекции нарушений липидного обмена розувастатином, но генотипы LPL не оказали влияния на эффективность комбинированного лечения.

На основании полученных результатов, полиморфные варианты NOS3 не оказали влияния на базальные уровни ЛП у пациентов с ИБС, за исключением содержания ТГ, и на эффективность комбинированного лечения, включающего ингибитор синтеза и абсорбции ОХС. У носителей генотипа -786CC наблюдалась резистентность к монотерапии розувастатином в качестве гиполипидемического средства, что проявилось наименьшим снижением показателей липид-транспортной системы.

#### **Выводы.**

1. Включение эзетимиба в дозировке 10 мг в сутки в схему гиполипидемической фармакотерапии пациентам с ИБС, стабильной стенокардией напряжения с изолированной ГХС и резистентным к ранее проводимому лечению розувастатином 10 мг в сутки, приводило к достижению целевых значений ХС ЛНП у 30% больных.

2. При монотерапии розувастатином носительство генотипа +279AA по полиморфизму CETP Taq1B ассоциировано с увеличением содержания ХС ЛВП на 27% в сравнении с генотипами +279GG/GA (16,7%) у больных кардиологического профиля.
3. Носительство генотипов +495GG и -786CC по полиморфизмам LPL HindIII и NOS3 -786T>C определяло наибольшую предрасположенность к нарушениям липидного обмена за счет более высоких атерогенных фракций липид-транспортной системы до фармакокоррекции и низкую эффективность розувастатина у больных кардиологического профиля.
4. Обнаруженное влияние генотипов на эффективность схем гиполипидемической терапии позволяет выработать персонализированный режим фармакологического контроля изолированной ГХС у пациентов, страдающих ИБС и стабильной стенокардией напряжения.

#### Список литературы.

1. Ершова А.К. О применении статинов у больных с артериальной гипертонией // РМЖ. 2010. № 22. С. 1–6.
2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр // Атеросклероз и дислипидемии. - 2017. - № 3. - С. 5-28.

*Мочалова А.Д., Клейменова Т.С., Некрасов М. С.*

#### ЭКСПРЕССИЯ СИСТЕМЫ KISS1/KISS1R ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ. Россия

**Актуальность.** Эндометриоз – заболевание, для которого характерно развитие внутриматочной ткани вне матки, протекающее с болевым синдромом и нарушением фертильности. При наружном генитальном эндометриозе эндометриоидные гетеротопии локализуются в области наружных половых органов: влагалище, ретроцервикальная область, яичники, маточные трубы, брюшина малого таза. [1]

На данный момент этиология эндометриоза не известна, на эту тему ведутся исследования и выдвинуто несколько теорий. Основной теорией является трансплантационная, суть которой заключается в том, что эндометриоидные гетеротопии развиваются из клеток эндометрия, перенесенных в брюшную полость при ретроградной менструации, вследствие этого происходит адгезия желез эндометрия и повышенная васкуляризация. Другой основной теорией является метапластическая. В соответствии с метапластической теорией очаги эндометриоза могут развиваться из мультипотентных клеток брюшины. [2]

**Цель исследования.** Выявление экспрессии системы KISS1/KISS1R при наружном генитальном эндометриозе.

**Материалы и методы исследования.** Основа теоретической части состоит в изучении научную литературу. В практической части проводили иммуногистохимию. В исследование было включено 5 групп пациенток: I степень НГЭ (n=10, средний возраст 34,25), II степень НГЭ (n=10, средний возраст 32,71), III степень НГЭ (n=10, средний возраст 29,22), IV степень НГЭ (n=10, средний возраст 29,63) и группа контроля (n=5, средний возраст 31,2). Степень НГЭ подтверждалась гистологией материала в соответствии с классификацией R-AFS. В исследуемых группах изучались эндометриоидные гетеротопии с брюшины. Контрольную группу составил аутопсийный материал от женщин, не имеющих гинекологических заболеваний и патологий эндометрия. Материал был получен из архива отдела патоморфологии ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта». Иммуногистохимический анализ проводился по стандартной методике: использовались первичные моноклональные антитела к KISS1 (1:140, Abcam) и KISS1R (1:300, Abcam). В качестве вторичных антител использовались антитела, конъюгированные с пероксидазой (Mouse and Rabbit Specific HRP Detection IHC Kit, abcam). Для оценки результатов иммуногистохимического окрашивания проводили морфометрическое исследование с использованием системы компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящей из микроскопа Olympus, цифровой камеры Olympus-BX46 и программного обеспечения «CellSens Entry». В каждом случае анализировали 5 полей зрения при увеличении 400x. Из фотосъемки исключались поля зрения, содержащие дефекты ткани, дефекты окрашивания и артефакты. Фотосъемку проводили на увеличении 400× (окуляр 10×, объектив 40×), с полным открытием апертурной диафрагмы, при поднятом конденсоре, время экспозиции 40,0 мс, чувствительность камеры - максимальная, размер изображения 2080×1544 пикселей, графический формат изображения JPEG (normal). Дальнейшее количественное исследование проводили с помощью программы компьютерного анализа изображений «Морфология 5.0» (ВидеоТест, Россия). При наличии положительной реакции на антитела было измерено два параметра: оптическая плотность и относительная площадь экспрессии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведения иммуногистохимии были выявлены патогенные образования в виде желез эндометрия, с характерным однослойным призматическим или уплощенным эпителием. Было выявлено нарушение расположения ядер в клетках желез, а также отмечалась десквамация эпителия [3]. Так же при дальнейшей работе были обнаружены существенные различия между относительной площадью экспрессии белка KISS1 и его рецептора KISS1R. В результате проведения работы было выявлено пониженное содержание KISS1 и KISS1R у пациенток с НГЭ по отношению к контрольной группе.

Относительная площадь экспрессии KISS1 и KISS1R отличается между контрольной группой и II степенью, а также между контрольной группой и III степенью. Средние значения относительной площади экспрессии - 25,8 % при I степени, 17 % при II степень, 23,9 % при III степени, 28,1% при IV и 32,9% в контрольной группе. Площадь экспрессии, как KISS1, так и его рецептора во II степени статистически достоверно - меньше площади экспрессии контрольной группы (p=0,02, p=0,0007 соответственно). Также площадь экспрессии кисспептина и его рецептора в эндометрии при III степени ниже, чем в контрольной группе (p=0,03, p=0,002 соответственно). Статистически достоверно значимых различий между контролем и I степенью (p=0,234), а также контролем и IV степенью (p=0,178) обнаружено не было, но содержание KISS1 и KISS1R на этих стадиях понижено относительно контрольной группы.



Пониженное содержание KISS1 и KISS1R свидетельствует о сниженной работе белка, а повышенное содержание белков в контрольной группе может свидетельствовать о том, что KISS1 и KISS1R обладают способностью предохранять организм от развития НГЭ.

**Вывод.** При проведении иммуногистохимического анализа были обнаружены эндометриодные гетеротопии, которые локализованы на брюшине. Наблюдается пониженная экспрессия KISS1 и KISS1R, которая позволяет выдвинуть предположение о сниженной функциональной способности белков, в результате чего происходит активное развитие НГЭ. Повышенное содержание KISS1 и KISS1R может говорить о том, что белки обладают способностью предотвращать возникновение или дальнейшее распространение НГЭ.

На данный момент проведено мало исследований по теме влияния кисспептина (KISS1) и его рецептора (KISS1R) на репродуктивное здоровье женщины и возможность использования KISS1 и KISS1R в роли маркеров для выявления эндометриоза, но при дальнейшем изучении системы KISS1/KISS1R можно будет говорить о создании таргетной терапии для лечения заболеваний, связанных с нарушением фертильности, а также использования в терапевтической практике при различных гинекологических заболеваниях. [4]

#### **Список литературы.**

1. Ярмолинская М.И. Наружный генитальный эндометриоз: пособие для врачей/ Ярмолинская М.И., Тарасова М.А., Сельков С.А., Баранов В.С., Рулев В.В; ред. Э.К. Айламазян. – СПб: Изд-во Н-Л, 2010. – 84с
2. Стрижаков А.Н. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты/ Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. «МЕДИЦИНА», Москва 1996
3. Лазарев П.Э, Репина С. В., Пюрвеев С. С. Гистологическая характеристика эндометриоза и его влияние на репродуктивную функцию//Forcipe. – 2019. – Т 2. № S – С. 367-368.
4. Дробинцева А.О. Экспрессия кисспептина и его рецептора при наружном генитальном эндометриозе / А.О. Дробинцева, Т.С. Клейменова, В.О. Полякова //Молекулярная медицина. – 2016. – Т.14, №5. – С.55-59.

*Мочалова А.Д., Некрасов М. С., Пюрвеев С. С.*

### **НЕЙРОПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА АНТАГОНИСТОВ NMDA-РЕЦЕПТОРОВ НА ПРИМЕРЕ АМАНТАДИНА ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

**Актуальность.** Острая печеночная недостаточность (ОПН) одна из наиболее угрожающих жизни осложнение заболеваний печени, требующая срочной реанимационной помощи. Прогрессирование ОПН приводит к развитию полиорганной недостаточности, гепатоцеребрального синдрома и вследствие этого развитию печеночной комы. Приводящая к гипераммониемии из-за нарушения детоксикации аммиака в печени. Так же происходит активацией глутаматных рецепторов типа NMDA в головном мозге и может быть предотвращена антагонистами, блокирующими эти рецепторы. Острая печеночная недостаточность также приводит к гипераммониемии и чрезмерной активации NMDA-рецепторов в головном мозге, приводящая к наращению функций нейронов. [1]

В 1967 году в США был синтезирован Амантадин (Симметрел), он применялся для профилактики гриппа типа А. На данный момент Амантадин успешно применяют при лечении болезни Паркинсона, так как его главным эффектом является нейротропность. Суть нейропротекторного эффекта заключается в блокаде NMDA-рецепторов дофаминергических нейронов чёрной субстанции головного мозга, в результате чего происходит пониженное поступление ионов кальция в них, что препятствует их разрушению. [2]

На данный момент проведено мало исследований на тему влияния Амантадина на работу печени, но ведутся работы и выявлены следующие механизмы влияния лекарственного вещества на работу печени:

1. По средствам инактивации NMDA-рецепторов головного мозга.
2. При стимуляции синтеза дофамина.

**Цель исследования.** Изучить влияние антагонистов NMDA-рецепторов на функциональную способность работы печени и их нейропротективный эффект при печёночной энцефалопатии.

**Материал и методы исследования.** Поиск и анализ российских и зарубежных литературных источников, научных статей, по ключевым словам, в электронных базах данных: Google Scholar, Scopus, Web of Science.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Высокие концентрации внеклеточного глутамата положительно коррелировали с тяжестью энцефалопатии и концентрацией аммиака в артериальной крови. Такие изменения могут быть результатом вызванного аммиаком снижения способности астроцитов поглощать глутамат, что может способствовать патогенезу печеночной энцефалопатии и отека мозга при острой печеночной недостаточности. Амантадин обладает антагонистическим действием по отношению к NMDA-рецепторам. Препарат быстро и обратимо связывается с рецептором, в результате этого происходит инактивация NMDA-рецепторов и уменьшение выделения аммиака.[2] Так же Амантадин стимулирует синтез и секрецию дофамина, предотвращает его обратный захват. В результате этих процессов дофамин повышает антиоксидантную функцию печени. [3,4] Выяснено, что чрезмерная активация NMDA-рецепторов также негативно влияет на функцию почек. Ингибирование NMDA-рецепторов антагонистом – Амантадином сопровождается усиленным выведением аммиака с мочой и предотвращением гипераммониемии, которая характерна для острой печеночной недостаточности. [2]

**Выводы.** Дальнейшее исследование данной темы может позволить использовать Амантадин для лечения заболеваний, связанных с функциональными нарушениями работы печени путем блокировки NMDA-рецепторов, снижения концентрации аммиака, стимуляции синтеза дофамина. Нами был сделан вывод, что блокирование рецепторов NMDA улучшит выживаемость пациентов с острой печеночной недостаточностью, и отсрочит риски развития тяжелых неврологических нарушений путем уменьшения количества аммиака, что даст время для ожидания донорской печени.

## Список литературы.

1. Преображенская ИС. Антагонисты NMDA-рецепторов в лечении пациентов с сосудистыми когнитивными нарушениями // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014 – №2 – С. 69–74.
2. Cauli, O., González-Usano, A., Cabrera-Pastor, A., Gimenez-Garzó, C., López-Larrubia, P., Ruiz-Sauri, A., ... Felipo, V. Blocking NMDA Receptors Delays Death in Rats with Acute Liver Failure by Dual Protective Mechanisms in Kidney and Brain// NeuroMolecular Medicine. – 2013 – Т. 16. – №2 – P. 360–375.
3. Бычков Е.Р., Лебедев А.А., Ефимов Н.С., и др. Особенности вовлечения дофаминергической и серотонинергической систем мозга в положительные и отрицательные эмоциональные состояния у крыс // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2020. – Т. 18. – No 2. – С. 123–130.
4. Бычков Е.Р., Карпова И.В., Крюков А.С., Ефимов Н.С., Пюрвеев С.С., Лебедев А.А., Шабанов П.Д. Обмен моноаминов в прилежащем ядре и стриатуме при активации положительных и отрицательных эмоциогенных зон латерального гипоталамуса у крыс // Наркология. – 2020. – Т. 19. – № 5. – С. 38-43.

*Назаров М. Н., Назаров Н. М., Борониев Н. С.*

## СИФАТИ БОТАНИКИВУ ФАРМАКОГНОСТИИ РУСТАНИҲОИ ШИФОБАХШИ БИСЁРСОЛАИ МАВЗЕҲОИ БОДИЯИ ТОҶИКИСТОН, ИСТИФОДА ВА ҲИФЗИ ОНҲО

Кафедраи фармакогнозия ва ташкилу иқтисоди фарматсияи МДТ «ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

**Мухиммият.** Дар бораи боигарии табиати кишвар, махсусан рустаниҳои муфид, аз он ҷумла рустаниҳои шифобахши он ва мавсими истифодаву ҳифзи онҳо маълумот доштан ниҳоят муҳим мебошад.

**Мақсади тадқиқот.** Барои омодагии аҳоли нисбат ба муҳлатҳои ҷамъ овардан ва самаранок истифода намудани ашёи рустаниҳои шифобахши бисёрсола ва ҳифзу парваридани онҳо дар қитъаҳои назди ҳавлӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Рустаниҳои табиатан худрӯйи бисёрсолаи шифобахш аз реша то танаву тухми манбаи моддаҳои фаъоли биологӣ мебошанд. Онҳо дар мавзеҳои бодияву партов ва ё дар таркиби флорокойноистипҳои гурӯҳҳои обдӯст ва ба камобӣ тобовари тамоми ноҳияҳои маъмурии ҷумҳури вомехӯранд. Дар раванди омӯзиши фардҳои намудҳои ҷудоғона ва фитокойносҳое, ки онҳо меофаранд, аз усулҳои тадқиқоти геоботаникӣ (ПГ) истифода намудем.

**Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо.** Даври инкишофу тараққиёт аз неш задани тухми то ба ҳосил шудани тухмиҳои нав якҷанд сол идома дорад. Дар байни онҳо намудҳои рустаниҳои бисёрсолае вомехӯранд, ки бо сураъти баланд месабаданд. Он гурӯҳи рустаниҳои бисёрсолае, ки нисбатан дар давоми мавсим тараққиёти бардавом доранд, ба зергурӯҳҳои тирамоҳӣ, баҳорӣ ва ҳатто зимистони мансубанд ва дар зер чун намуна сифати ботаникиву фармакогностики баъзе аз онҳоро мутобик ба алифбои тоҷики, пешниҳод менамоем.

**Коснии муқарарӣ, чачароску, чачрақӣ - *Cichorium intybus* L.** аз оилаи **Кавкабгулон – Asteraceae** Бисёрсолаи алафӣ, обу рӯшанидуст ва ба гармии сардӣ то, овар. Танаи рости тегадори урӯн ё андаке патноки серпоя, 30-140 см баланд. Баргҳои наздирешавӣ умуман баракси байзавии дарозрӯя буда, паршақл тақсим шудаанд. Баргҳои тана ва пояҳо нештаршақлу дандонадоранд ва асоси поячаҳои барг ҷунон васеъ шудаанд, ки гуё тана, аз бағали барг, берун шуда бошад. Баргҳои болоӣ андозаи хурд дошта, нишастаанд. Сабадчаҳои дар гулпояҳо нишаста, нештаршақл ё секунҷаи тангро, мемонанд. Онҳо аз рӯй бо пати чингила ва аз пӯшт - чингила, ё пати чингилаи пӯлакчадор, пӯшида шудаанд. Кутри сабадча 1-1,5 см, ва баландӣ 1,5-2 см аст. Сабадчаҳо нишастаанд ё дар гулпояи чун сӯзанак ғафшудаи нисбатан дароз, ҷойгиранд. Гулбаргҳои гул 1,2-2,5 см дарозанд, ранги осмонӣ ва ҷилоҳои гуногун доранд. Ранги тухм, аз зардча то ҷигарии баланд аст. Пӯпаки тухми 0,2-0,8 мм дарозӣ дорад. Июну август гунҷаю гул намуда, июлу октябр тухми он, пухта мерасад.

Дар тамоми ноҳияҳои Ҷумҳури вомехӯрад, ғайр аз Помир. Элементи географӣ – плюрирегионалӣ ё космополит.

Решаҳои онро дар охири тирамоҳ ё аввали баҳор ҷамъоварӣ мекунанд. Аз 5.- 7 с/г. Ашёро то 3 сол истифода менамоянд.

Инулин то 49%; гликозид «интибин» - 0,032 – 0,099%. Тӯдагулони сабадак гликозиди сикориин. Баргу тухми он дорои инулин аст. Дар таркиби шарбати ширмонанд, моддаҳои талхмаза –лактусин, лактукпикрин ва тараксестерол мавҷуд мебошанд. Баргҳо: навруста (дар мг%) – каротин 14,8, витамини С 381,4; дар ҳолати гул (дар мг%)– каротин 25,3, витамини С 253, моддаҳои даббоғӣ 2,3; дар алаф дар ҳолати гул (дар мг%)– витамини С 69,6, каротин 1.28.

Чой, дамбаи реша, барои табобати касали қанд, муътадил гардонидани силсилаи узвҳои ҳазми ғизо, ихроҷ ва нафасгирӣ, касалиҳои ҷигар, захми меъда ва ғайра, истифода мекунанд. Решаи он ба силсилаи ҳазми ғизо, муқобили микробҳо ва пасткунандаи микдори қанд дар хун (Йорданов, 1976; Доброхотова, 1980), истифода бурда мешавад.

Чилбуғуми саҳроӣ - *Equisetum arvense* L. аз оилаи Чилбуғумҳо – Equisetaceae. Бисёрсолаи алафии обу гармӣ ва соядӯсти хоқаофарандаи (спорофарандаи) рағу дастадори мукамал. Вай дар ду даври тараққиёти ҳаётӣ, ки бевосита барои ҳамин ин намуд хос аст, ду навъ тана ҳосил менавҷад. Танаи баҳории хокистарранг, аз пояреша сабзида, бо стробилаи хоқаофаранда, интиҳо меёбад. Пас, аз ҳосилу паҳн шудани хоқаҳо (апрел-май), фаъолияти он, қатъ мегардад. Ба ивази он, аз ҳамон пояреша, танаҳои сабзи шохчадор, ибтидо мегиранд, ки баландии онҳо ба 50-60 см мерасад. Онҳо қобилияти гузаронидани фотосинтез дошта, то охири фасли тирамоҳ, фаъолият менамоянд ва моддаҳои ғизоиро, барои дар мавсимӣ баҳорӣ оянда, сабзидани танаҳои хоқаофарандаи баҳорӣ, дар пояреша захира мекунанд.

Барои танаҳои нашвиӣ пояҳо, «стробилаҳои» хоқаофаранда хос нестанд. Онҳо саҳт, яқояк, қирадор, пайвандӣ ва тӯда тӯда поядор, ҷойгиранд. Танаҳои буғумдор, дорои 4-5 қира мебошанд. Баргҳо таракки наёфтаанд ва ба ивази онҳо, остинаҳои дандонадори найчагӣ, вомехӯранд. Дандонаҳои остинаки тана, ки

хар як бугум, бо онҳо интиҳо меёбад, секунҷаи-нештаршакл, сиёҳи-хокистарӣ ва 2-3-тоги бо якдигар часпида, васл шудаанд. Онҳо, дар пояҳои сабзи паҳлугӣ, пардагӣю нугтези нисбатан дароз мебошанд. Чилбугум дар мавзеҳои сернам мерӯяд. Элементи географӣ-голарктикӣ.

Алафи онро, тобистон (июн-июл) чамъоварӣ намуда, дар майдонҳои кушод ё дар манзилҳои шамолрас, хушк мекунад. Аз 1 га 300 кг. Нигоҳдорӣ ашё 2 сол.

Дар таркиби алаф сапонинҳо, протенинҳо (сафедаи хом) то 17%, сафеда то 16%, чарб 3-35%, андаке клетчатка. Кислотаи силитсий (кремнекислоты) 22-28% ва микдори зиёди қандҳои тахфифшаванда (редуцирующим), изи алкалоидҳо-палюстрин, никотин ва ғайра, 1-5% сапонини эквизетин, флавоноидҳо (эквизетрин, изокверцитрин, лютеолин ва ғайра), каротин то 4-7 мг%; витамини С 30-190 мг %, ситостерин, диметилсульфон (Атл.ас.,1980. Кислотаҳои себ, аконит, шилха, моддаҳои даббоғӣю тунд ва ғайра (Ловкова и др., 1990).

Чушонда ва дамбаи чилбугумро, барои табобати касалиҳои тарбод, санги роҳҳои ихроҷ, талхадону чигар, силсилаи узвҳои нафаскашию сил (истико) ва ҳангоми табобати хунравии бачадон, истеъмоли мекунад. Инчунин, аз ашёи хоми чилбугум, барои табобати захмиҳои берунӣ, касалиҳои пуст (экзема), пардаҳои луобии даҳон, захми меъда ва чун пешоброн, васеъ истифода мебаранд.

Чилбугум хосияти пешобронӣ, хунқатъкунӣ, зидди газакӣ ва дезинфексионӣ дорад. Онро чун дар тибби халқӣ, дар намуди чӯшоба, дамба ва қиём (экстракт), чун маводи шифогӣ, барои табобати силсилаи дилу рағҳои он, газаки шошадон, варами шуш (плеврит) ва вайрон шудани мубодилаи силикат, ба тарзи васе истифода мебаранд.

**Истисно:** Ҳангоми касалиҳои вазнини гурда – нефрит ва нефрозҳо, Чилбугумро истифода бурдан манъ аст, чунки вай қобилияти ангезандагӣ дорад ва таносубан, газаки гурдаро, афзун мегардонад.

**Шалха, шулха, туршак - Rumex acetosa L.** аз оилаи **Торонгулон – Polygonaceae**. Бисёрсолаи обу гармӣ ва рӯшанидӯсти алафи. Узвҳои наркинак 60-80 см баланд. Пояҳои урён дорои новакчаҳо буда, гулҳои чудочинса ва духонагӣ дар тӯдагули чорубак муттаҳиданд. Дар замин вай патакрешаи нисбатан ғафсӣ серпанҷа дорад. Баргҳои шулха соддаи пояҷадоранд. Шакли онҳо дарозрӯяи байзагӣ ё дарозрӯяи пайконшакл. Баргҳои наздирешагӣ 4-8 см дароз ва 2-3 см васеъанд. Поячаҳои барг нисбат ба лавҳача 2-3 маротиба дарозанд. Лавҳачаи баргҳои поёнии поя, нисбати поячаҳои он, хеле дарозу баргҳои бологии поя–нишастаанд. Тухмӣ–чормағзаки секирраи ялақосӣ ва ранги чигарии баланд дорад. Июно июл гулу мева ҳосил мекунад.

Дар ноҳияҳои ҷудогона махсус парвариш карда мешавад. Мумкин, худрӯй ҳам бошад. Элементи геграфӣ- плюрирегионалӣ ё космополит.

Мева, барг ва решаҳои онро дар тиб, вазеъ истифода мебаранд. Тухмӣ ва меваро дар августи сентябр, решаҳоро дар тирамоҳ ё аввали баҳор чамъоварӣ менамоянд. Онҳоро дар ҳавои кушод ё дар соя ё дар танур дар ҳарорати 60°C мехушконанд. Дар таркиби онҳо кислотаҳои органикӣ: шулха. Витаминҳо: В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, С, К, РР, каротин. Моддаҳои даббоғӣ. Кумаринҳо. Флавоноидҳо: кверцетин, гиперин, рутин. Антрохинонҳо: хризофанол, эмодин, фисцион. Рӯғани чарб. Дар узвҳои, ки дар болои замин ва дар зери замин ҷойгиранд, таносубан ба фаслҳои сол, дар баҳору тобистон-узвҳои боло ва тирамоҳу замистон-узвҳои зеризаминӣ, аз пайвастиҳои дар боло номбурда, ниҳоят бой мебошанд (Раст. рес., 1985).

Тухми шулхаро ҳамчун мавод барои табобати касалии шикамрав ва чун пешоброн истифода мебаранд. Шарбати нав истеҳсолкардаи шалха ва истихроҷи оби аз баргҳо ва гулҳои рустани таёр карда таъсири пешобронӣ доранд. Онҳо иштиҳо меоваранд, хунро тоза мекунад, хунравиро қатъ мегардонанд, дил ва чигарро қавӣ мекунад, ба дарди гулӯ ва хунравии милки дандон таъсири мусбӣ мерасонанд. Баргҳои тозаи онро, барои захмиҳои берунӣ, чун барги зуф барои табобат истифода мекунад. Дамба, чӯшонда ва чавҳари шалхаро барои табобати меъдаву рӯда, хунмаънқунанда, касалиҳои дарди гулу ва даҳон истифода мекунад.

**Хулоса.** Дар қатори рустаниҳои сифатшуда инчунин *Urtica dioica L.*, *Plantago major L.*, *P. lanceolata L.*, *Rumex crispus L.*, *Taraxacum officinale Wigg.* низ дорои сифатҳои табобати мебошанд ва бояд мавқеи ҳифзу правариш қарор дошта бошанд.

#### Адабиёт

1. Полевая геоботаника. М-Л. 1959 – 1976, тт I-VI.
2. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений СССР. М. 1976.
3. Назаров М. Н., Назаров Н. М. и др. Лекарственные растения Государственной Фармакопеи (Таджикистан). Душанбе, 2015.
4. Назаров М. Н., Назаров Н. М. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе, 2018
5. Растельные ресурсы СССР. Л. 1985-1996.

*Назаров Н. М., Назаров М. Н., Миров С. Ш.*

### СИФАТИ БОТАНИКИВУ ФАРМАКОГНОСТИИ РУСТАНИҲОИ ШИФОБАХШИ ЯКСОЛАИ МАВЗЕҲОИ БОДИЯИ ТОҶИКИСТОН, ИСТИФОДА ВА ҲИФЗИ ОНҲО

Кафедраи фармакогнозия ва ташкили иқтисоди фарматсияи МДТ «Донишгоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Мухимият.** Дар бораи боигарии табиати кишвар, махсусан рустаниҳои муфид, аз он ҷумла рустаниҳои шифобахши он ва мавсими истифодаву ҳифзи онҳо маълумот доштан ниҳоят муҳим мебошад.

**Мақсади тадқиқот.** Барои омодагии аҳоли нисбат ба муҳлатҳои чамъ овардан ва самаранок истифода намудани ашёи рустаниҳои шифобахши яқсола ва ҳифзу парваридани онҳо дар қитъаҳои назди ҳавлӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Рустаниҳои табиатан худрӯйи яқсолаи шифобахш аз реша то танаву тухми манбаи моддаҳои фаъоли биологӣ мебошанд. Онҳо дар мавзеҳои бодияву партов ва ё дар таркиби флорокӣ-

ностипҳои гурӯҳҳои обдӯст ва ба камобӣ тобовари тамоми ноҳияҳои маъмурии ҷумҳур воমেҳӯранд. Дар раванди омӯзиши фардҳои намудҳои ҷудогона ва фитокойносии кӯтоҳумре, ки онҳо меофаранд, аз усулҳои тадқиқоти геоботаникӣ (ПГ) истифода намудем.

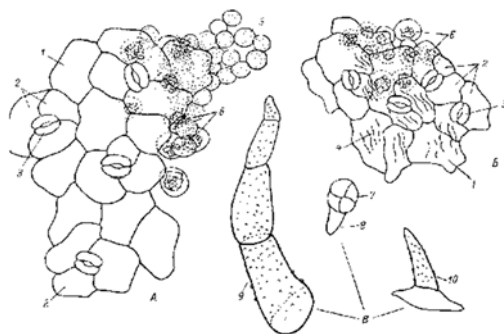
**Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо.** Даври инкишофи тараққиёт аз неш задани тухми то ба ҳосил шудани тухмиҳои нав фақат як сол идома дорад. Дар байни онҳо намудҳои рустаниҳои яксолае воমেҳӯранд, ки бо сураъти баланд сабзида, барқосо бебаҳо мешаванд, эфемер ном доранд. Он гурӯҳи рустаниҳои яксолае, ки нисбатан дар давоми мавсим тараққиёти бардавом доранд, ба зергурӯҳҳои тирамоҳӣ ва баҳорӣ мансубанд ва дар зер чун намуна сифати ботаникиву фармакогносии баъзе аз онҳоро мутобиқ ба алифбои тоҷики, пешниҳод менамоем.

**Банги девона, шотура - *Datura Stramonium L.*** аз оилаи **Авранҷгулон – *Solanaceae***. Яксолаи бадбӯии обу гармӣ ва рӯшанидӯст. Баландии танаи душоха навдарондаву урӯн - 25-75 см. Баргҳои байзашакли аз рӯй сабзи баланду аз пушт сабзи рӯшан, андаке бо мӯякчаҳои кӯтоҳ ва микдоран начандон зиёд пӯшидаанд. Асоси барг фонашакли нобаробар ва нугҳои он андаке борик (тез) мебошанд. Баргҳои поёнии тана 20 см дарозиву 15 см васеъ буда, андозаи баргҳои бологии тана хурд мешаванд. Андозаи поячаи барг нисбат ба лавҳа баробар ё андаке кӯтоҳ мебошад. Гулҳои ягона дар бағали баргҳо ҷойгиранд ва гулпоя 7-12 мм дароз аст. Косабарги панҷқираи сабз 4-6 см дароз. Гулбаргҳои сафеди бо якдигар пайваста шуда найчаи дароз доранд, ки он 6-10 (12) см аст. Меваҳои ғузашакли хордор 3-5 см дарозанд. Дар ҳолати расида чорпаллағӣ кушода мешавад. Тухмиҳои хокистаранг пӯсти тӯршакл доранд ва 2-4 мм дарозанд. Майю сентябр гул карда, июлу октябр меваи он мерасад.

Бодияғиҳи бегона дар назди деҳот, заминҳои пахтаю полез, дар баландиҳои 400- 1600 (2400) м воমেҳӯрад. Дар ноҳияҳои Туркистон, Зарафшон, Ҳисор, Дарвоз, Тоҷикистони Ҷанубию Бадахшон паҳн шудааст. Эллименти географӣ – палеарктикӣ.

Дар таркиби алафу тухмӣ микдори зиёди алкалоидҳо дар сентябру октябр захира мешаванд.

Барг. Алкалоидҳо 0,19-0,61% (Раст. рес., 1990): Гиоссиамин, гиоссин, N-окис гиоссин, N-окис гиоссиамин, атропин, скополамин, норатропин, норскополамин, апоатропин, апоскополамин, кислотаҳои фенолкарбон ва ҳосилаи онҳо: хлорогенӣ, қаҳвағӣ, феруловӣ ва флавоноидҳо (Раст. рес., 1990). Қисми болоизаминӣ алкалоидҳои 0,19-1,36%: гиоссиамин, гиоссин, α-белладонин, тропин, скиммианин, апогиоссин, 2,6 дигидрокси тропин, апоатропин, тиглоидин ва метелоидин (Раст. рес., 1990) доранд.



Сохтори ҳуҷайравии рӯй (А), пушт (Б) ва мӯякчаҳои ғадудчаҳои (В) банги девона:

1. Пӯсти барг. 2. Ҳуҷайраҳои назди масома. 3. Масома. 4. Чинҳои кутикула. 5. Ҳуҷайраҳои баробарпахлӯи захиракунанда. 6. Ҳуҷайраҳои шӯшачадор. 7. Сараки ғадуд. 8. Поячаи ғадуд. 9. Мӯяки соддаи серхуҷайра. 10. Мӯяки соддаи якхуҷайрағӣ.

Шарбати (оби) алафро барои табобати эпилепсия (саръ), дарди асабҳо (невралгия), ҳолатҳои хаста будан, касалиҳои рӯҳӣ, дарди шуш ва касалиҳои берунӣ: захм, сукхтағӣ, варамҳои гуногун истифода мебаранд.

Пайвастагиҳои кимиёвии шотура ба таркиби маводи тиббӣ атропин сулфат дохиланд, ки асоси онро гипоссиамин ташкил медиҳад. Инчунин пайвастагиҳои он ба таркиби қурс "Келлатрин", аэрозоли "Эфатин" (Лекарств. Сред., 1990) ва боз беш аз 10 маводи дигари табобатӣ дохил аст. Барои табобати узвҳои нафаскашӣ. Маҷмӯи узвҳои рустани дорои алкалоидҳоанд, аммо муайянкунандаҳо гиоссиамин, атропин ва скополамин мебошанд. Дар барг рӯғани эфирӣ 0,04%, кротин 0,1% ва моддаҳои даббоғӣ 1,7%, дар тухм рӯғани чарб 17-25%.

**Гармалаф, сагакхорак, алафи гарми - *Bidens tripartita L.*** аз оилаи **Кавкабгулон – *Asteraceae***. Яксола, обхокӣ, ба гармию рӯшани начандон серталаби урӯн, ё ин ки андаке мӯякчадор ва бо навдаҷаҳое, ки дар муқобили якдигар ҷойгир шудаанд. Танаи рост, сернавда ва андаке сурхчаи он 15-75 (100) см баланд. Баргҳои мутақобили 3-5-ҷанда ҷудо ё 3-5-маротиба буридашуда, то 15 см дарозанд. Ҳиссаҳои он, нештаршакл ё андаке васеи нештаршакланд, болоғиҳо-андаке калону дандонадор, паҳлугиҳо-хурду бо поячаҳои болшакл васеъшуда; баргҳои болоғӣ 2-3 мм дарозанд. Баргҳои берунии пӯшонандаи тӯдагули сабадча ҳамвор ё андаке камоншакли барҷаста ва то 3 см дарозанд. Онҳо васеи эллиптикӣ ё ин ки қариб нештаршаклу сабз мебошанд. Баргҳои дарунӣ то 1 см дарозу эллиптикию зард мешаванд. Наздигулҳои дарунӣ ба гулҳо баробар ва байзагианд. Гулҳои найчагии зардчаи чигарӣ, дорои 3-4 хатчаҳои сиёҳтобанд, тухмчаҳо 5-8 (10) мм дарозию 2-3 мм васеғӣ доранд. Июну июл гул намуда, август меваи он мерасад.

Дар паҳлӯи ҷӯйбору дарёҷаҳою захбурҳо, чун рустании бодияву бегона дар баландиҳои 800-2200 м во меҳӯрад. Эллименти географӣ – Плурирегионалӣ ё космополит.

Дар таркиби алаф каротин (беш аз 50 мг%), кислотаи аскорбин (то 70мг%), полиатсетиленҳо, моддаҳои

даббоғӣ (4,5-5,8%), миқдори начандон зиёди рӯғани эфирӣ; тундихо; шилмҳо; флавоноидҳо (1,2-2,8%)-бутеин, изокореопсин, флаваномереин, лютеолин, синарозид, сулфуретин, сулфуреин, маритиметин; кумаринхо-умбелиферон, скополетин, эскулетин, макро - ва микроэлементҳо (Ловкова и др., 1990).

Чавҳару шираи баобкии онро барои табобати узвҳои газакгирфтаи силсилаҳои ҳазми ғизою ихроҷ ва пӯст васеъ истифода мебаранд. Инчунин муқобили диатез, фишори баланди хун, пешоброн, ҳазми ғизо, истифода мешавад. Алафи он ба таркиби чойи Аверин ва Здренко дохил аст (Дадабоева, 1972; Середин и др., 1975; Губанов и др., 1976).

**Пудинаи кӯҳӣ - *Ziziphora tenuior* L.** аз оилаи **Газнасимогулон - *Lamiaceae***. Яксолаи гармию рӯшанидӯст, ба камобӣ тобовару бебақо. Танаҳои мӯякҷадори содда ё навдадорӣ он 5-25 см баланданд. Баргҳои нештаршакли поёнии тана, камшумор ва дутарафа урён ё андаке шахшул 0,7-2,5 см дароз ва 1-6 мм васеанд. Баргҳои наздигул ба баргҳои поёни шабохатноканд, аммо андозаи хурд доранд. Тӯдагули хӯшачамонанд аз 6-8-то гулҳои нимчилчӯбшакли қалбаки чойдошта иборат ва 2-22 см дароз аст. Наздигулҳо 1-3 мм дарозанд. Гулпоя кӯтоҳ. Косабарг 5-7,5 мм ва найчаи он 4-6 мм, дандонаҳо 1-1,5 мм дарозанд. Гули гулобӣ, баъзан сафедчаи он 0,8-1 см, найча - 6-8 мм, лаби бологии гул 2-2,2 мм, поёни - 1,8-2 мм ва гардбаргҳо - 2 мм дарозанд. Чормағзҳои байзагии андаке дарозшудаи гулобии хокистарранг 1,1-1,2 м дарозию 0,8 мм васеги доранд. Марту июл гул намуда апрелу июл меваҳои он мерасанд.

Дар рангзор, pistaю бодомҷазор, чормағзор, арчазору даштҳо, ӯғонзору нишебиҳои сангрезадор, дар баландиҳои 400-2500 м вохӯрад. Элементи географӣ - Ҳавзаи қадимаи баҳри миёназамин.

Дар таркиби алаф рӯғани эфирӣ 0,14-1%, ки дар таркиби он камфен, терпинолен, пиперитон, изоментон, пулегон 60-70%. Флавоноидҳо. Кумаринҳо. Витамини С ва гайраҳо во мехӯранд (Раст. рес., 1991).

Чой, дамоб, чавҳар ва қиёми онро барои табобати касалии сили (истико) шуш ва газакӣ узвҳои ҳозима, инчунин барои кави гардонидани дил ва кори он истифода мебаранд.

**Хулоса.** Дар қатори рустаниҳои сифатшуда инчунин *Polygonum aviculare* L. *Tribulus terrestris* L., *Polygonum hydropiper* L., *Capsella bursa pastoris* L. низ дорои сифатҳои табобати мебошанд ва бояд мавқеи хифзу правариш қарор дошта бошанд.

**Адабиёт**

1. Полевая геоботаника. М-Л. 1959 – 1976, тт I-VI.
2. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений СССР. М. 1976.
3. Назаров М. Н., Назаров Н. М. и др. Лекарственные растения Государственной Фармакопеи (Таджикистан). Душанбе, 2015.
4. Назаров М. Н., Назаров Н. М. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе, 2018
5. Растельные ресурсы СССР. Л. 1985-1996.

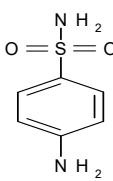
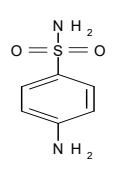
*Назарова Х.Д., Алимова Б.О., Юсупова Ф.Х.*

**ПРИМЕНЕНИЕ ИК-СПЕКТРОСКОПИИ В АНАЛИЗЕ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЦИНКА (II) СО СТРЕПТОЦИДОМ**

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии и ЦНИЛ ГОУ ТГМУ им.Абуали ибниСино. Таджикистан.

**Актуальность.** До настоящего времени не разработан ни один лекарственный препарат на основе биокоординативных соединений цинка (II) со стрептоцидом. Стрептоцид от горла – это одно из наиболее распространенных лекарственных средств, которые обладают достаточной эффективностью при бактериальном воспалении.. Стрептоцид – это химиотерапевтический препарат который относится к группе сульфаниламидов.

Цинк влияет на рост, развитие, воспроизводительную функцию, костеобразование, кроветворение, обмен нуклеиновых кислот, белков, углеводов. В организме цинк связан с нуклеиновыми кислотами, ответственными за хранение и передачу наследственной информации.

Соединение	$\nu$ (NH <sub>3</sub> <sup>+</sup> )	$\nu$ (-NH <sub>2</sub> ) волновое число	$\nu$ (C - C)	$\nu$ (N-H)	$\nu$ (CH <sub>2</sub> )	$\nu$ (SO <sub>2</sub> -) волновое число	(H <sub>2</sub> O)	$\nu$ (C-H)
 <p>стрептоцид глицин</p>	1552(δ)	1589с	1599	-	1439	1157	-	2673
 <p>Zn</p>	1551	1574	1597	-	1439	1188		

**Цель исследования.** Изучить физико-химические свойства комплексных соединений цинка (II) со стрептоцидом.

**Материал и методы исследования.** Изучение свойств комплексных соединений цинка (II) со стрептоцидом ИК-спектроскопическим методом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** ИК-спектроскопия является фундаментальным методом исследования структуры химических соединений. Методом ИК- спектроскопии проведена идентификация комплексного соединения цинка (II) со стрептоцидом. Исследована возможность и установлена перспективность применения метода ИК-спектроскопии для экспресс-диагностики подлинности изучаемого комплексного соединения цинка (II) со стрептоцидом.

Судя по значениям спектров поглощения, в области 1589 – 1157 происходит поглощение света и смещение спектра от 1574 до 1188, что доказывает об участии функциональных групп (-NH<sub>2</sub>) и (SO<sup>2-</sup>) в комплексообразовании с металлом комплексообразователем в частности с цинком.

**Выводы.** Синтезированы и изучены физико-химические свойства. Комплексных соединений цинка со стрептоцидом.

#### Список литературы.

1. Раджабов У.Р., Рахимова М.М., Юсупов З.Н. Имидазольные и бензимидазольные комплексы железа. – Естественные и технические науки, 2011, №3 с.63-70.
2. Раджабов У.Р., Рахимова Р.Н., Ёрмамадова С.Г., Шарипов И.Х. Биологические свойства азольных координационных соединений Fe, Cu и Zn. Вест. ТНУ. – Душанбе: Сино, 2013. 1/1(102), с.95-101.
3. Синтез и применение металлосодержащих биоактивных координационных соединений/ Раджабов У.Р., Ёрмамадова С.Г., Рахимова Р.Н., Мижгон Шухратзода//. – Душанбе: Ирфон, 2017, с.151
4. Джулаев У.Н. Синтез, исследование и биологические свойства смешаннолигандных координационных соединений цинка (II) с глицином и глютаминовой кислотой/ У.Н. Джулаев, У.Р. Раджабов, Г.М. Бобизода З.Ш. Хасанова. Здравоохранение Таджикистана №2. Душанбе-2019.-228с

*Зубайдова Т.М., Нуралиев Ю.Н., Самандаров Н.Ю.*

### ПРИМЕНЕНИЕ ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ В ДИЕТОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ДРЕВНЕЙ ПЕРСИДСКО-ТАДЖИКСКОЙ МЕДИЦИНЕ ПО АВИЦЕННЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» НАН РТ  
ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

**Актуальность.** Трава душица мелкоцветковая (*Origanum tyttanthum* Gontsch) - считается самым широко распространенным и является очень перспективным лекарственным растением в Таджикистане. Её естественные запасы в нашей республике имеют промышленное значение [1-3]. Местные табибы (народные лекари) рекомендуют чай из надземной части душицы при сахарном диабете.

В народной медицине Туркмении табибы (народные лекари) применяли душицу мелкоцветковую как желчегонное средство, рекомендуя сушить траву, заваривать вместо чая и пить по стакану до еды.

Несмотря на широкое применение душицы мелкоцветковой в древневосточной медицине, она до второй половине XX века почти не подвергалась фармакологическому исследованию. В практической медицине траву душицу принимали только, как отхаркивающее средство.

Душица имеет горячую и сухую натуру, т.е. щелочную сторону[4].

Гениальный средневековый таджикский учёный, энциклопедист Абуали ибн Сино (980-1037) внес большой вклад в решение вопросов этиологии, патогенеза, лечения и диетологии сахарного диабета.

В соответствии с его теорией о диабетогенезе при диабете мизадж (натура) организма резко изменяется, из умеренного (нейтрального - Ю.Н.) в холодную – кислую сторону [4]. Опытный врач рекомендовал лечить больных по принципу «противоположного противоположным», т.е. с помощью лекарств имеющих горячую (щелочную – Ю.Н.) натуру.

Ошибки современной медицины в лечение сахарного диабета заключается в том, что многие врачи стали забывать этот мудрый заповедь ибни Сино. И, вместо терапии диабета по принципу «противоположное - противоположным» стали лечить больных по принципу «подобного подобным». Больным страдающим сахарным диабетом, у которых и так резко повышена кислотность эндотелиальной - эндозологической системы в качестве лечебно-диетического средство врачи назначают таких богатых кислыми кислотами плодов, как плоды лимона (*Citrus limon* L), шиповника коричный (*Rosa sinnapomea* L) и другие его виды, сумач дубильной (*R Hus coriaria* L) и другие ее виды, «гураоб» - сок незрелых плодов разных видов винограда, маринованные помидоры, огурцы а также десятки другие на вкус кислых плоды и ягод.

Больным с метаболическим синдромом, преддиабетом, сахарным диабетом и другими заболеваниями, которые в патогенезе имеются нарушения обменных процессов, Абуали ибни Сино рекомендует душицу, как лекарство имеющий горячую (щелочную) натуру [1;4].

В публикациях, посвященных изучению химического состава травы душицы мелкоцветковой, установлено тритерпеноидов 0,7% ,флавоноиды 3,2%, антоцианы (0,76%), стероиды: β-ситостерин алкалоиды 0,15%), кумарины 1,35%, флавоноиды: лютеолин, 7-гликозидлютеолина., антоцианы 0,76% 5 цианин, хризантемин, наличие олеаноловая, уросоловая и бунгеоловая кислоты, фенолкарбоновые кислоты 3,5%, розмариновая, кумарины 1-3.5% [6].

Семена содержат 26,7% жирного масла, состоящего из олеиновой, линолевой, линоленовой кислот. Установлено, что в составе травы душицы мелкоцветковой содержится 1,5-2,5 эфирного масла, 2,17-2,64 дубильных веществ,

гликозиды, полифенолы, следы алкалоидов, флавоноидов, кумаринов и сапонинов. В фазе плодоношения растение содержит: протеина 6,88, белков-5,63, жиров-3,91, клетчатки-29,65, каротина-3,74 мг% [Флора Тадж.ССР, т. VIII].

Данная оценка является не случайной. В состав травы душицы мелкоцветковой, кроме эфирного масла содержатся десятки других биологически активных веществ, способные обеспечить выше указанное и ряд других ценных лечебных эффектов.

К таким биологически активным веществам широкого профиля действия относятся флавоноиды 3,2%, лютеин 7-гликозид, лютеолина, апигенин, 7-гиокуронид лютеалина, 7-гликозид апигенина, алкалоида 0,1%-0,5%, кумарины 1,0-3,5%,  $\beta$ -ситостерина 4,5%, каротиноиды 3,4%, органические кислоты 5%, витамин С (аскорбиновые кислоты) и ряд других.

В составе душицы содержатся достаточно, большое количество **ощелачивающих макроэлементов** (калий, натрий, магний, фосфор), а к микроэлементам, относится, такие микроэлементы как **селен, молибден, железа**.

Известно, что селен, обладает антиоксидатным (токоферолоподобным) действием и является мощным иммуностимулирующим микроэлементом. Благодаря наличию селена проявление эндоочищающего действия душицы может стать эффективным средством в профилактике и терапии ряда диабетогенных, онкологических и кистоматозных патологий.

$\beta$ -ситостерин, также считается активным антиоксидатным, гепатопротекторным, панкреопротекторным, простатопротекторным. Этим можно объяснить широкого применения различных видов душицы в древневосточной и этномедицины разных народов.

Флавоноиды, полифенолы, а также алкалоиды в сочетании с  $\beta$ -ситостерином и аскорбиновой кислотой на наш взгляд способны обеспечивать гепатопротекторное, панкреопротекторное действие различных видов душицы.

Л.А. Ельчибекова и Г.К. Никонов [1987] рекомендуют душицу мелкоцветковую применять наравне с душицей обыкновенной в медицинской практике, так как она даже превосходит по содержанию фенолов и выходу эфирного масла официальную душицу (2).

Другие авторы также указывают, что применение *O. Tyttanthum Gontsch.* в научной и народной медицине сходно с применением *O. vulgare L.* [4-5]. Но в отличие от душицы обыкновенной, душица мелкоцветковая в фармакопею не внесена.

#### Список литературы

1. Зубайдова Т.М. К механизму эндотелиального, эндозоологического и эндопротекторного эффекта травы душицы мелкоцветковой / Т.М.Зубайдова, Ю.Н. Нуралиев, Х.А.Ганиев. // Науч.-практ. жур.ТИППМК №2.- 2012г. - С.11-13
2. Нуралиев Ю.Н. Лекарственные растения. Целебные свойства фруктов и овощей /Ю.Н. Нуралиев (Из опыта народной, древневосточной и современной медицины), Издание 2-е, исправленное. Душанбе, «Маориф» 1989 г. - с.57-60.
3. Сабоев С.С., Сабоева Н.С. Состояние и перспективы исследования ресурсов важнейших видов лекарственных растений Западного Памира и Дарваза. /С.С.Сабоев, Н.С.Сабоева //Международная конференция «Развитие горных регионов Центральной Азии в XXI веке», г.Хорог. – 24-26 августа, 2001 г. – С.163-164.
4. Механизм действия кислых продуктов в развитии преддиабета в остром эксперименте. /Т.М.Зубайдова [и др.] //Вестник ТНУ №3,г. Душанбе, 2013 г. - С. 105-108.
5. Заменитель сырья *O. Vulgare L.* в Таджикистане. /Ю.Н.Нуралиев [и др.] //Раст.ресурсы. 1986, №3. – С.337-341.

*Плиско Г.А., Кашиш А.В.*

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО МЕКСИДОЛА И НАТИВНОЙ МОЛЕКУЛЫ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ $CCl_4$

Центр экспериментальной фармакологии ВГБОУ ВО СПХФУ. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** При остром эндотоксикозе выраженность интоксикация неуклонно нарастает, несмотря на напряжение компенсаторных механизмов, что приводит к нарушению регуляции гомеостаза, к формированию синдрома множественной органной недостаточности, дезинтеграции функций организма и нередко – к летальному исходу. В ряде исследований доказаны антиоксидантные и антигипоксические свойства 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината (ЭМГПС), и его производное (2-этил-6метил-3-сульфопиридина (ЭМСП)) показало гепатотропную активность. В связи с этим, было решено провести сравнительную оценку эффективности ЭМГПС и его производного ЭМСП в модели острого отравления  $CCl_4$  при внутрибрюшинном введении.

**Цель исследования.** Целью данного исследования являлось изучение сравнительной эффективности 2-этил-6метил-3-сульфопиридина и 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината при остром отравлении  $CCl_4$ .

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено на 40 крысах-самках, массой тела 230-250г. Методом рандомизации животные были разделены на 4 группы (по 10 крыс в каждой): 1-я группа – патология + раствор натрия хлорида изотонический, 2-я – патология + ЭМГПС (препарат сравнения), 3-я патология + ЭМСП (исследуемый препарат), 4-я – интактные животные. Исследуемый препарат и препарат сравнения вводили в течение всего эксперимента в эквимолярных дозах – 68 мг/кг и 100мг/кг соответственно. Внутрибрюшинно животным 1-3 групп вводили 50% масляный раствор четыреххлористого углерода в дозе 0.4 мл/100 г в течение первых 4-х суток ежедневно. Параллельно с этим опытные группы животных получали исследуемый препарат и препарат сравнения, а контрольная – физиологический раствор. Следующие 3 дня животным 1-3 групп так же вводили соответствующие препараты. В конце эксперимента перед аутопсией животных у крыс была забрана кровь на биохимический анализ. Для гистологического исследования была выделена печень.

**Результаты исследования и их обсуждение.** в результате исследования было выявлено что биохимические

показатели, такие как: аспартатаминотрансфераза (АСТ), общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), щелочная фосфатаза (ЩФ) уменьшались в группе исследуемого препарата по сравнению с группами патологии без лечения и референсного препарата (нормализация функций печени). В результате гистологического исследования в группе патологии жировая дистрофия была около 15% у 4х животных, так же у би животных был слабо выраженный гранулематозный гепатит, в группе препарата сравнения у 4х животных жировая дистрофия составила 20% и 15%, почти у всех животных, получавших ЭМГПС, отмечена средне-крупноклеточная жировая дистрофия. В группе исследуемого препарата жировая дистрофия не превышала 5%.

**Выводы.** Изучаемое соединение 2-этил-6-метил-3-сульфопиридин оказывает положительное влияние на биохимические показатели, характеризующие функции печени в сравнении с группами патологии без лечения и референсного препарата при остром токсическом отравлении  $CCl_4$ , снижает выраженность жировой дистрофии гепатоцитов.

#### Список литературы.

1. Плиско Г.А. Влияние производного 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина на течение неалкогольной жировой болезни печени в эксперименте / Суханов Д.С., Ивкин Д.Ю., Плиско Г.А., Караваева А.В., Краснова М.В., Поверьева М.А., Карев В.Е., Бунят А.В., Степанова И.Л., Оковитый С.В. // Молекулярная медицина. 2020. Т. 18. № 1. С. 21-26.
2. Плиско Г.А. Антигипоксическая активность различных солей этилметилгидроксипиридина / Ивкин Д.Ю., Суханов Д.С., Плиско Г.А., Ивкина А.С., Краснова М.В., Титович И.А., Семивеличенко Е.Д., Степанова И.Л., Ильницкий В.П., Карпов А.А., Оковитый С.В., Каршин А.В. // Молекулярная медицина. 2020. Т. 18. № 4. С. 36-41.

*Понамарёв В.С.*

### ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ L-КАРНОЗИНА В ВЕТЕРИНАРНОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

Кафедра фармакологии и токсикологии ФГБОУ ВО «СПбГУВМ». Россия

**Актуальность.** В настоящее время в ветеринарной науке идёт активный поиск новых соединений, обладающих гепатопротекторными свойствами, что обусловлено широким распространением патологий гепатобилиарной системы у животных. Одним из таких препаратов является «Гепатон», разработанный на кафедре фармакологии и токсикологии ФГБОУ ВО «СПбГУВМ». [2] Важнейшим требованием к современным гепатопротекторам является высокая антиоксидантная активность, проявляющаяся нейтрализацией активных форм кислорода. [3] Анализ литературных данных свидетельствует о том, что одним из веществ, проявляющих значимые антиоксидантные свойства, является L-карнозин.

**Цель исследования:** определить влияние препарата с гепатопротекторными свойствами "Гепатон" в сочетании с L-карнозином на реакции перекисного окисления липидов у лабораторных крыс.

**Материалы и методы исследования.** Исследование было проведено на кафедре фармакологии и токсикологии Санкт-Петербургского государственного университета ветеринарной медицины. Оценку антиоксидантного действия препарата проводили на двадцати лабораторных крысах обоего пола с массой тела 180-220 г, разделенных на 3 группы. [1]

**Таблица 1. – Влияние препарата «Гепатон» в сочетании с L-карнозином на степень липопероксидации при интоксикации дихлорэтаном ( $M \pm m$ ;  $n=10$ )**

Показатели	Группы животных			
	Интактная	Опытная (дихлорэтан + «Гепатон»)	Опытная (дихлорэтан+ «Гепатон»)+ L-карнозин	Негативный контроль (Дихлорэтан)
ДК <sub>(232)</sub> , опт.ед				
Начало опыта	0,16±0,02	0,56±0,03	0,31±0,02	0,73 ± 0,02
Конец опыта	0,22±0,03*	0,23±0,02*	0,22±0,02	0,47±0,02
КД <sub>(273)</sub> , опт.ед				
Начало опыта	0,14±0,02	0,28±0,04	0,24±0,03	0,33±0,02
Конец опыта	0,18±0,03*	0,16±0,02	0,15±0,04	0,27±0,03
МДА <sub>(537)</sub> , мкМ/л				
Начало опыта	1,57±0,09	2,01±0,02	1,97±0,03	2,44±0,03
Конец опыта	1,55±0,08	1,71±0,11*	1,58±0,07	2,27±0,11

Различия достоверны \*  $p < 0,05$  в сравнении с животными, получавшими дихлорэтан

Острый токсический гепатит у крыс вызывали однократным внутрижелудочным введением 1 мл раствора дихлорэтана. [2] При этом крысам опытной группы А ( $n=10$ ) за 1 час до введения дихлорэтана вводили раствор препарата «Гепатон» в объеме 10мл/кг массы тела и далее 1 раз в сутки в течение 21 дня после применения токсикантов, а крысам опытной группе В ( $n=10$ ) за 1 час до введения дихлорэтана вводили раствор препарата «Гепатон» в объеме 10мл/кг массы тела в сочетании с L-карнозином (50 мг/гол) по аналогичной схеме. Крысы контрольной группы ( $n=10$ ) после затравки получали эквивалентное количество физиологического раствора по аналогичной схеме. Кроме того, в опыте использовалась группа интактных здоровых крыс, у которых на заключительном этапе эксперимента отбиралась кровь для биохимического исследования для сравнительной оценки показателей гомеостаза животных, подвергнутых интоксикации со значениями физиологической нормы. [5] На 21-е сутки после введения токсикантов производился забор крови для проведения биохимического исследования, при котором учитывались показатели антиоксидантной системы (диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД) и малонового диальдегида (МДА), а также уровня эндогенной интоксикации (по содержанию МСМ). [4]

**Выводы.** Исходя из полученных результатов можно сделать вывод об усилении антиоксидантной активности



препарата «Гепатон» при добавлении L-карнозина.

Данное усовершенствование усилило ингибирование процессов перекисного окисления липидов как одного из звеньев патогенеза гепатитов, стимулировать антиоксидантную защиту и мощность эндогенной антиоксидантной системы организма

#### Список литературы

1. ГОСТ 33216-2014. Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными. Правила содержания и ухода за лабораторными грызунами и кроликами. Межгосударственный стандарт.
2. Пономарев В.С Влияние препарата "Гепатон" на реакции перекисного окисления липидов / В.С. Пономарев, О.С. Попова // Международный вестник ветеринарии. – СПб, 2020. - №2. – С. 112-115.
3. Симонова Н.В. Фитопрепараты в коррекции процессов перекисного окисления липидов биомембран, индуцированных ультрафиолетовым облучением / Н.В. Симонова // Вестник КрасГАУ. - Красноярск, 2010. -№2. -С. 119-124.
4. Симонова, Н.В. Влияние адаптогенов растительного происхождения на интенсивность процессов перекисного окисления липидов биомембран в условиях ультрафиолетового облучения / Н.В. Симонова, В.А. Доровских, М.А. Штарберг // Дальневосточный медицинский журнал. - Хабаровск, 2010. -№2. -С. 112-115.
5. Яшин А.В. Оценка клинического состояния животных и применение лекарственных препаратов при болезнях пищеварительного аппарата/ А.В. Яшин, Г.В. Куляков, Г.Г. Щербаков, А.М. Лунегов, В.А. Барышев, И.И. Калужный.- СПб.; Саратов, 2019.- 160 с.

*Попова О.С., Пономарёв В.С.*

### ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ «ГЕПАТОН» И «МАРИМИКС» НА КОЭФФИЦИЕНТ ДЕ РИТИСА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ПЕЧЕНИ

Кафедра фармакологии и токсикологии ФГБОУ ВО «СПбГУВМ». Россия

**Актуальность:** активность таких ферментов, как аланинаминотрансфераза и аспартатаминотрансфераза, широко используются в клинической практике для диагностики различных патологий, в том числе и печени. Анализ данных показателей в динамике позволяет контролировать влияние гепатопротекторных препаратов на процессы восстановления основных функций печени. Однако наиболее показательным является соотношение вышеуказанных ферментов (коэффициент де Ритиса) [4].

**Цель исследования:** определить влияние препарата с гепатопротекторными свойствами "Гепатон" в сочетании с препаратом «Маримикс» на активность сывороточных ферментов.

**Материалы и методы исследования.** Исследование было проведено на кафедре фармакологии и токсикологии Санкт-Петербургского государственного университета ветеринарной медицины. Оценку гепатопротекторного действия препарата проводили на двадцати лабораторных крысах обоего пола с массой тела 180-220 г, разделенных на 2 группы.[1]

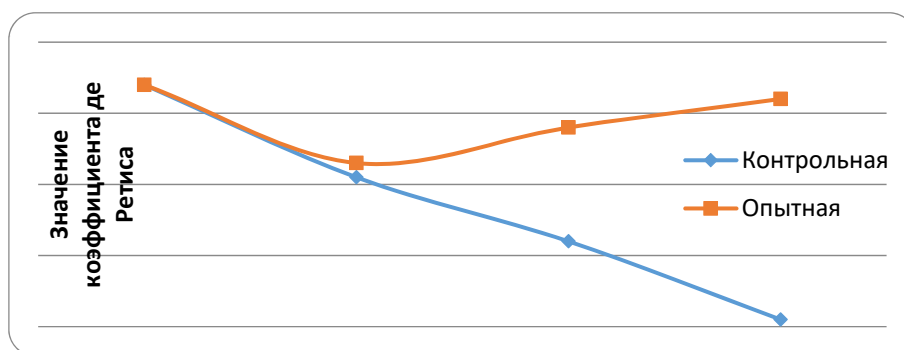


Рисунок 1. - Влияние препаратов «Гепатон» и «Маримикс» на коэффициент де Ритиса

Острый токсический гепатит у крыс вызывали однократным внутрижелудочным введением 1 мл раствора дихлорэтана.[2] При этом крысам опытной группы А (n=10) за 1 час до введения дихлорэтана вводили раствор препарата «Гепатон» в объеме 10мл/кг массы тела и далее 1 раз в сутки в течение 21 дня после применения токсикантов в сочетании с препаратом «Маримикс» в дозировке 0,2 мл/кг. Крысы контрольной группы (n=10) после затравки получали эквивалентное количество физиологического раствора по аналогичной схеме. До начала исследования, а также на 7, 14 и 21-е сутки после введения токсикантов производился забор крови (методом хвостовой пункции) для проведения биохимического исследования[5]. Коэффициент де Ритиса вычислялся по стандартной методике.[3]

**Выводы.** Исходя из полученных результатов можно сделать вывод, что комбинация вышеуказанных препаратов меняет соотношение сывороточных ферментов до физиологической нормы (0,91-1,75), что подтверждает эффективность данного вида терапии при патологиях печени.

#### Список литературы

1. ГОСТ 33216-2014. Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными. Правила содержания и ухода за лабораторными грызунами и кроликами. Межгосударственный стандарт.
2. Пономарев В.С Влияние препарата "Гепатон" на реакции перекисного окисления липидов / В.С. Пономарев, О.С. Попова // Международный вестник ветеринарии. – СПб, 2020. - №2. – С. 112-115.
3. Пономарёва И.С. Диагностическая энзимология в оценке метаболических и адаптивных процессов при лейкозной

- патологии / И.С. Пономарёва, Р.М. Нургалиева // Известия Оренбургского государственного аграрного университета. – Оренбург. 2010. - № 4 (28). - С. 82-83.
4. Хомутова А.А. Чувствительность и специфичность определения коэффициента де Ритиса для диагностики хронического гепатита и цирроза печени / А.А. Хомутова, А.Д. Менухов // Медицинская биохимия: первые шаги в науке. – Екатеринбург, 2015.- № 1. - С. 147-150.
5. Яшин А.В. Оценка клинического состояния животных и применение лекарственных препаратов при болезнях пищеварительного аппарата/ А.В. Яшин, Г.В. Куляков, Г.Г. Щербаков, А.М. Лунегов, В.А. Барышев, И.И. Калужный.- СПб.; Саратов, 2019.- 160 с.

*Раджабов Г.О., Ватанов М.Р., Рахмонов Х.Э.*

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА СТОИМОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Учебный, научный и производственный центр «Фармация»,  
кафедра фармакогнозии и ОЭФ ГОУ ТГМУ им. Абуали иби Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (повышенное артериальное давление (АД)) является одной из наиболее значимой проблемой в сфере медицины, экономики и социальной жизни. Ряд эпидемиологических исследований показал результат, который свидетельствуют о том, что у 30-45% людей в странах Европы уровень АД превышает 140/90 мм рт. ст., т.е. является повышенным. В Таджикистане показатель распространенности повышенного АД для взрослого населения достигает не менее 22%. Несмотря на выработанные новые подходы к фармакотерапии этого заболевания актуальным остается противоречие между необходимостью следовать современному уровню терапии, предполагающему использование новых, как правило, дорогостоящих методик и препаратов, и постоянной нехваткой финансирования здравоохранения.

**Цели исследования.** Исходя из выше приведенных данных, целью исследования является проведение фармакоэкономического анализа антигипертензивных препаратов из различных клинико-фармакологических групп, с учетом их терапевтической эффективности.

**Материал и методы исследования.** При проведении исследования данной работы используются такие методы, как экспертные оценки, метод по динамике за ряд лет и ретроспективный анализ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Существует ряд факторов, которые могут оказать существенное влияние как на эффективность лечения АГ, так и на ее стоимость. Показано, что использование в качестве метода измерения АД суточного мониторирования артериального давления (СМАД) приводит к значительному сокращению затрат. Данный метод позволяет более объективно измерять АД и сокращать расходы за счет оптимального подбора антигипертензивной терапии и исключения гипертонии "белого халата", распространенность которой в популяции достигает 21%. Это приводит к экономии около \$110 000. Со стороны пациентов факторами, влияющими на стоимость гипотензивной терапии, являются пол, возраст, стадия и степень тяжести заболевания, наличие сопутствующей патологии, а также степень приверженности лечению. В качестве одного из наиболее значимых факторов выступает исходный уровень АД.

Другим немаловажным фактором, влияющим на стоимость антигипертензивной терапии, является возраст больных. Как известно, с возрастом увеличивается риск развития ССО, предотвращение которых посредством снижения АД будет приводить к значительной экономии практически всех видов затрат. Отмечена более выраженная экономическая эффективность лечения АГ у пациентов среднего и пожилого возраста. Показано, что стоимость одного года спасенной жизни при исходном ДАД 95-99 мм рт. ст. у мужчин с АГ моложе 45 лет составила \$106 849, в возрасте 45-69 лет - \$4 658, а старше 69 лет - всего \$1918. В своем исследовании А. Zanchetti и G. Mancia показали, что в возрасте до 35 лет затраты на продление жизни больного с артериальной гипертензией выше для мужчин, а после 45 лет - для женщин.

Для молодых мужчин и женщин стоимость дополнительного года жизни с возрастом существенно увеличивается и достигает своего максимума к 55 годам. Затем наблюдается прогрессивное снижение стоимости гипотензивной терапии. Отсутствие рентабельности фармакотерапии АГ у лиц молодого возраста, а также у пациентов с относительно невысоким исходным уровнем АД, не является причиной отказа от их лечения. Хотя лекарственная терапия в этих случаях и влечет увеличение прямых медицинских затрат, простое сопоставление суммарных расходов на лечение заболевания и его осложнений убедительно доказывает необходимость перераспределения финансовых ресурсов в сторону повышения эффективности превентивного направления.

Данные литературы о влиянии пола больных с АГ на экономическую эффективность лечения АГ противоречивы. Некоторые авторы сообщили о том, что стоимость гипотензивной терапии в возрасте до 70 лет у мужчин ниже, чем у женщин, однако из других источников следует, что нет достоверных различий в рентабельности гипотензивной терапии у мужчин и у женщин.

К факторам, в значительной мере определяющим стоимость гипотензивной терапии относится степень соблюдения пациентом врачебных предписаний - комплаентность. Низкая комплаентность пациентов составляет 31% среди причин недостаточного контроля АД в популяции. По данным О.Д. Остроумовой и соавт. (2003), к факторам, повышающим приверженность к лечению, относят исходно высокий уровень АД, женский пол, высокий уровень образования, более высокий уровень дохода, состояние в браке, высокий уровень культуры, применение фиксированных комбинированных препаратов.

Среди факторов, снижающих приверженность, имеют значение сложный режим дозирования препаратов, их побочные эффекты, высокая цена, слишком быстрое снижение АД, курение, молодой возраст, длительное лечение, злоупотребление алкоголем, низкий уровень культуры. Кроме того, со стороны пациентов часто наблюдается противоречие между желанием качественного лечения и вполне понятным нежеланием увеличивать расходы на его

осуществление.

У пациентов с одинаковыми показателями ДАД как очень высокий, так и слишком низкий уровень комплаентности негативно сказывается на экономической стороне лечения, в то время как средний уровень приверженности оказывается наиболее предпочтительным с фармакоэкономической позиции. При высокой комплаентности возрастают расходы на приобретение дорогих лекарств и более частые визиты к врачу. Низкая степень приверженности назначенному лечению, неаккуратность в выполнении предписаний лечащего врача, а тем более самостоятельное прекращение приема назначенных препаратов может привести к негативным последствиям ССО, требующих "агрессивной" терапии или даже госпитализации пациента, что приводит к существенному возрастанию стоимости лечения АГ. Так в США в течение года перерыв в лечении делают 86% пациентов, при этом средняя стоимость лечения возрастает на \$873, причем \$637 расходуется в связи с госпитализацией. Для многих пациентов, даже если они информированы об эффективности снижения АД в плане отдаленного прогноза, это не является достаточно убедительным аргументом для постоянного приема препаратов. На степень комплаентности может повлиять развитие побочных эффектов антигипертензивной терапии, которые могут привести к значительному повышению стоимости лечения в связи с необходимостью их медикаментозной коррекции.

Кратность приема препарата так же очень важный фактор, влияющий на приверженность. Установлено, что при двукратном режиме дозирования (утро-вечер) приверженность к лечению уменьшается в 5 раз по сравнению с однократным приемом. Кроме того, в период подбора гипотензивной терапии у конкретного пациента затраты могут быть более значительными, чем на стадии рутинной терапии.

Однако, в плане стоимости - назначение иАПФ является одной из самых дорогих альтернатив для терапии АГ. По данным В.G. Jonsson и М. Johannesson при изучении годовой стоимости антигипертензивной монотерапии, с использованием различных клинико-фармакологических групп, терапия диуретиками была оценена как наименее затратная, более чем в два раза была больше стоимость при назначении антагонистов кальция и бета-адреноблокаторов, и более чем в четыре раза - при использовании иАПФ. При этом выделяется еще одна тенденция: чем большее количество препаратов одного класса использовалось для лечения (например, при их замене), тем более высокой была его стоимость. Из приведенных данных становится очевидным, что стоимость антигипертензивной терапии больше при использовании иАПФ и антагонистов кальция и меньше при использовании бета-адреноблокаторов и диуретиков.

Анализ стоимости гипотензивной терапии в России так же показал, что наименьшей стоимостью обладают диуретики и бета-адреноблокаторы, за ними следуют антагонисты кальция и иАПФ. Самыми дорогостоящими препаратами были альфа-адреноблокаторы и антагонисты рецепторов АТ II.

Стоимость и эффективность могут отличаться также у антигипертензивных средств, в основе которых находится одно и то же вещество, т.е. препаратов с одинаковым международным непатентованным наименованием (МНН).

Одним из решающих факторов, влияющих как на эффективность проводимого лечения, так и, в значительной мере, на его стоимость, является процесс приобретения препарата в аптечной сети. Нередко при этом пациенту предлагается приобрести "такой же" препарат, но с другим коммерческим названием, а, следовательно, и с другой стоимостью.

**Выводы.** Таким образом, в Таджикистане назрела необходимость проведения анализа качества врачебных назначений больным АГ с последующим выявлением существующих проблем, внедрением специально разработанных образовательных программ (ОП) и организацией работы Терапевтических Лекарственных Комитетов (ТЛК) в соответствии с рекомендациями ВОЗ и основными принципами Доказательной медицины (ДМ) - Evidence Based Medicine (EBM).

#### Список литературы

1. Мрочек А.Г., Нечесова Т.А., Коробко И.Ю., Ливенцева М.М. Национальные рекомендации «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии», 2010.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. 14-е издание, перераб. И доп.-М.: ООО «Новая Волна», 2002.
3. Справочник Видаль, Лекарственные препараты в России, 9-ое издание, ЗАО «АтраФармСервис», 2003.
4. Кушаковский М.С. Первичная артериальная гипертензия: болезнь регуляции или форма компенсации // Кардиология. - 1983. - Т.23, №5. - С.102-104.

*Раджабов У.Р., Носиров Н.Р.*

### **ОБЩЕТОКСИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСОВ ЦИНКА(II), СЕРЕБРА(I) С АЦЦ И ЕГО КОМБИНАЦИЯМИ НА ОСНОВЕ ЧЕСНОКА (LLIUM SATIVUM)**

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и ЦНИЛ.  
Таджикистан

**Актуальность.** В последние десятилетия увеличилось количество лекарственных препаратов, представляющих собой синтетические аналоги природных биологически активных веществ. Известно, что среди жизненно важных элементов цинк участвует для регулирования каталитически ферментативных процессов в стадии биохимических реакций. Роль цинка в клеточном и гуморальном иммунитете ни у кого не вызывает сомнений. Установлено, что при комплексообразовании ионов различных металлов с биологически активными соединениями, в том числе иммуноактивными, происходит увеличение специфической и расширение спектра биологической активности последних. В связи с этим, представляется актуальным изучение комплексообразования аминокислот с ионами биоло-

гически активных металлов, таких как цинк, и создание на их основе новых высокоэффективных иммуномодулирующих препаратов [1,2].

**Цель исследования.** Изучение общетоксических свойств координационного соединения цинка, серебра с ацетилсистеином и его комбинация на основе чеснока (*lilium sativum*).

**Материал и методы исследования.** Синтезированы координационные соединения цинка (II) и железа (II) с ацетилсистеином. Состав синтезированных координационных соединений установлен методом элементного анализа, ИК – спектроскопии, рентгенографии, ЭПР, кондуктометрии, криоскопии изучены безвредность и токсичность комплексов [3,4].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Поставленная цель достигается тем, что применяется новое координационное соединение цинка, серебра с ацетилсистеином, которое синтезируется взаимодействием цинк сульфат, серебро сульфат с ацетилсистеином в водной среде. С целью оценки безвредности нового координационного соединения цинк, серебро с ацетилсистеином в ориентировочно терапевтической дозе 0,03 гр комплекса тонко измельчёно растворяют в 1500 гр вода получается прозрачный раствор сплавляющая частичками комплекса оставляют на 15 –дней в темноте защищёном от цвета. Для определения ориентировочно терапевтического доза вводили 3мл белым мышам ( массой 180-200 г ), в течение 21 дней.

Белым мышам вводили координационное соединение цинк , серебро с ацетилсистеином с концентрацией 1-10% однократно перорально в объем 3мл дозе 0,15 г/кг массы тела ( 2 группа ), 3-ая группа контрольная , которым вводили дистиллированную воду. При наблюдении (14 дней ) за лабораторными животными учитывали общее состояние ,внешний вид ,поведенческие реакции. При осмотре внутренних органов павших животных слизистая оболочка желудка была гиперемирована и наполнена кормовыми массами, печень без изменения, в кончиках легких было точечное кровоизлияние. Не установлено отрицательного влияния разных доз препаратов. Поведение, состояние слизистых оболочек и шерстного покрова подопытных и контрольных животных не отличались [1,2].

В результате проведенных экспериментов установлено, что испытуемые препараты не вызывают даже незначительных явлений гиперемии, отека, расчесов на месте аппликации. У животных, также, не выявлено признаков токсикоза при кожной аппликации испытуемыми соединениями.

**Выводы.** Таким образом, у координационных соединений цинка и серебро с ацетилсистеином и его комбинация на основе чеснока (*lilium sativum*) не выявлено кожно-раздражающего и кожно-резорбтивного действия и относится к категории безвредных веществ.

#### Список литературы

1. Аббасова С.Г., Липкин В.М., Трапезников Н.Н., Кушлинский Н.Е. Система FAS - FASL в норме и патологии // Вопр. биол., мед., фарм. химии. - 1999. - №3.-С.3-17.
2. Авруцкий Г.Я., Мосолов С.Н. Руководство по психиатрии /под ред. А.С.Тиганова, М., 1999.-с. 202–206.
3. Аладышева Ж.И., Беляев В.В., Береговых В.В. Практические аспекты работ по валидации аналитических методик//Фармация, 2008, № 7.-С.8-14.
4. Алексеев В.Г., Самуйлова И.С. Комплексообразование в системах кобальт (II)-глицин-бета-лактамы антибиотики // Журнал неорганической химии.-2008.-Т.53, № 2.-С.370-372.
5. Алексеев В.Г., Самуйлова И.С. Комплексообразование в системах никель (II)-глицин-β-лактамы антибиотики // Координационная химия.-2007.-Т.33, № 12.-С.930-933.

*Рахимова Р.Н., Ёрмамадова С.Г. Раджабов У.Р.*

#### БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАЛБЦИНКАТА

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии и ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Таджикский национальный Университет. Таджикистан

**Актуальность.** Важную роль в ветеринарии играют соединения цинка (II) и меди (II) с азолами. Например, противомикробная активность обнаружена у соединений цинка (II) и меди (II) с азолами, которые применяются в ветеринарной практике в качестве противопаразитарных, антигельминтных и антигрибковых препаратов [1,2]. Сведения о составе координационных соединений цинка (II) и меди (II) в растворах азолов немногочисленны. Поэтому исследование комплекс образования цинка (II) и меди (II) в водных растворах азолов, именно альбендазола, актуально.

**Цель исследования.** Изучение гепатозащитных свойств малбцинката при экспериментальном тетрахлорметановом токсическом гепатите на белых крысах.

**Материал и методы исследования.** В экспериментах использовано 30 белых беспородных крыс самцов весом 150-200 г. В каждой опытной и контрольной группе животные были одного возраста и веса. Для проведения исследований *in vivo* по влиянию на метаболические процессы и функцию печени крыс, на основании модельных экспериментов, были отобраны наиболее перспективные продукты (масло льна и препарат карсил). В связи с чем опытные животные были распределены на следующие группы. Первая группа (6 крыс) – интактные животные. Вторая группа (6 крыс) – животные с моделью токсического поражения печени, вызванного введением  $CCl_4$ , исследование биохимических параметров у которых производилось на 7 сутки после начала эксперимента. Третья группа (6 крыс) - животные с моделью токсического поражения печени, вызванного введением  $CCl_4$ , исследование биохимических параметров у которых производилось на 30 сутки после начала эксперимента. Четвертая группа (6 крыс) – животные, с предварительно созданным экспериментальным токсическим поражением печени, которым по гастральному зонду вводили изучаемые гепатопротекторы: «Малбцинкат» – подгруппа IVA (n=6) , карсил - подгруппа IVB (n=6).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Экспериментальными исследованиями установлено, что малб-

цинкат в дозах 0,5-0,7 мл/кг, при остром и подостром поражении печени, по сравнению с контрольными животными, достоверно (P 0,001) снижают активность маркеров цитолитического синдрома (АЛТ, АСТ) и холестаза (ЩФ) в сыворотке крови подопытных крыс. Наряду с этим снижают повышенную активность показателя перекисного окисления липидов (МДА), а также улучшают показатели липидного состава крови в том числе, снижают повышенное влияние гепатотоксина на уровень триглицеридов и ЛПНП, восстанавливая одновременно уровень холестерина и ЛПВП., особенно в дозе 0,7 г/кг массы.

Однако, как известные соединения, широко применяющиеся в настоящее время в медицине, так и менее распространенные, не изучены в полной мере. В этой связи представляется актуальным исследование по уточнению биохимических механизмов, лежащих в основе токсического поражения печени, а также поиск и изучение механизма действия новых, наиболее эффективных гепатопротекторов, с выраженными гиполипидемическими и антиоксидантными свойствами.

Установлено, что токсическое поражение печени сопровождается повышением маркеров цитолитического синдрома (АЛТ, АСТ) и холестаза щелочной фосфатазы (ЩФ), а также нарушением антиоксидантной системы повышением активности малонового диальдегида (МДА), что ясно просматривается в представленной таблице 3.

Согласно полученным результатам в при остром токсическом гепатите на фоне СС14 наблюдается достоверное повышение активности АСТ на 246%, АЛТ на 274%, ЩФ в 2 раза и показатели МДА в 1,6 раза по сравнению с интактными животными. У контрольных крыс при остром токсическом поражении печени СС14 наблюдается формирование цитолитического синдрома, внутрипеченочного холестаза и активации перекисного окисления липидов. Результаты приведены в таблице.

Таблица

**Влияние малбцинката на показатели маркеров цитолитического синдрома, холестаза и малонового диальдегида при остром токсическом гепатите (M±m).**

Серия опытов и дозы в г/кг	Биохимические показатели			
	АсАТ-Е/л	АлАТ-Е/л	ЩФ-Е/Л	МДА нмолс/л
Интактные	$33,0 \pm 3,1$ 100%	$35,5 \pm 2,1$ 100%	$680,0 \pm 23,0$ 100%	$3,1 \pm 0,5$ 100%
контрольные СС14 0,2	$100 \pm 9,1$ $p < 0,001$ +246	$105,5 \pm 6,8$ $p < 0,001$ +274%	$924,4 \pm 31,2$ $p < 0,001$ 65,3	$8,75 \pm 1,4$ $p < 0,001$ +163,8%
Малбцинкат 0,5мл + СС14 0,2мл	$70,0 \pm 6,0$ $p < 0,01$ -28,0	$78,0 \pm 5,1$ $p < 0,05$ -29,4%	$905,3 \pm 26,2$ 19,4	$6,1 \pm 0,7$ $p < 0,05$ +30,4
Малбцинкат 0,7 мл + СС14 0,2	$62,2 \pm 5,4$ $p < 0,05$ -34,4	$71,75 \pm 4,2$ $p < 0,01$ -36,1%	$704,5 \pm 27,7$ $p < 0,05$ 37,4	$5,05 \pm 0,7$ $p < 0,001$ 42,2
Карсил 0,2 г/кл + СС14 0,2 мл	$75,7 \pm 4,9$ $p < 0,05$ 31,2	$65,3 \pm 3,9$ $p < 0,05$ -31,6%	$740,0 \pm 29,6$ $p < 0,05$ 34,2%	$5,7 \pm 1$ -34,2%

Примечание: показатели P для контрольной серии даны по отношению к интактным, а для опытной серии по отношению к контрольным.

В сериях, получавших испытуемое средство малбцинката в дозах 0,5 и 0,7 г/кг массы при остром токсическом гепатите наблюдаются положительные изменения в сторону улучшения показателей, нарушенных токсическими воздействиями тетрахлорметана. Активность маркеров цитолитического синдрома по сравнению с контрольными, особенно в дозе 0,7 мл/кг массы, снижается на 34,4%, 36,1% соответственно, показатель холестаза ЩФ – на 37,4%, а активность МДА снижается на 42,2%. Показатели препарата сравнения Карсила превосходили аналогичные свойства испытуемого средства в дозе 0,5 мл/кг, однако МАЛБЦИНКАТ в дозе 0,7 мл/кг по всем показателям был эффективнее Карсила.

Месячное введение малбцинката особенно в дозе 0,7 г/кг достоверно (P 0,001-0,05) снижает активность АЛТ, АСТ, МДА и показатели ЩФ, по сравнению с показателями контрольных серий. При сравнительном анализе полученных данных установлено, что Карсил при подостром токсическом гепатите незначительно превосходит аналогичные свойства малбцинката.

**Выводы.** Таким образом установлено, что испытуемое средство малбцинкат в дозе 0,7мл/кг обладает достаточно эффективными гепатопротекторными свойствами.

#### Список литературы

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства, В 2т, Т.1., Т.2.-М - ООО Издательство «Новая волна», 2004, с. 540 и 608.
2. Раджабов У.Р, Ёрмамадова С.Г, Рахимова Р.Н, Мижгони Шухратзода - Синтез и применение металлосодержащих биоактивных координационных соединений – Душанбе: Ирфон, 2017, 151 с.
3. Государственная Фармакопея СССР X-го издания. -Москва,- “Медицина”.-1968. -1049с.
4. Государственная Фармакопея СССР XI-го издания, вып.1.- Москва- “Медицина”.- 1987.-336с.
5. Раджабов У.Р, Рахимова Р.Н, Ёрмамадова С.Г. Азольные координационные соединения Fe и Zn, их биологические свойства Вестн. ТНУ. –Душанбе: Сино, 2014, №1/4(153), с. 62-66.

*Симонова Н.В., Доровских В.А., Анохина Р.А.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ ЛЕВЗЕИ И ЭЛЕУТЕРОКОККА ПРИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ ОБЛУЧЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кафедра госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. Благовещенск. Россия.

**Актуальность.** Результаты исследований, проведенными в последнее десятилетие, показано, что ультрафиолетовое облучение (УФО) способствует формированию окислительного стресса в теплокровном организме [4]. Использование фитоадаптогенов в качестве стресс-корректоров процессов липопероксидации в эксперименте неоднократно демонстрировало высокую эффективность, в том числе в многочисленных исследованиях, выполненных на кафедре фармакологии Амурской медицинской академии [2, 3]. Преимущества средств природного происхождения перед синтетическими состоят в том, что они представляют собой комплексы биологически активных веществ, близких по своей природе эндогенным биорегуляторным соединениям, благодаря чему оказывают адекватное корригирующее действие на функциональное состояние организма на разных уровнях его биологической организации; обладают широким спектром активности и поливалентностью лечебного действия; характеризуются постепенным нарастанием эффекта, низкой токсичностью и отсутствием побочных реакций при длительном применении [1, 4, 5].

**Цель исследования.** Изучение сравнительной эффективности экстрактов левзеи и элеутерококка при ультрафиолетовом облучении в эксперименте.

**Материал и методы исследования.** Опыты проводили в течение 14 дней на 40 белых беспородных крысах-самцах массой 180 – 220 г, полученных из питомника ЦНИЛ Амурская ГМА. Животных содержали в виварии при естественном освещении в условиях контролируемой температуры ( $22 \pm 2$ ) °С и влажности ( $65 \pm 10$ ) % воздуха при свободном доступе к воде и стандартному корму.

Протокол экспериментальной части исследования на этапах содержания животных, моделирования патологических процессов и выведения их из опыта соответствовал принципам биологической этики, изложенным в Международных рекомендациях по проведению медико-биологических исследований с использованием животных (1985), Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях (Страсбург, 1986), Приказе МЗ СССР №755 от 12.08.1977 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организационных форм работы с использованием экспериментальных животных», Приказе МЗ РФ №267 от 19.06.2003 «Об утверждении правил лабораторной практики».

При завершении научных исследований выведение животных из опыта проводили путем декапитации с соблюдением требований гуманности согласно приложению № 4 к Правилам проведения работ с использованием экспериментальных животных (приложение к приказу МЗ СССР № 755 от 12.08.1977 «О порядке проведения эвтаназии (умерщвления животного)»). Исследование одобрено Этическим комитетом Амурской государственной медицинской академии.

Ультрафиолетовое облучение (УФО) проводили ежедневно в условиях ультрафиолетовой установки. Животные были разделены на 4 группы, в каждой по 10 крыс: 1 группа – интактные крысы, которые содержались в стандартных условиях вивария; 2 группа – контрольная, в которой крысы подвергались воздействию УФО в течение 3 минут ежедневно; 3 и 4 группы – экспериментальные, где животным перед облучением вводили перорально, соответственно, экстракт левзеи и экстракт элеутерококка в дозе 1 мл/кг. После декапитации животных кровь собирали в охлажденные пробирки с гепарином, центрифугировали при 3000 об/мин в течение 15 мин, полученную плазму крови хранили при температуре  $-18$  °С до момента исследования. Интенсивность процессов ПОЛ оценивали, исследуя содержание в крови животных гидроперекисей липидов (ГП), диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и компонентов АОС – церулоплазмина, витамина Е по методикам, изложенным в ранее опубликованных нами работах [2, 3, 4]. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента ( $t$ ) с помощью программы Statistica v.6.0. Результаты считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что воздействие на крыс ультрафиолетовых лучей сопровождается накоплением продуктов пероксидации в крови контрольных животных (табл. 1): увеличением содержания ГП на 52% в сравнении с аналогичным показателем в группе интактных крыс, ДК – на 59%, МДА – на 46%, что согласуется с результатами исследований, опубликованных нами ранее [2, 3, 4].

В свою очередь, введение экстракта левзеи в условиях окислительного стресса, индуцированного воздействием УФО, сопровождалось достоверным снижением содержания продуктов радикального характера в сравнении с показателями в контрольной группе: концентрация ГП уменьшилась на 33%, ДК и МДА – на 29%. Использование экстракта элеутерококка в эксперименте в очередной раз подтвердило антиоксидантную активность адаптогена: уровень ГП снизился на 25%, ДК – на 20%, МДА – на 22% в сравнении с аналогичными показателями в группе контрольных крыс.

**Таблица 1. Содержание продуктов ПОЛ (нмоль/мл) в плазме крови экспериментальных животных (M±m)**

Группы животных	ГП	ДК	МДА
Интактная	25,5±2,0	30,6±2,4	4,8±0,2
УФО (контроль)	38,8±2,2*	48,5±2,8*	7,0±0,5*
УФО + экстракт левзеи	26,0±2,0**	34,6±3,0**	5,0±0,3**
УФО + экстракт элеутерококка	29,2±2,3**	39,0±2,9	5,5±0,2**

*Примечание:* здесь и далее \* - достоверность различия показателей по сравнению с группой интактных животных ( $p < 0,05$ ); \*\* - достоверность различия показателей по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Оценивая влияние фитоадаптогенов на содержание продуктов радикального характера в сравнительном аспекте, важно отметить, что препарат элеутерококка уступает препарату левзеи по способности препятствовать накоплению продуктов перекисидации в крови облучаемых крыс.

Оценивая состояние антиоксидантной системы (АОС), было констатировано, что УФО сопровождается напряжением и истощением АОС (табл. 2): содержание церулоплазмينا в крови контрольных крыс в сравнении с интактными животными снизилось на 28%, витамина Е – на 21%.

**Таблица 2. Содержание компонентов АОС (мкг/мл) в плазме крови экспериментальных животных (M±m)**

Группы животных	Церулоплазмин	Витамин Е
Интактная	30,4±2,2	60,8±3,4
УФО (контроль)	22,0±1,6*	48,2±2,9*
УФО + экстракт левзеи	29,6±1,5**	59,6±2,8**
УФО + экстракт элеутерококка	28,8±1,8**	55,4±3,0

Использование экстракта левзеи для коррекции процессов перекисидации в условиях УФО способствовало повышению активности АОС в крови подопытных животных: содержание церулоплазмينا выросло на 35% по сравнению с аналогичным показателем в группе контрольных крыс, уровень витамина Е увеличился на 24%. В свою очередь, исследование уровня компонентов АОС в условиях коррекции введением экстракта элеутерококка позволило констатировать повышение активности церулоплазмينا на 31%, витамина Е – на 15%. Таким образом, изучение сравнительной эффективности фитоадаптогенов при УФО в эксперименте позволило установить более высокую антиоксидантную активность у препарата левзеи.

**Выводы.** Экстракт левзеи обладает более выраженной антиоксидантной активностью в сравнении с экстрактом элеутерококка при воздействии на лабораторных животных ультрафиолетовых лучей, что подтверждается снижением уровня продуктов липоперекисидации в плазме крови крыс и повышением содержания церулоплазмينا и витамина Е.

#### Список литературы

1. Симонова, И.В. Фитопрепараты в профилактике заболеваний органов дыхания у детей / И.В. Симонова, В.А. Доровских, Н.В. Симонова // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2017. - №63. – С. 75-79.
2. Симонова, Н.В. Адаптогены в коррекции процессов перекисидного окисления липидов биомембран, индуцированных воздействием холода и ультрафиолетовых лучей / Н.В. Симонова, В.А. Доровских, М.А. Штарберг // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2011. - №40. – С. 66-70.
3. Симонова, Н.В. Настои лекарственных растений и окислительный стресс в условиях ультрафиолетового облучения / Н.В. Симонова // Вестник Саратовского госагроуниверситета им. Н.И. Вавилова. – 2011. – №8. – С. 23-26.
4. Симонова, Н.В. Фитопрепараты в коррекции процессов перекисидного окисления липидов биомембран, индуцированных ультрафиолетовым облучением: автореф. дисс. д-ра биол. наук / Н.В. Симонова. – Благовещенск, 2012. – 46 с.
5. Pratt, D.A. Free radical oxidation of polyunsaturated lipids: New mechanistic insights and the development of peroxyl radical clocks / D.A. Pratt, K.A. Tallman, N.A. Porter // Acc. Chem. Res. – 2011. – Vol. 44. – №6. – P. 458–467.

*Урунова М.В., Хочаева Ф.М., Хилолова М.Х.*

### ОМУЗИШИ ЗАХРНОКИИ МУЗМИНИ ОБЌУШИ МЕВАҲОИ СОФОРАИ ЧОПОНӢ

Кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Мухимият.** Дар давоми ҳастии худ одамизод барои табобат ва зебо нигоҳ доштани намуди зохирии худ аз сарчашмаҳои табиӣ васеъ истифода мебард.[1]

Вобаста аз ин, марҳилаи муҳими омузиши ин маводи доругӣ на танҳо муайянкунии фаъолнокии ҳоси он мебошад, балки омузиши захрнокии шадид ва музмини ин маводи доругӣ ҳангоми истифодаи тӯлонии он мебошад.[3]

Аз рӯйи кори (омузиши) бисёр олимони Тоҷикистон, исбот шудааст, ки растаниҳои шифобахши рағғани эфирӣ ва флавоноиддошта таъсири намоёни табобатӣ доранд.[2]

Меваҳои софораи чопонӣ ҳангоми пухта расиданашон дорои 8 флавоноид мебошанд; ба монанди софорин (рутин), кемпферол - 3 – софорозид, кверсетин -3- рутинозид ва генистеин -2- софорабиазид изофлавоноид глизид – софорикозид ва ғ. [4]

**Мақсади тадқиқот.** Мо дар назди худ мақсад гузоштем, ки дар таҷриба захрнокии музмини обҷӯши меваҳои софораи чопониро омузем. (ОМСҶ) (1:10)

#### Мавод ва усули тадқиқот:

Шартан, дар шароити озмоиши музмин (тӯлонӣ) дараҷаи бехатарии ОМСҶ (1:10) дар 60 калламушони сафеди болиғи безот бо вазни 170- 200 гр. гузаронида шуд.

ОМСҶ (1:10) аз рӯйи Фармакопеяи Давлатии СССР (ГФ СССР XI, 1991) тайёр карда шудааст.

Ҳайвонот ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: 1- назоратӣ, ки ҳаррӯза д/м ба онҳо оби мукаттар бо ҳисоби 5 мл/кг ҳаҷм (вазн) ворид карда шуд; 2- калламушҳои таҷрибавӣ, ки д/м ОМСҶ (1:10) бо ҳисоби 2мл/кг ҳаҷм (вазн) ворид карда шуд; 3- калламушҳои таҷрибавӣ, ки д/м ОМСҶ (1:10) бо ҳисоби 5 мл/кг ҳаҷм ворид карда шуд.

Обҷӯши тозатайёркардашуда як маротиба дар як шабонарӯз дохилимеъда (д/м) дар давоми 4 моҳ ҳаррӯза дар меъри 2 ва 5 мл/кг ҳаҷми (вазни) ҳайвонот ворид карда шуд.

Ба калламушони назоратӣ аз рӯйи ҳамин нақша оби мукаттарро дохилимеъда аз ҳисоби 5мл/кг вазн ворид кардем.

Аз рӯйи зиндамонӣ ва мавти ҳайвонот пас аз 7, 15, 60 ва 120 рӯз мушоҳида гузаронда шуд. Инчунин барои омӯзиши нишондиҳандаҳои хуни ноҳиявӣ- эритроцитҳо, лейкоцитҳо, тромбоцитҳо, гемоглобин ва СТЭ хун гирифта шуд.

Дар давоми мушоҳидаи ҳаррӯза дар намуди зоҳирӣ, рафтор ва фаъолияти ҳаракатии ҳайвонот, миқдори гизои истеъмолкарда ва моеи нӯшидаи ҳайвонот дар гурӯҳи назоратӣ ва гурӯҳҳои таҷрибавӣ ягон фарқият дида нашуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Таҷрибаҳо нишон доданд, ки зиндамонӣ дар гурӯҳи таҷрибавӣ назар ба назоратӣ, ки оби муқаттар мегирифтанд, бештар мушоҳида карда шуд. Аз 20 калламуши таҷрибавӣ, ки ОМСЧ (1:10) - ро бо меъёри 2 ва 5 мл/кг вазн д/м гирифтанд, дар ҳар ду ҳолат 19 калламуш зинда монд, ки 95 %- ро ташкил дод. Оқибати марговар ба 5 % баробар шуд. Ҷадвали № 1

**Зиндамони калламушони сафед дар протсессии воридкунии дохилимеъдагии меъёрҳои гуногуни ОМСЧ (1:10) д/м дар давоми 4 моҳ**

Гурӯҳи таҷрибаҳо ва меъёрҳо дар мл/кг ҳаҷм (вазн)	Шумораи калламушҳо дар гурӯҳҳо	Аз онҳо зинда монд	
		Шумора	Дар %
1. Назоратӣ- 5 мл/ кг оби муқаттар	20	17	85
2. Таҷрибавӣ - ОМСЧ 2 мл/ кг	20	19	95
3. Таҷрибавӣ - ОМСЧ 5 мл/ кг	20	19	95

Дар ҳайвоноте, ки ОМСЧ-ро дар меъёрҳои 2 ва 5 мл/кг ҳаҷм (вазн) дар шароити таҷрибаи музмин (дуру дароз, тӯлонӣ) гирифта буданд, нисбати натиҷаи ҳайвоноти гурӯҳи назоратӣ миқдори миёнаи эритроцитҳо, лейкоцитҳо, тромбоцитҳо ва консентратсияи гемоглобин бештар мутобиқ буданд ё андак зиёд буданд.

Инчунин нишондиҳандаи СТЭ дар бештари ҳолатҳо нисбати калламушҳои назоратӣ сахҳ камтар буданд, ( $P < 0.001$ ) ки ин аз мавҷуд набудани (ҷой надоштани) таъсири гематотоксикии ОМСЧ шаҳодат медиҳад. Ҷадвали № 2

Аз рӯйи ин маълумотҳо бар меояд, ки ин маводи доругӣ таъсири васеи терапевтӣ ва таъсири токсикӣ наст дорад.

Ҷадвали № 2

**Нишондодҳои хуни ноҳиявӣ ҳангоми таҷрибаи музмин (ҳангоми д/м ворид кардани ОМСЧ)**

Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёрҳо дар мл/кг ҳаҷм (вазн)	Эритроцитҳо мл/л дар см. кв	Лейкоцитҳо дар ҳаз. Дар мм. кв	Гемоглобин дар %	СТЭ мм/ соат
1. Назоратӣ – оби муқаттар 5мл/кг P1 n=20	4.3 ± 0.04 100%	7.1 ± 0.1 100 %	88.1 ± 1.5 100 %	4.3 ± 0.04 100 %
2. ОМСЧ 2 мл/кг P2 n=20	4.7 ± 0.07 109.3%	7.9 ± 0.2 111.3 %	91.0 ± 1.8 113.3 %	3.6 ± 0.1 83.7 %
3. ОМСЧ 5 мл/кг P3 n=20	5.3 ± 0.02 123.2 %	8.2 ± 0.3 115.5 %	118.0 ± 2.1 133.9 %	3.9 ± 0.1 91 %

$P 1 - P 2 < 0.001 < 0.01 > 0.05 < 0.001$

$P 1 - P 3 < 0.001 < 0.01 > 0.001 < 0.001$

**Хулосаҳо.** Ҳамин тавр, дар натиҷаи таҷрибаҳои гузаронида муайян карда шуд, ки воридкунии музмини (тӯлонии 4 моҳ) дохилимеъдагии ОМСЧ дар давоми 4 моҳ бо меъёри 2 ва 5 мл/кг вазн ба вазифаи чигар, дил, узвҳои ҳозима ва хун ягон ҳел таъсири манфӣ намерасонад.

Вобаста аз ин бар меояд, ки ОМСЧ дар шароити таҷрибаи музмин захрнокӣ умумӣ, гепато-,нефро-, кардио- ва таъсири гепатотоксикӣ намерасонад. Аз ин рӯ мо метавонем онро ба муддати тӯлонӣ дар табobati комплекси беморони диабетӣ қанд ва дигар носомониҳои мубодилавии ба он монанд тавсия диҳем

**Адабиёт**

1. Абуалӣ ибни Сино. Ал-қонун фит тиб. Кит.5/ Абуалӣ ибни Сино. Тошкент, нашриёти АИ РСС Узб., 1960. – 330 с.
2. Азонов Д. А. Фармакологияи гераноретинол ва равғанҳои эфирӣ./ Д.А. Азонов//Дисс. ба унв. уч.ст. док.илмҳои тиб.- Санкт Петербург, 1995.-260 с.
3. Омӯзиши захрнокӣ шадид ва фаъолнокӣ антиоксидантии экстракти баргҳои хушки сиёҳбед/ И.Ю. Лобанова (ва диг.)//Тадқиқотҳои фундаменталӣ. -2012. -№ 9 (қисми 2) – сах.308-312.
4. Ишонкулова Б. А. Фармакологияи баъзе растаниҳои шифобахши қандпастанандаи Тоҷикистон./ Б.А. Ишонкулова, монография. – г. Душанбе, 2015. – 159 с.
5. Анварова Ш.С. Реабилитатсияи комплекси беморони диабетӣ қанд бо полинейропатия./ Ш.С. Анварова, Н.Ф. Ниязова, Г.Р. Хатибаева // Саҳми илми тиб дар беҳдошти оила: мав. Конф.илмӣ- солонаи 63- конф.таҷр.- Душанбе, 2016.-С.171-172

*Урунова М.В., Ишанкулова Б.А., Шаропов С.К.*

**ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НАСТОЯ ЛИСТЬЕВ КРАПИВЫ ДВУДОМНОЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время усилия многих опытных специалистов-фармакологов направлены на изучение растительного мира с целью создания новых, более эффективных лекарственных препаратов (4). Лечебное действие многих видов лекарственных растений, применяемых в медицинской практике, связано с наличием в них различных биологически активных веществ как алкалоиды, эфирные масла, флавоноиды, полифенолы, органические



ские кислоты, макро- и микроэлементы, витамины и другие, которые при поступлении в организм человека определяют тот или иной фармакологический эффект (5). Из фармакологических свойств наиболее характерно для эфирных масел наличие гипополидемической, антиоксидантной, антидиабетической, противовоспалительной, противомикробной активности (3).

В настоящее время в Таджикистане произрастает большое количество эфиромасличных лекарственных растений, которые остаются мало изученными (1). Поэтому, поиск новых, наиболее эффективных лекарственных растений, обладающих гипополидемическими, антидиабетическими и антиоксидантными свойствами является актуальной проблемой современной фармакологии (2).

**Цель исследования:** Целью исследования явилось изучение гипополидемических свойств крапивы двудомной, произрастающей в Таджикистане на модели гиперлипидемии у белых крыс в эксперименте.

**Материалы и методы исследования.** Исследованию подвергался настой из листьев крапивы двудомной (1:10). В качестве сравнения эффективности изучаемого растения был использован настой листьев шелковицы (1:10), разработанный и изученный сотрудниками кафедры фармакологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2). Настой готовили в соответствии с требованиями Государственной Фармакопеи (ГФ СССР, XI, 1991).

Эксперименты были проведены на 28 белых беспородных крысах обоего пола весом 200-225 гр. Животные были разделены на 4 группы. 1-я группа составила интактные крысы, получавшие внутривенно дистиллированную воду в дозе 5 мл/кг массы тела в течение 30 суток; 2-я группа – контрольные, нелеченные животные, получавшие холестериную диету и внутривенно дистиллированную воду в дозе 5 мл/кг массы тела по той же схеме; 3-я группа – опытные животные с холестериновой диетой, леченные настоем крапивы двудомной в дозе 5 мл/кг массы тела по той же схеме и 4-я группа – белые крысы с холестериновой диетой, леченные настоем листьев шелковицы в дозе 5 мл/кг массы в течение 30 суток. В течение 30 суток крыс кормили диетой, которая содержала холестерин, метилурацил, растительное масло, предварительно прогретое. К диете добавляли животный жир из расчета 1:4. В течение 30 суток вес крыс увеличивался до 290-350 гр. Лечение настоем крапивы начинали на 7-ой день после того, как животные набирали вес. В конце эксперимента, после предварительного 14 часового голодания производили забор крови для изучения соответствующих биохимических показателей. Кровь в объеме 3-4 мл была взята у каждой крысы путем рассечения нижней десны.

**Результаты исследования и их обсуждение.** О результатах эксперимента у белых крыс, получавших гиперхолестериновую диету оценку состояния липидного обмена, проводили по следующим показателям: уровню общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП) (табл. №1). Содержание липидов в крови определяли по методу Маграчевой (1973).

Как показывают результаты экспериментов у крыс контрольной группы (нелеченные) отмечалось увеличение содержания общего холестерина на  $3,7 \pm 0,1$  ммоль/л - 141%, по сравнению с исходным  $2,6 \pm 0,07$  ммоль/л, принятым за 100%, триглицеридов –  $1,48 \pm 0,05$  ммоль/л - 175%, ЛПНП -  $13,8 \pm 0,6$  ммоль/л - 155%, а ЛПВП напротив снижалось до  $30,2 \pm 0,3$  ммоль/л - 60% ( $P < 0,001$ ).

Таблица №1.

**Сравнительная характеристика влияния лекарственных растений на обмен липидов в сыворотке крови у белых крыс с гиперлипидемической диетой (ГЛД) ( $M \pm m$ )**

$P <$

№	Серия опытов и дозы в мл/кг массы	Концентрация липидов в сыворотке крови			
		Холестерин ммоль/л	Триглицериды ммоль/л	ЛПНП	ЛПВП ммоль/л
1	Интактные – дистил. вода 5 мл/кг массы	$2,6 \pm 0,09$	$0,84 \pm 0,03$	$8,8 \pm 0,3$	$46,7 \pm 0,8$
2	Контрольные с ГЛД (нелеченные) + дистил. вода 5 мл/кг массы	$3,7 \pm 0,1$ 141 % $P < 0,001$	$1,48 \pm 0,05$ 175% $P < 0,05$	$13,8 \pm 0,6$ 155% $P < 0,001$	$30,2 \pm 0,3$ - 54 % $P < 0,001$
3	Опытные с ГЛД + настоем листьев крапивы двудомной 5 мл/кг массы	$2,9 \pm 0,06$ 126% $P > 0,05$	$1,09 \pm 0,04$ 126% $P > 0,05$	$10,8 \pm 0,5$ 121% $P < 0,05$	$45,9 \pm 0,7$ 52% $P > 0,05$
4	Опытные с ГЛД + настоем листьев шелковицы, 5 мл/кг массы	$2,7 \pm 0,05$ 134% $P > 0,05$	$1,0 \pm 0,02$ 147% $P < 0,05$	$10,1 \pm 0,5$ 136% $P < 0,05$	$46,9 \pm 0,5$ 55% $P > 0,05$

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей по сравнению с интактной серией

У опытных крыс, получавших настой листьев крапивы двудомной наблюдалось достоверное снижение содержания общего холестерина и триглицеридов на 126%, ЛПНП на 121% (табл. №1). В то же время, концентрация ЛПВП под действием настоя крапивы двудомной повысилась на 52% и приближалась к исходным показателям. У животных сравнительной серии получавших настой листьев шелковицы показатели были сравнительно лучше.

Таким образом, результаты экспериментов установили, что настой листьев крапивы влияет на липидный обмен, т.е. снижаются показатели липопротеидов сыворотки, проявляющийся в уменьшении повышенной при гиперлипидемии.

**Выводы.** Под действием настоя листьев крапивы двудомной нормализуются показатели липидов, что можно применять в комплексном лечении у больных с метаболическим синдромом.

**Список литературы:**

- Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана. Монография /Б.А.Ишанкулова, Душанбе, 2015 г. -191 с.
- Ишанкулова Б.А., Урунова М.В., Насруллоева М.Х., Исмаев С.Н. Фармакология некоторых лекарственных растений Таджикистана, обладающих гипополидемическим действием //Б.А.Ишанкулова [и др.] Проблемы Гастроэнтерологии, №1 (70), 2019. – Стр. 40-45
- Носов А.М. Лекарственные растения официальной и народной медицины /А.М.Носов. – Москва, Эксмо, 2005. С.304-306.

- Соколов С.Я. Фитотерапия и фармакология. /С.Я.Соколов.– М.:Медицинское информационное агентство, 2000. – Стр. 56-78
- Norman Grainger Bisset (ed.) Herbal Drugs and Phytopharmaceuticals / Handbook for Practice and Scientific Basis. – London, 2001. -P.69-122.

*Хабирова С.З., Саидова Г.Х., Зубайдова Т.М.*

### ДЕЙСТВИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ «ГЕПАТОЛЫ» НА ДИУРЕЗ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Отдел фармакологии и токсикологии лекарств ГУ Научно–исследовательского фармацевтического центра НАН РТ.

Центральная районная больница района Рудаки, родильное отделение  
ГУ Институт гастроэнтерологии НАН РТ.  
Таджикистан

**Актуальность.** Почки играют большую роль в период беременности. Во время беременности почки выполняют двойную нагрузку. Очищают от шлаков, метаболитов от реакции организма матери и плода. Эфирные масла «Гепатолы» обладают противовоспалительным, эндоочишающим, противоотечным и успокоительным действием.

Эфирные масла «Гепатолы» получены из отечественных лечебных растений, как травы душицы мелкоцветковой, травы фенхеля обыкновенного, травы герани розовой и из семечек подсолнечника однолетнего, которые применяли в древней, народной и современной медицине таджиков с целью лечения заболевания почек и мочевыводящих путей, заболевания бесплодия у женщин и мужчин [1-3].

Таблица 1

#### Диуретическое действие эфирных масел «Гепатолы». В среднем по 10 крыс в серии

Серия опытов и дозы на кг массы	Количество выделившейся мочи		рН мочи
	За 1 час в мл	Всего за 3 часа	
1.Контрольные (интактные) 20 мг/кг подсол.масло через:			
1 час	2,10 ± 0,03	3,8± 0,04 100%	6,4 ± 0,08
2	1,0 ± 0,01		
3	0,7 ± 0,01		
2.Эфирные масла 20 мг/кг, через			
1 час	2,25 ± 0,05 0,02*	4,07 ± 0,05 P<0,5	6,5 ± 0,07
2 часа	1,05 ± 0,01		
3 часа	0,5 ± 0,02		
3. Эфирные масла 50 мг/кг, через			
1 час	2,39 ± 0,02	4,09 ± 0,04 P<0,5	6,6± 0,03
2 часа	1,0 ± 0,02		
3 часа	0,7± 0,01		

Примечание:  $M \pm m$   
P< 0,5

\* - значение P для опытной серии дано по сравнению с контрольной серией.

**Цель исследования.** Изучение действия эфирных масел «Гепатолы» на диурез у беременных белых интактных крыс в эксперименте.

**Материал и методы исследования.** Влияние терапевтических доз эфирных масел «Гепатолы» на диурез в остром эксперименте изучено на 30 беспородных белых крысах весом 200-210 г. по методике К.Д.Саргина, но без водной нагрузки [4].

Животные были распределены на следующие группы: 1 – интактные (контрольные) - беременные крысы, получавшие дистиллированную воду в дозе 2 мл/кг массы тела; 2 и 3-серии – опытные крысы, которым внутрижелудочно вводили эфирное масло «Гепатолы» в дозе 20 и 50мг/кг массы тела. Эфирные масла «Гепатолы» готовились согласно требованиям Госфармокопии СССР (XI издание) [5].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Как видно из представленной таблицы, опытные серии получавшие эфирное масла «Гепатолы» в дозе 20 и 50 мг/кг массы не вызвали заметного увеличения объема мочи, выделившейся в течение 3-х часов (P<0,01).

Объем собранной мочи в этих сериях был идентичным, почти был одинаков против контрольной (интактных) серии животных (P<0,01-0,001). Реакция мочи у контрольных и опытных животных была без изменений.

При этом рН мочи была в пределах 6,4 – 6,6. При микроскопировании мочи, эритроцитов в поле зрения не обнаружено, встречались лишь одиночные лейкоциты.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о том, что эфирные масла «Гепатолы» в изучаемых дозах у беременных крыс не вызвал диуретического эффекта. Судя по показателям цитологического исследования мочи, эфирные масла «Гепатолы» не обладают нефротоксическим действием.

## Список литературы

1. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана /М.Ходжиматов //Главн.науч.ред. Тадж.советск.энциклопедия, - Душанбе. – 1989. – с.218-219.
2. Нуралиев Ю.Н. Лекарственные растения. Целебные свойства фруктов и овощей (Из опыта народной, древневосточной и современной медицины) /Ю.Н.Нуралиев, - «Маориф», Издание 2-е, исправленное. – Душанбе, 1989. с. 110-112.
3. Зубайдова Т.М. Мочегонное действие настоя травы душицы мелкоцветковой в эксперименте /Т.М.Зубайдова, //Годичная НПК ТГМУ им.Абуали ибни Сино «Адаптация, стресс, здоровье», -Душанбе, - 2001. - С. 337-339.
4. Саргин К.Д. Биологическая оценка лекарственных веществ. /К.Д.Саргин, – М.: Медгиз,1938. – С.113-116.
5. Государственная фармакопея СССР. - М.: Медицина, XI-е издание, Вып.1: Общие методы анализа. 1987. – 333 с.

<sup>1</sup>Халифаев Д.Р., <sup>2</sup>Эгамова М.М. <sup>1</sup>Сафарзода Р.Ш.,

### ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ НАСТОЙКИ ИЗ ЛИСТЬЕВ ТОПИНАМБУРА

<sup>1</sup>Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

<sup>2</sup>НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан».

**Актуальность.** Галеновые лекарственные средства составляют около 30% общей номенклатуры фитопрепаратов. К ним относят настойки, жидкие, густые и сухие экстракты, соки растений, сборы. Эти лекарственные средства в составе содержат биологически активные вещества, а так же различные группы сопутствующих, иногда балластных веществ. Эта группа лекарственных средств несмотря на длительный исторический период и в настоящее время, не потеряла своего значения.

Во многие нормативные документы в качестве лекарственного растительного сырья включены листья, цветки и клубни топинамбура. В исследованиях последних лет установлено, что наибольшее количество биологически активных веществ полисахаридов и флавоноидов содержится в листьях и цветках [1]. Следовательно, разработка технологии получения настойки из листьев топинамбура является актуальной задачей.

Лекарственные средства топинамбура широко используются в медицине для профилактики и лечения заболеваний желудочно-кишечной системы. Специфическое действие обеспечивают следующие группы биологически активных веществ: уникальный углеводный комплекс на основе фруктозы и ее полимеров – как регулятор биологического обмена веществ; флавоноиды – гипотензивны, кардиотонически, коронарорасширяющи, антиаритмически, антигипоксически; каротиноиды – антиканцерогенные, с иммуномодулирующей активностью; аминокислоты, – необходимые для мышечной ткани; кальций – незаменимый для зубов, ногтей и костей; калий, обеспечивающий работоспособность почек; цинк, – участвующий в метаболизме; медь, – призванная ускорить усвоение железа, а также железо, пектин, витамины группы В, витамин С, инулин. Чай из листьев топинамбура улучшает работу мозга, это обусловлено компонентами, входящими в состав.

Высокая эффективность спиртовых извлечений (настойки и жидкие экстракты) по сравнению с индивидуальными и суммарными лекарственными средствами, выделенными из сырья топинамбура, объясняется синергизмом различных групп биологически активных веществ, присутствующих в сырье [2,3].

В настоящее время на фармацевтических предприятиях Республики Таджикистан внедрены капсулы из сухого экстракта клубней топинамбура. Однако получение капсулы из сухого экстракта более трудоемкое и имеет энергзатрачиваемую технологию производства. Но его надземная часть (листья) практически мало изучены, хотя содержит ряд ценных биологически активных веществ, а ее сырьевая масса значительно превосходит массу клубней. Системное изучение и технологические исследования листьев топинамбура не проводились. Отсутствуют сведения о разработке лечебно-профилактических препаратов на основе листьев топинамбура, это является задачей весьма актуальной

**Цель исследования** заключается в разработке состава и технологии лекарственных средств из листьев топинамбура, которые содержат максимально возможное количество биологически активных веществ, стабильны при хранении и можно их надежно стандартизовать.

**Материал и методы исследования.** В качестве объекта исследования использовали надземную часть (листья) топинамбура.

Реактивы и растворители. При выполнении данной работы использовали воду очищенную, спирт этиловый, ацетон и другие растворители и реактивы марки "х.ч." и "ч.д.а.", соответствующие требованиям фармакопейных статей и технологического регламента.

Для анализа брали 1,0 г (точная навеска) измельченных листьев топинамбура, помещали в коническую колбу вместимостью 100 мл с притёртой пробкой, заливали 20 мл эфира петролейного и экстрагировали при периодическом помешивании при комнатной температуре в течение 15 минут. Затем петролейный экстракт сливали в мерную колбу вместимостью 100 мл, сырье заливали новой порцией эфира петролейного (20 мл) и повторяли экстракцию указанным выше способом. Экстрагирование сырья повторяли трижды. Петролейно-эфирные экстракты объединяли, доводили эфиром петролейным до 100 мл. 3 мл полученного экстракта переносили в мерную колбу вместимостью 25 мл, где объём жидкости доводили эфиром петролейным до метки. Оптическую плотность полученных растворов измеряли на спектрофотометре СФ - 56 при длине волны 316 нм. Содержание каротиноидов (X) в траве топинамбура вычисляли по формуле:

$$D \cdot V \cdot P \cdot 100 \cdot 100$$

$$X = \frac{\quad}{2773 \cdot m \cdot (100 - W)} ; \text{ где}$$

$$2773 \cdot m \cdot (100 - W)$$

D - оптическая плотность испытуемого раствора;

V - объём извлечения, мл (100мл);

2773 - удельный показатель поглощения E°%

P - каротин при длине волны 316 нм;

m - масса навески, г;

W - потеря в массе при высушивании сырья, %.

Измерения спектров поглощения и оптических плотностей растворов выполняли с помощью спектрофотометра СФ-56 в кварцевых кюветах толщиной слоя в 10 мм. Измерения проводились по отношению к соответствующим растворителям. Все результаты обработаны методом математической статистики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для разработки технологии получения настойки листьев топинамбура использовали экстрагирование листьев этого растения спиртом этиловым 40% способом ремацерации. Листья топинамбура измельчали на ножевой мельнице до размера частиц 1 – 3 мм и просеивали. Загружали 1 ч сырья в мацерационный бак и заливали первой порцией спирта этилового 40%, которая с учетом коэффициента спиртопоглощения 2,8 составила 5 объемных частей. Настаивали 24 часа. Сливали первую порцию готового продукта в количестве 2,5 объемных частей. Сырье заливали второй порцией спирта этилового 40% в количестве 2,5 объемных частей. Настаивали 3 часа. Сливали вторую порцию готового продукта в количестве 2,5 объемных частей. Сырье заливали третьей порцией спирта этилового 40% в количестве 2,5 объемных частей. Настаивали 3 часа. Сливали третью порцию готового продукта в количестве 2,5 объемных частей. Сырье заливали четвертой порцией спирта этилового 40% в количестве 2,5 объемных частей. Настаивали 3 часа. Сливали четвертую порцию готового продукта в количестве 2,5 объемных частей. Вытяжки объединяли и получали 10 объемных частей готового продукта. Полученное извлечение отстаивали при температуре 4 - 8°C и фильтровали.

Экспериментально установлено, что содержание каротиноидов в листьях топинамбура выше, чем в плодах практически в два раза (таблица 1).

Таблица 1

Содержание каротиноидов в клубнях и листьях топинамбура (n=5, p=0,95)

Серия	Содержание каротиноидов, в %	
	клубни	листья
1.	1,87±0,04	5,73±0,07
2.	1,98±0,04	5,98±0,30
3.	2,03±0,03	4,94±0,14
4.	1,76±0,04	5,64±0,01

Для выбора оптимального экстрагента получены образцы настойки листьев топинамбура с использованием спирта этилового 40% и 70%, которые сравнили по показателям качества: описание, содержание каротиноидов, сухой остаток, стабильность при хранении. Показатели качества настоек топинамбура в зависимости от экстрагента представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели качества настоек топинамбура

Показатель качества	Экстрагент	
	спирт этиловый 40%	спирт этиловый 70%
Описание	прозрачная жидкость красно-бурого цвета, с характерным ароматным запахом	прозрачная жидкость темно-зеленого цвета с ярко выраженным запахом этанола
Содержание каротиноидов	12,17 %	7,24 %
Сухой остаток	2,8%	2,3%
Стабильность при хранении	Стабильна при хранении	Не стабильна при хранении: с течением времени настойка мутнеет, выпадает осадок

Настойка листьев боярышника кроваво-красного настоянного на спирте этиловом 40% содержит в два раза больше биологически активных веществ – каротиноидов и характеризуется большей стабильностью (таблица 2). В процессе экстракции листьев топинамбура спиртом этиловым 40% в вытяжку не переходит хлорофилл, который в процессе хранения образует осадок и настойка становится мутной.

**Выводы.** Разработаны состав и технология получения настойки листьев топинамбура. Предложенная настойка содержит максимально возможное количество биологически активных веществ (каротиноиды), стабильна при хранении и может быть надежно стандартизирована, что позволяет внедрить ее в промышленное производство, содержит более низкую концентрацию спирта этилового, что важно, поскольку спирт этиловый – неиндифферентное в фармакологическом отношении вещество.

#### Список литературы:

1. Белоусова А.Л. Исследование травы Топинамбура и создание лекарственных препаратов на его основе: Автореф. дисс. ... канд. фарм. наук. - Пятигорск, 2004.
2. Беглов С.Ю. Производство фруктозо-глюкозного сиропа из клубней топинамбура / Беглов С.Ю., Кочнев Н.К., Волкова И.В. // «Растительные ресурсы для здоровья человека»: Материалы 1 Междунар. науч.- практич. конф. 23-27 сент. 2002 г. - М.; Сергиев- Посад, 2002. - С. 313-314.
3. Сафарзода Р.Ш. Фитохимическое исследование клубней топинамбура и создание лечебно-профилактических средств на его основе: Автореф. дисс. ... канд. фарм. наук. – Москва, 2016.

**МОЧЕГОННОЕ ДЕЙСТВИЕ ФИТОСБОРА «ЮНИГЕПТ» У БЕЛЫХ КРЫС В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Отдел фармакологии и токсикологии лекарств ГУ Научно-исследовательского фармацевтического центра НАН РТ  
 ГУ Институт гастроэнтерологии» НАН РТ.  
 Таджикистан.

**Актуальность.** Очищение почек и мочевыводящих путей является актуальной проблемой нефрологии и урологии. Фитосборы, которые обладают противовоспалительным, эндоочищающим, каменерастворяющим действием, нужны в медицинской отрасли.

В состав фитосбора «Юнигепт» входят отечественные лечебные растения: травы душицы мелкоцветковой, травы мелиссы лекарственной, травы фенхеля обыкновенного и травы тархун эстрагона, которые применяли в древней народной и современной медицине таджиков, с целью лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей [1-3].

**Цель исследования.** Изучение диуретического действия фитосбора «Юнигепт» у белых крыс в эксперименте.

**Материал и методы исследования.** Влияние различных доз настоя фитосбора «Юнигепта» на диурез в остром эксперименте изучено на 60 беспородных белых крысах весом 160-170 г. по методике К.Д.Саргина [4].

Животные были распределены на следующие группы: 1 – интактные, получавшие до водной нагрузки дистиллированную воду в дозе 5 мл/кг;

2 и 3 серии – опытные крысы, которым за 40 мин до водной нагрузки через рот (внутрижелудочно) вводили настой фитосбора «Юнигепта» соответственно в дозе 2 и 5 мл/кг массы. Настой фитосбора «Юнигепт» готовился согласно требованиям Госфармокопии СССР (XI издание) [5].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Как видно из представленной таблицы, настой фитосбора «Юнигепта» в дозе 2 и 5 мл/кг массы вызывал заметное увеличение объема мочи, выделившейся в течение 4 часов ( $P < 0,01$ ).

Таблица 1

**Диуретическое действие настоя фитосбора «Юнигепт» в остром опыте. В среднем по 20 крыс в серии**

Серия опытов и дозы на кг массы	Количество выделившейся мочи		рН мочи
	За 1 час в мл	Всего за 3 часа	
1. Интактные через:			
1 час	3,12 ± 0,03	5,42 ± 0,07 100%	6,4 ± 0,08
2	1,3 ± 0,01		
3	1,0 ± 0,01		
2. Фитосбор «Юнигепт» 2 мл/кг, через			
1 час	3,55 ± 0,03 0,05*	6,36 ± 0,07 P < 0,05	7,8 ± 0,07
2	1,72 ± 0,01		
3 часа	1,16 ± 0,02		
3. Фитосбор «Юнигепт» 5 мл/кг, через			
1 час	3,59 ± 0,02	7,14 ± 0,04 P < 0,05	7,6 ± 0,03
2 часа	2,15 ± 0,02		
3 часа	1,4 ± 0,01		

Примечание:  $M \pm m$

$P < 0,001$

\* - значение P для опытной серии дано по сравнению с контрольной серии.

Объем собранной мочи в этих сериях был почти в 2 раза выше, чем у интактных животных ( $P < 0,01-0,001$ ). Реакция мочи у контрольных и опытных животных была без изменений. При этом рН мочи была в пределах 6,4 – 6,7. При микроскопировании мочи, эритроцитов в поле зрения не обнаружено, встречались лишь одиночные лейкоциты.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о том, что настой фитосбора «Юнигепт» в изучаемых дозах вызывает активный диуретический эффект. Судя по показателям цитологического исследования мочи, настой фитосбора «Юнигепт» не обладает нефротоксическим действием.

**Список литературы**

1. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана /М.Ходжиматов, – Душанбе, Главн. науч.ред. Тадж.советск.энциклопедия. – 1989. – С.218-219.
2. Нуралиев Ю.Н. Лекарственные растения. Целебные свойства фруктов и овощей (Из опыта народной, древневосточной и современной медицины) /Ю.Н.Нуралиев. - Издание 2-е, исправленное, Душанбе «Маориф», 1989. – С. 110-112.
3. Зубайдова Т.М. Мочегонное действие настоя травы душицы мелкоцветковой в эксперименте. /Т.М.Зубайдова //В сборнике матер. НПК ТГМУ им.Абуали ибни Сино «Адаптация, стресс, здоровье», г.Душанбе.- 2001.- С.337-339.
4. Саргин К.Д. Биологическая оценка лекарственных веществ /К.Д.Саргин, – М.: Медгиз,1938. – С.113-116.
5. Государственная фармакопея СССР. /М.: Медицина, –XI-е издание. 1987.–Вып.1: Общие методы анализа.–333 с.

## ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОБЕГОВ МИРТА ОБЫКНОВЕННОГО (*MYRTUS COMMUNIS* L.)

Кафедра ботаники, селекции и семеноводства садовых растений

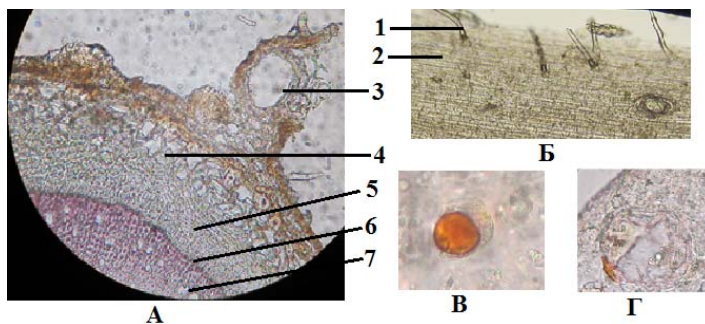
ФГБОУ ВО Российский государственный аграрный университет –МСХА имени К.А. Тимирязева. Россия.

**Актуальность.** В современной фармацевтической промышленности широкое применение находит мирт обыкновенный (*Myrtus communis* L.), известный в культуре с 1583 года. Как лекарственное и эфирномасличное растение его выращивают в Крыму, на Северном Кавказе и в Закавказье, в странах Малой Азии, Алжире, на Кипре [1]. С лечебной целью используют побеги *M. communis*, содержащие ценное эфирное миртовое масло, которое обладает противовоспалительным, противовирусным и антибактериальным свойством [4]. Главными компонентами масла являются  $\alpha$ -пинен,  $\beta$ -пинен, лимонен, камфен, цинеол, миртенол, борнеол, нерол, гераниол, карвакрол, эвгенол, камфора, дубильные вещества, алифатические альдегиды и органические кислоты [5]. Лекарственные формы, полученные на основе миртового эфирного масла, применяют при болезнях дыхательных путей, бронхитах, тонзиллитах, туберкулезе легких, а также острых и хронических желудочно-кишечных заболеваниях. В дерматологии при псориазе и вульгарных угрях применяют настойку или настой листьев мирта. Наружно препараты из мирта используют при себорее, вирусных заболеваниях кожи, фурункулах, эрозиях кожи, гнойных ранах и язвах. Отвары, изготовленные из измельченных или брикетированных листьев мирта, используют в виде примочек при лечении термических ожогов. Эфирное масло мирта также находит разнообразное практическое применение в мыловаренном, парфюмерном и косметическом производстве. Используется оно и в пищевой промышленности – в кондитерском производстве, при изготовлении спиртных напитков (преимущественно ликеров). Растение обладает способностью накапливать в листьях эссенциальные макро- и микроэлементы. Так, содержание калия, магния, железа и марганца в разы превышает максимальную норму суточной потребности человека [2]. В настоящее время в литературе нет полных сведений об анатомическом строении побегов растения, которые бы позволили проводить микродиагностику и определение подлинности лекарственного растительного сырья *M. communis*.

**Цель исследования.** Целью настоящей работы являлось проведение фармакогностического исследования побегов мирта обыкновенного с помощью современной цифровой микроскопии.

**Материал и методы исследования.** Экспериментальная работа проводилась на кафедре ботаники, селекции и семеноводства садовых растений ФГБОУ ВО «Российский государственный аграрный университет – МСХА имени К.А. Тимирязева» в 2020 году. Объектами исследования служили однолетние приросты *M. communis*, полученные из оранжереи ботанического сада университета. Анатомический анализ лекарственного сырья проводили по методике Черятовой Ю.С. [3]. Для изучения и визуализации анатомо-диагностических признаков был использован световой микроскоп Carl Zeiss Primo Star и цифровая фотокамера Canon Digital IXUS 105.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Стебель *M. communis* характеризуется сплошным типом строения центрального цилиндра (рис.1).

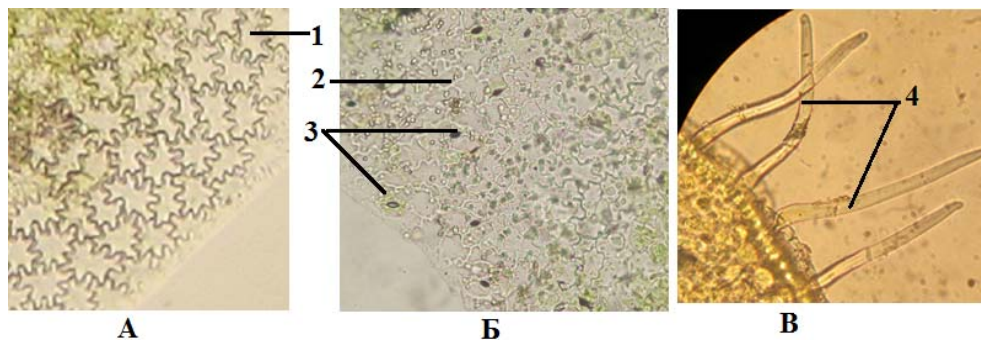


**Рис. 1.** Микроскопическое строение стебля *Myrtus communis* L.: А – поперечный срез стебля ( $\times 200$ ); Б – эпидерма стебля (вид с поверхности) ( $\times 200$ ); В – эфирномасляная клетка паренхимы коры ( $\times 400$ ); Г – схизолизигенное эфирномасличное вместилище паренхимы коры ( $\times 400$ ): 1 – одноклеточные волоски; 2 – клетки эпидермы; 3 – схизолизигенное эфирномасличное вместилище; 4 – паренхима первичной коры; 5 – флоэма; 6 – камбий; 7 – ксилема

Снаружи стебель *M. communis* покрыт однослойной эпидермой, состоящей из клеток с прямыми стенками. Устьичный аппарат эпидермы стебля аномоцитный. Стебель редко опушен простыми одноклеточными волосками. Первичная кора стебля состоит из крупноклеточной основной паренхимы, в клетках которой встречаются друзы и ромбовидные кристаллы оксалата кальция. Также коре стебля обнаруживаются сферические схизолизигенные эфирномасличные вместилища и одиночные эфирномасляные клетки. Здесь необходимо отметить, что установленный тип вместилищ и их локализация в стебле *M. communis* является маркерным признаком, поскольку морфологический тип секреторных структур всегда учитывается при выборе способа и метода извлечения эфирного масла из лекарственного сырья.

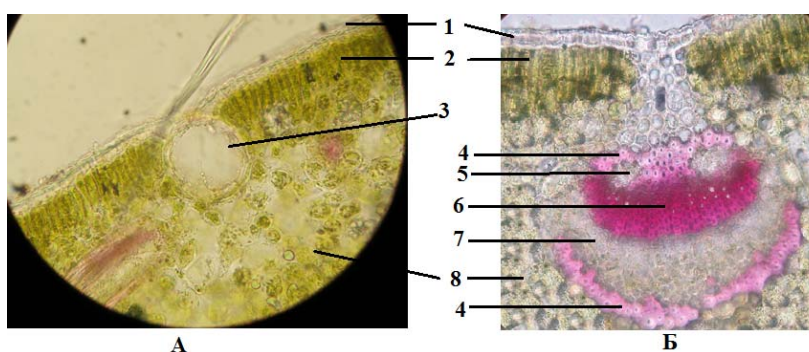
*Листья растения кожистые, с обеих сторон покрыты однослойной эпидермой с кутикулой. Эпидермальные клетки таблитчатые. Клеточные стенки верхней эпидермы листа имеют более извилистые очертания, по сравнению с клеточными стенками нижней эпидермы (рис. 2).*





**Рис. 2.** Микроскопическое строение эпидермы листа *Myrtus communis* L. (× 200): А – верхняя эпидерма; Б – нижняя эпидерма; В – волоски: 1 – основные клетки верхней эпидермы; 2 – основные клетки нижней эпидермы; 3 – аномоцитный устьичный аппарат; 4 – одноклеточные волоски

Лист с обеих сторон редко опушен простыми мягкими одноклеточными волосками. Листовая пластинка гипостоматическая. Устьица распределены по верхней поверхности листовой пластинки неравномерно: наиболее тесно расположены в средней части пластинки листа; к краям, к основанию, к верхушке число их на единицу поверхности убывает. Устьичный аппарат аномоцитный, или беспорядочно-клеточный, характеризующийся наличием вокруг замыкающих клеток пяти околоустьичных клеток. Следует подчеркнуть, что морфология эпидермы и тип устьичного аппарата растений являются константными видовыми признаками и являются основными при идентификации лекарственного сырья. Лист дорсовентральный (рис. 3).



**Рис. 3.** Микроскопическое строение листовой пластинки (поперечный срез) *Myrtus communis* L.: А – мезофилл листа (× 200); Б – главная жилка листа (× 250): 1 – верхняя эпидерма; 2 – палисадный мезофилл; 3 – схизолизигенное эфирномасличное вместилище; 4 – волокна склеренхимы; 5 – наружная флоэма; 6 – ксилема; 7 – внутренняя флоэма; 8 – губчатый мезофилл

Палисадный мезофилл двухслойный. С нижней стороны листа расположен шестирядный губчатый мезофилл. В мезофилле были обнаружены эфирномасляные клетки, сферические схизолизигенные эфирномасличные вместилища и кристаллические включения в виде одиночных кристаллов ромбовидной формы и звездчатых друз. Главная жилка листа двухпучковая, представлена биколлатеральными проводящими пучками, армированными со стороны флоэмы сильно лигнифицированными склеренхимными волокнами. Жилки вышестоящих порядков характеризовались закрытыми коллатеральными пучками.

**Выводы.** В результате проведенного фармакогностического исследования побегов *M. communis*, были выявлены значимые анатомо-диагностические признаки, которые могут быть использованы при определении подлинности и доброкачественности лекарственного сырья, стандартизации. Материалы работы также могут послужить основой для разработки раздела «Микроскопия» в проект нормативной документации при написании фармакопейных статей.

#### Список литературы

1. Лебеда, А. Ф. Лекарственные растения. Самая полная энциклопедия / А.Ф. Лебеда. – М.: ПРЕСС КНИГА, – 2011. – 496 с.
2. Логвиненко, Л.А. Содержание биологически активных веществ в листьях *Myrtus communis* L. в условиях южного берега Крыма [Влияние способов возделывания на содержание микро- и макроэлементов и компонентный состав эфирного масла при порослевой и многолетней форме культивирования мирта обыкновенного] / Л.А. Логвиненко, Е.В. Дунаевская // Аграрный вестник Урала. – 2020. – № 1 (192). – С. 60-68.
3. Черятова, Ю. С. Анатомия лекарственных растений и лекарственного растительного сырья: Учебное пособие / Ю.С. Черятова. – М.: Изд-во РГАУ-МСХА имени К.А. Тимирязева. – 2010. – 95 с.
4. Asgarpanah, J. Phytochemistry and pharmacological properties of *Myrtus communis* L. / J. Asgarpanah, A. Ariamanesh // Indian Journal of Traditional Knowledge. – 2015. – Vol. 1, № 1. – P. 82-87.
5. Jerkovic, I. Comparative study of leaf, fruit and flower essential oils of croatian *Myrtus communis* (L.) during a one-year vegetative cycle / I. Jerkovic, A. Radonic, I. Borcic // Journal of Essential Oil Research. – 2002. – Vol. 14, № 4. – P. 266-270.

*Чмыхало Н. В., Воробьева А. А.*  
**СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНЕДЖМЕНТА ОРГАНИЗАЦИЙ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Кафедра социальной фармации Национального фармацевтического  
университета Министерства здравоохранения Украины, Украина

Обязательным условием современного этапа развития организации, не зависимо от сферы деятельности и формы собственности, является наличие в ней профессионального и компетентного менеджмента. Векторность современных управленческих технологий направлена на развитие и совершенствование основной внутренней переменной организации – «люди», поскольку управленцы XXI столетия четко понимают, что сила их организации, прежде всего в человеческом капитале. Квалификация персонала, его мотивация, социально-психологический климат зависят от соответствующего психологического отбора и профессиональной подготовки работников. Очевидно, что, ставя перед собой задачу повышения эффективности организации, руководителю необходимо обязательно учитывать психологические стороны жизнедеятельности всех члена коллектива [1].

Фармацевтические организации розничной торговли, как предприятия социальной направленности, нуждаются в инновационном развитии своего менеджмента, успешность которого зависят от понимания управленческого аппарата теоретических подходов к методам управления и их практической реализацией при работе с кадрами, особенно в области социально – психологического здоровья коллектива [2].

Вышеизложенное составило актуальность исследования управления человеческой составляющей организаций фармацевтического профиля.

Целью работы стало теоретическое обобщение социально – психологических аспектов менеджмента организации и их практическая адаптация к управленческой деятельности на предприятиях фармацевтического профиля.

Объектом исследования выступила розничная сеть аптечных учреждений.

Предмет исследования составили базовые аспекты психологического управления аптечными организациями, включающие организаторское взаимодействие руководителей разного уровня и сотрудников аптечных учреждений.

Использованы методы научного анализа и социологические методы исследования.

Организационное поведение коллектива аптечного учреждения, как комплекс поступков и действий отдельного сотрудника, формируется под влиянием следующих факторов:

- личностные качества каждого сотрудника как человека;
- мотивационное влияние менеджмента организации;
- корпоративный климат коллектива.

Результативность каждого из перечисленных факторов обусловлена социально – психологическими аспектами управления, к которым мы отнесли:

- обязательность социального планирования и анализа;
- активизация участия сотрудников коллектива в управлении;
- формирование психологически адаптивного климата в коллективе;
- развитие у работников инициативы и ответственности;
- применение морального (наряду с экономическим) стимулирования сотрудников.

Для формирования практического видения данных аспектов социально – психологического управления руководителями и сотрудниками аптеки мы провели анкетирование, респондентами которого стали 15 руководителей (по пять лиц руководителей из каждого уровня управления, со стажем работы по занимаемой должности не менее 3 лет) и 50 рядовых сотрудников аптек, возрастной группы 35 – 50 лет; 75% - с высшим образованием; 92% - женский пол.

Результаты анкетирования следующие:

- обязательность социального планирования и анализа поддерживают 80% управленческого персонала и 65% членов коллектива, а вот его практическую аккумуляцию признают только 30% сотрудников аптек против 75% управленцев;
- достаточно проблематичной видят руководители и сотрудники практическую реализацию такого аспекта социально – психологического управления как активизация участия сотрудников коллектива в управлении: 55% и 35% соответственно;
- признают необходимость формирования психологически адаптивного климата в коллективе обе стороны – 80% , а вот необходимость развитие у работников инициативы и ответственности приветствуют лишь 75% управленцев и только 45 % рядовых сотрудников. Такой результат заставил нас структурировать данный аспект на две составляющие: а) развитие инициативы и б) развитие ответственности. Результаты были отличны от результатов первого варианта: развитие инициативы приветствуют только рядовые работники – 75%, а руководители (40%) считают, что данный аспект скорее «минус», чем «плюс» для организации; мнение же респондентов относительно развития ответственности согласовано: 90% управленцев и 86% членов коллектива;
- применение морального стимулирования приветствуют 90% управленческого персонала и, к сожалению, только 45% рядовых сотрудников.

Результаты исследования, в целом, свидетельствуют о росте роли именно психологического стимулирования персонала в организациях фармацевтического профиля, что объясняется интеллектуализацией и ростом социально - культурного и профессионального уровня работников фармацевтического сектора здравоохранения. Однако, 70% сотрудников аптек не видят практическую составляющую социального планирования и, следовательно, не принимают в качестве непосредственного влияния на них такой аспект социально – психологического управления как активизация участия коллектива в управлении (35%).



Считаем, что в качестве обязательного условия формирования успешной организации и с целью изменения мнения членов коллектива его руководитель должен использовать весь арсенал социального планирования, особенно его практическую адаптацию, которая будет принята, понята и востребована каждым сотрудником.

#### Литература

1. Котвицька, А. А. Дослідження ролі психологічного стимулювання персоналу в соціальному менеджменті фармацевтичних організацій / А. А. Котвицька, О. М. Вороніна, І. В. Кубарева, Н. В. Чмихало // Фармацевтичний часопис. - 2017. - № 2. - С. 87-90.
2. Кубарева І. В. Формування сучасної кадрової стратегії у системі менеджменту фармацевтичних організацій / І. В. Кубарева, Н. В. Чмихало, О. М. Вороніна // «Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку»: матер. допов. V наук.-практ. конф. з міжнар. уч. (1 листоп. 2016 р.): збірн. – Х. : Монограф. 2016. – С. 221–223.

Шарифова Ш. Ю., Беленогова В. Д.

### РАСПРОСТРАНЕНИЕ И РЕСУРСЫ ГОРЕЦ ДУБИЛЬНЫЙ (*POLYGONUM CORIARIUM* GRIG.) В ТАДЖИКИСТАНЕ.

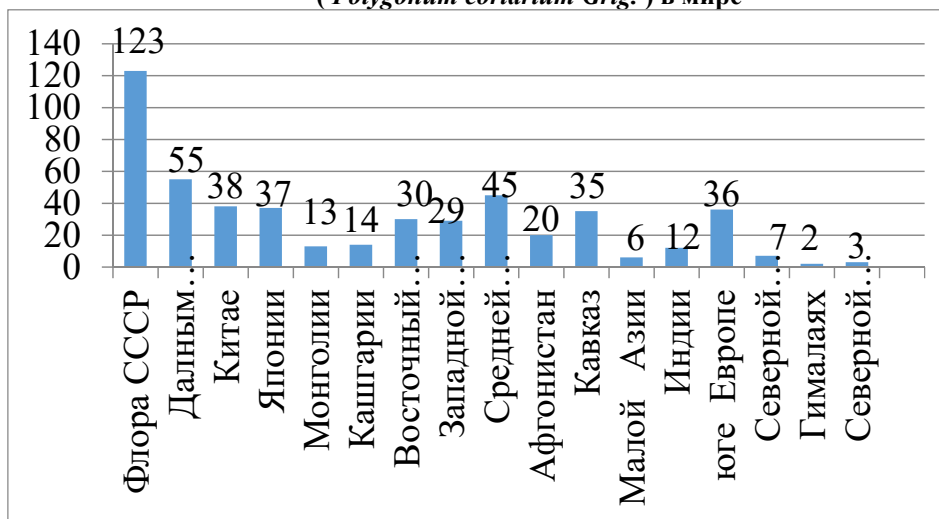
Таджикистан.

**Актуальность.** История, культура и природа Средней Азии всегда представляли большой интерес для научных кругов Европы и России, занимавшихся изучением Востока. Этот интерес особенно возрос в середине XIX века, когда Средняя Азия оказалась в центре геополитических интересов ведущих стран (главным образом, России и Великобритании), стремящихся к захвату новых колоний. Росло и стремление узнать больше о природных и людских ресурсах, коммуникациях, быте и истории. Горные же районы, в первую очередь, из-за отдалённости, сложных географических условий и труднодоступности, оставались почти неизвестными, знания о них ограничивались опосредованными сведениями о них, собранными в Бухаре, Самарканде или в других городах региона. К числу таких малоизученных районов относилась и территория Верхнего Зарафшана - Фальгар, Матча, Киштут, Фан и Ягноб. В русской научной литературе второй половины XIX века эта территория получает название Когистан (тадж. «Кухистон» - Горная страна).

**Цель исследования.** Основная цель данной статьи - изучить распространение и ресурсы горец дубильный-*Polygonum coriarium* L. произрастающий в Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Первые упоминания, связанные с долиной Зарафшана, появляются в работах русских авторов с XVIII века. Лекарственные средства растительного происхождения имеют древнюю историю применения и в настоящее время интерес к ним все больше возрастает. Одним из перспективных лекарственных растений флоры Таджикистана является горец дубильный – *Polygonum coriarium* L. который произрастает почти всех района Таджикистана и особенно в долине Зарафшана.

Географическое распространение Горец дубильного  
(*Polygonum coriarium* Grig.) в мире



В июне 2020 года в Аннинском районе кишлаке Дарг было проведено экспедиционное исследование ресурсов Таран дубильного.

Кишлак находится на высоте 1600 метров над уровнем моря. А ущелье, где мы заготавливали сырье, называется ТАГИ БАРОЗ, оно расположено на высоте 2500-2800 метров над уровнем моря. Заросли тарана дубильного расположены в основном в северной части ущелья. Запасы сырья в этом регионе значительны и могут составлять до 30 тонн сырья в год. В ходе исследований проведено ботаническое описание видов, произрастающих совместно с горцем дубильным (тараном), это такие растения как Эреморус Регеля, эфедра Хвощева, можжевельник ..щавель конский.

**Результаты исследования и их обсуждение.** *Polygonum coriarium* L., растение распространено во всех районах Средней Азии. кроме хребтов Тарбагатай и Джунгерский Алатау.

Среди многочисленных растений флоры Таджикистана имеется ряд весьма ценных в хозяйственном отношении и перспективных для использования в народном хозяйстве и народной медицине. Таран дубильный ценный

корневой дубитель, являющийся одним из высокотаннидных растений средней Азии. Все его части содержат дубильные вещества, больше всего их в корнях от 15 до 28 %. Количество таннидов колеблется в зависимости от возраста (Якимов и Ганчаров, 1940; Дробов 1959). Кроме танина корни содержат 10-12 % сахара. Таран является хорошим медоносом (Павлов 1947).

Таблица №1

### Географическое распространение Горца дубильного в Таджикистане



Рис. №1. Схематическая карта распространения тарана дубильного (*Polygonum coriarium Grig.*) в Таджикистане

**Выводы.** Таким образом, таран наиболее ценный, прежде всего как корневой дубитель.

Проведенные исследования показали, что в Варзобском и Айниском районах Таджикистана имеются продуктивные заросли горца дубильного, имеющие хозяйственное значение.

В связи с тем, что верхняя часть Зерафшана состоит из непроходимых высоких гор, изучение запасов сырья этом регионе очень сложно.

#### Список литературы:

1. Лазарев А.В., Недопекин С.В. Обзор рода *Polygonum*. Науч. Вед. Белг.ГУ. 11(66), 2009 г. С 18-24
2. Муzychкина Р.А., Кабанова В.Б., Гемеджиева Н.Г., Курбатова Н.В. Химическое исследование состава и содержание БАВ у некоторых представителей рода *Polygonum L.* // Химия, технология и медицинские аспекты природных соединений: матер. 11 международной науч. Конф. Алматы, 2007, С.244
3. *Aconogonon coriarium (Grin.)* Плантариум – открытый онлайн атлас – определитель растений и лишайников России и сопредельных стран. 2007-2019 [http| www.plantarium. ru|page|view|item|631.html](http://www.plantarium.ru/page/view/item/631.html)
4. Ареалы лекарственных и родственных им растений СССР, (Атлас) / Под ред. В.М. Шмидта. – Л.: Изд. Ленинградский университет, 1983. – 208 с. Ил. – 1/7, библиогр. – 190 назв.
5. Георгиевский, В.П. Биологически активные вещества лекарственных растений / В.П. Георгиевский, Н.Ф. Комисаренко, С.Е. Дмитрук.- Новосибирск: Наука, 1990.- С. 191-198.

<sup>2</sup>Эгамова М.М., <sup>1</sup>Азизов М. С., <sup>1</sup>Сафарзода Р.Ш.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММЫ ПОЛИСАХАРИДОВ В ТРАВЕ *HELLIANTUS THUBEROSUS*

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино. <sup>2</sup>НОУ Медико-социальный институт Таджикистан.

**Актуальность.** Топинамбур (сем. астровых) находит широкое применение с давних пор в народной медицине при разных болезнях: сахарный диабет, печени, язвенной болезни желудка, панкреатита, при ожирении, гипертонии, полиартрите, мочекаменной болезни, желудочно-кишечных расстройствах, малокровии, а также как легкое слабительное средство. Используют, в основном, подземные части топинамбура. В связи с этим, более глубокому изучению химического состава подвергнуты клубни топинамбура [1,2]. В последние годы проводится фитохимические исследования травы топинамбура, в результате которых установлено, что трава топинамбура имеет богатые биологические свойства: углеводы, аминокислоты, органические кислоты, дубильные вещества, полифенольные соединения (флавоноиды, кумарины, оксикоричные кислоты), иридоиды [3]. Наш интерес изучить полисахариды, которые играют немаловажную роль в жизни растения.

**Цель исследования.** Определить количество полисахаридов травы топинамбура, произрастающей в Таджикистане.

**Материал и методы исследования.** В качестве объекта исследования служила трава топинамбура, культивируемая на территории Таджикистана осенью.

Методика количественного определения фруктозидов и фруктозанов в траве топинамбура разработана с использованием выбранного метода.

**Методика.** Аналитическую пробу сырья травы топинамбура измельчают до размера частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 2 мм. Около 1 г (точная навеска) измельченного сырья помещают в коническую колбу вместимостью 300 мл, прибавляют 60 мл воды и нагревают на кипящей водяной бане в течение 30 мин,

охлаждают при комнатной температуре в течение 5 мин. Полученное извлечение фильтруют через вату в мерную колбу вместимостью 200 мл так, чтобы частицы сырья не попали на фильтр. Шрот в конической колбе промывают 10 мл воды и фильтруют в ту же мерную колбу. Экстракцию повторяют еще дважды (первый раз нагревают 15 мин с 30 мл воды, второй – 15 мин с 30 мл воды). Переносят сырье на вату, промывают коническую колбу два раза по 10 мл воды, а затем промывают осадок на фильтре, используя каждый раз по 10 мл воды. Отжимают вату с сырьем.

К полученному извлечению прибавляют 2 мл 10% раствора свинца ацетата, перемешивают и оставляют на 10 мин. затем прибавляют 2 мл 5% раствора натрия фосфата, перемешивают, оставляют на 5 мин. Доводят объем раствора в колбе водой до метки, перемешивают (раствор А).

Раствор А фильтруют через бумажный складчатый фильтр, отбрасывая первые 10 – 15 мл фильтрата. После чего 10 мл из травы топинамбура помещают в мерную колбу вместимостью 100 мл, доводят объем раствора в колбе водой до метки, перемешивают (раствор Б).

В две конические колбы вместимостью 50 мл отмеривают по 5 мл 0,1% спиртового раствора резорцина и по 10 мл 30% раствора кислоты хлористоводородной. В первую колбу отмеривают 5 мл раствора Б (анализируемый раствор), во вторую 5 мл воды (раствор сравнения). Обе конические колбы нагревают до 80°C в течение 20 мин, охлаждают до комнатной температуры. Содержимое колб количественно переносят в мерные колбы вместимостью 25 мл, доводят объем раствора в колбах 30% раствором кислоты хлористоводородной до метки, перемешивают. Измеряют оптическую плотность анализируемого раствора с помощью спектрофотометра при длине волны 483 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм, относительно раствора сравнения.

Содержание суммы фруктозанов и фруктозидов в пересчете на инулин и абсолютно сухое сырье в процентах (X) вычисляют по формуле:

$$X = \frac{D \times 200 \times 100 \times 25 \times 100}{498 \times m \times a \times 5 \times (100 - W)} = \frac{D \times 2000000}{498 \times m \times a \times (100 - W)}, \text{ где}$$

D – оптическая плотность испытуемого раствора;

498 – удельный показатель поглощения продуктов реакции взаимодействия инулина с резорцином в кислой среде;

m – масса сырья в граммах;

a – количество миллилитров извлечения, взятое на анализ;

W – потеря в массе при высушивании сырья, в процентах.

Метрологическая характеристика разработанной методики представлена в табл. 2.

Таблица 2

Метрологическая характеристика методики количественного определения суммы фруктозанов и фруктозидов в траве топинамбура

f	$\bar{X}$ , г	$S_{\bar{x}}$	P, %	T(p, f)	$\Delta_{\bar{x}}$	$A_{\pm}$ %
Трава						
9	10,62	0,215	95	2,26	0,490	4,51

Как показывают результаты табл. 2, ошибка единичного определения при доверительной вероятности 0,95 не превышает 4,5%.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При снятии спектра поглощения продуктов реакции взаимодействия инулина и водного извлечения из травы топинамбура с резорцином в кислой среде на регистрирующем спектрофотометре Cary 50 установлено, что спектр имеет два максимума поглощения при длине волн 420 и 483 нм. Кроме того показано, что максимумы спектров поглощения инулина и водного извлечения из травы топинамбура совпадают (рис. 2). Спектры поглощения продуктов реакции раствора инулина и водного извлечения из травы топинамбура с резорцином в кислой среде.

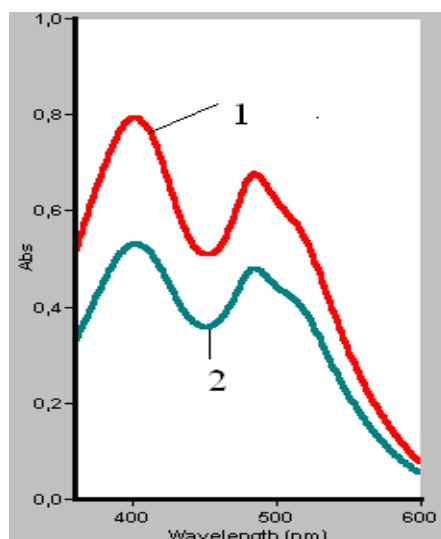


Рис. 2. 1 – 0,004% раствор инулина  
2 – водное извлечение из травы топинамбура

Для расчета содержания фруктозанов и фруктозидов был использован удельный показатель поглощения продуктов реакции взаимодействия инулина с резорцином в кислой среде, представленный в работе [3].

При подборе оптимальных условий экстракции фруктозидов и фруктозанов из травы топинамбура было изучено влияние измельченности сырья, типа экстрагента, соотношение сырья и экстрагента, условия нагревания, время экстрагирования, кратность экстракции. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Зависимость извлечения суммы фруктозанов и фруктозидов из травы топинамбура от условий экстракций

Наименование исследуемых показателей	Содержание фруктозанов и фруктозидов, %		
	Партия 1	Партия 2	Партия 3
	Трава	Трава	Трава
Измельченность сырья, мм			
7	5,33	9,51	5,11
5	7,37	10,39	7,14
3	9,58	12,16	9,57
2	10,44	13,36	11,37
1	10,34	13,34	11,36
0,5	10,29	13,11	11,27
Тип экстрагента			
95 % этанол	2,45	2,17	2,14
70 % этанол	5,17	6,98	3,22
40 % этанол	7,31	11,57	5,38
25 % этанол	10,11	13,21	7,81
Вода	10,62	13,37	11,41
Соотношение сырья и экстрагента			
1:50	7,37	12,18	9,91
1:100	9,42	13,46	11,02
1:200	10,59	13,41	11,39
1:250	9,98	13,37	11,35
Температурный режим			
Без нагревания	5,17	10,20	4,14
Водяная баня, 40 °С	7,41	11,36	6,15
Водяная баня, 60 °С	9,78	12,29	7,45
Водяная баня, 80 °С	10,70	13,79	10,37
Водяная баня, 100 °С	10,73	13,87	11,45
Время экстракции, мин			
15	4,24	5,39	4,04
30	8,43	10,07	7,17
45	10,42	11,12	9,67
60	10,63	13,62	11,31
90	10,62	13,59	11,38
120	10,63	13,60	11,29
Однократная реакция	6,65	10,11	6,13
Двукратная реакция	9,49	12,41	10,01
Трехкратная реакция	10,64	13,53	11,31
Четырехкратная реакция	10,65	13,35	11,35

Из табл. 1 следует, оптимальными условиями экстракции фруктозанов и фруктозидов являются: экстрагент – вода, соотношение сырья и экстрагента 1:200, измельченность сырья 2 мм, на кипящей водяной бане, время нагревания 60 мин, при использовании режима трехкратной экстракции.

Полученные результаты были использованы при создании методики количественного определения суммы фруктозанов и фруктозидов в траве топинамбура. С помощью разработанной методики было проанализировано 3 партии сырья топинамбура, заготовленного в Таджикистане. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты определения содержания фруктозанов и фруктозидов в траве топинамбура

Партия	Содержание фруктозанов и фруктозидов, %	
	Трава топинамбура	
1	10,59	
2	13,37	
3	11,36	

На основании полученных данных установлено нормативное содержание суммы фруктозанов и фруктозидов в траве топинамбура не менее 5,0%.

**Выводы.** Подобраны оптимальные условия извлечения фруктозанов и фруктозидов из клубней и травы топинамбура: экстрагент – вода. Соотношение сырья и экстрагента 1:200. Степень измельченности 2 мм. Нагревание на кипящей водяной бане, время нагревания 60 мин с использованием режима трехкратной экстракции. Разработана методика спектрофотометрического определения суммы полисахаридов в траве топинамбура, с помощью которой возможно определить инулин с достаточной точностью и воспроизводимостью. Относительная ошибка определения при доверительной вероятности 0,95 не превышает  $\pm 4,5\%$ . Установлено нормативное содержание суммы фруктозанов и фруктозидов в траве на уровне не менее 5,0%.

### Список литературы :

1. Государственная Фармакопея СССР, 11 изд. М, 1990, XI, вып. 2. 398 С.
2. Методы биохимического исследования растений. -Л.:АО «Агропромиздат». 1987, - 430 С.
3. Шматков Д.А. Использование физико-химических методов анализа для изучения химического состава, оценки качества и стандартизации корней лопуха большого. Диссерт. на соиск. учен. степени канд. фармацевт. наук. - Москва -2000 г.
4. Deutsches Azzneibuch V. 4, Pharmakognosie. – 1997, s, 1,
5. The British pharmacopoeia. – London. -1993, - P. 358 – 359.

*Ястребов В.С.*

### ПОКАЗАНИЯ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ТЕРАПИИ ЛЕВОКАРНИТИНОМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО  
«Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Актуальность.** Проблема повышенного артериального давления занимает главенствующее место среди патологий взрослого населения по всему земному шару. Смерть от осложнений данной нозологии делит лидирующие позиции совместно с онкологическими заболеваниями. Поэтому современная медицина может и должна сделать жизнь человека с гипертонической болезнью более легкой, помочь ему справиться с трудностями своего положения, а также улучшить само качество жизни такого пациента [3].

**Цель исследования.** Изучить влияния препарата «Левонартил» на суточный профиль артериального давления (АД) и параметры перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных гипертонической болезнью (ГБ). Проследить зависимость данных показателей в динамике при применении препарата левокарнитина.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 25 больных ГБ II стадии III степени, в возрасте 58-71 года. Больные рандомизированы на две группы. В основной группе – 13 пациентов, получавших в качестве гипотензивного средства кандесартан (Атаканд, Astra Zeneca АВ, Швеция) в дозе 16-32 мг с учетом площади тела в течение 12 месяцев [1]. Данным пациентам на фоне плановой гипотензивной терапии вводился левокарнитин (Левонартил, Россия) по 100 мл в/в капельно (200 мг/мл) в течение 12 суток. Контрольную группу составили 10 пациентов, получавших плацебо. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой среднесуточного систолического (САД) и диастолического (ДАД), суточного индекса (СИ), индекса времени и площади гипертонии, а также анализ этих показателей отдельно за день и ночь. Анализировались показатели ПОЛ по уровню первичных (диеновые конъюгаты - ДК) и вторичных (малоновый диальдегид - МДА) продуктов до и после введения Левонартила.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При проведении анализа динамики параметров перекисного окисления липидов сыворотки крови у пациентов с гипертонической болезнью выяснилось, что в контрольной и основной группах уровень ДК и МДА был существенно выше нормы. При дальнейшем приеме исследуемого препарата, содержание их существенно снижалось в основной группе уже через 6 дней, что было статистически достоверным ( $p < 0,05$ ). Смежные показатели в контрольной группе изменению не подверглись. При анализе СМАД отмечено преобладание «non-dipper» типа суточной кривой у наблюдаемой категории больных. После 12-суточного введения Левонартила отмечалось увеличение суточного индекса с 7,94 до 15,9, но уровень среднесуточного САД и ДАД оставался прежним. В контрольной группе изменений суточной кривой не отмечалось.

**Выводы.** Таким образом, применение Левонартила у больных ГБ, длительно принимающих атаканд, позволяет значительно уменьшить ДК и МДА в сыворотке крови, что говорит об эффективном снижении процессов свободнорадикального окисления липидов, и, вследствие, может и должен быть использован в качестве вторичной профилактики ГБ. Вместе с тем, кратковременное применение Левонартила может быть использовано в качестве средства, способного быстро (в течении суток) повлиять на показатели артериального давления, что в будущем положительно скажется на состоянии качества жизни пациентов с АГ [2].

### Список литературы

1. Аверьянов, А. Гипертония. Диагностика, профилактика и методы лечения / А. Аверьянов, Е. Романова, О. Чапова. - М.: Центрполиграф, 2019. - 191 с.
2. Добролюбова, У.Н. Как снизить давление / У.Н. Добролюбова. - М.: Вектор, 2013. - 485 с.
3. Кушаковский, М. С. Гипертоническая болезнь / М.С. Кушаковский. - М.: Сотис-Мед, 2016. - 320 с.

*Ястребов В.С., Лукашов А.А., Бачинский О.Н.*

### КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО  
«Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Актуальность.** В настоящее время проблема профессиональных болезней становится все более значима. Подавляющий процент от всех видов данной патологии занимают бронхолегочные повреждения, все больше способствующие заболеваемости, и, самое главное, инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Именно эти пункты и определяют актуальность изучения данной проблемы [1,2,3].

**Целью исследования.** был выбран анализ особенностей формирования и клинического течения профессиональной хронической обструктивной болезни легких (ПХОБЛ), как наиболее распространенной формы пылевой бронхообструктивной патологии среди жителей Курского региона – за 2019 г.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 63 пациента с ПХОБЛ, проходивших обследование и лечение в Центре профпатологии ОБУЗ «Курская городская больница №6» в 2019 г. Подавляющее число больных трудилось на Михайловском ГОК Курской области. Средний возраст в исследуемой группе составил  $60,05 \pm 7,37$  года, распределение по полу выглядело следующим образом: 34 мужчин (53,9%), 29 женщин (46,10%), возрастная структура: 30 человек – лица среднего возраста (47,6%), 28 пациентов – лица пожилого возраста (39,6%) и 5 больных старше 74 лет (7,9%). Верификация диагноза ПХОБЛ в среднем происходила в 47,9 лет, из которых последние 22,9 регистрировался пылевой стаж, работа в контакте с производственными аэрозолями.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Появление первых симптомов заболевания наблюдалось в среднем через 16,1 лет от начала пылевой экспозиции, т.е. на 6-7 лет раньше установления диагноза и прекращения контакта с пылью.

Клиническая картина ПХОБЛ характеризовалась развитием двух основных симптомов: кашля и одышки. Персистирующая одышка 1, 2, и 3 ст. по шкале Medical Research Council Dyspnea Scale (MRC) встречалась при ПХОБЛ в  $32,73 \pm 3,65\%$ ,  $50,91 \pm 3,89\%$  и  $16,36 \pm 2,88\%$  случаев соответственно, нулевая (отсутствие симптома) и четвертая степени (выраженная одышка в покое) не регистрировались. Более половины пациентов наряду с постоянной одышкой отмечали также приступы удушья, связанные с резкими запахами, холодным воздухом, физической или психо-эмоциональной нагрузкой, причем у 6% лиц данное явление происходило по несколько раз в неделю. Кашель в большинстве случаев был с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты, однако, примерно у трети больных – сухой. Всем пациентам периодически (в течении исследования) проводилось измерение показателей функции внешнего дыхания.

Так, у 85,22% пациентов с ПХОБЛ воспалительный процесс в бронхиальном дереве был ассоциирован с развитием бронхообструктивного синдрома, выраженность которого определялась по показателю объема форсированного выдоха за первую секунду ( $ОФВ_1$ ), была следующей: у 61,9% пациентов наблюдалась умеренная бронхиальная обструкция ( $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ ), 34,03% лиц характеризовались выраженным ограничением скорости воздушного потока ( $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ ). Крайне тяжелой формой нарушения проходимости бронхов ( $ОФВ_1 < 30\%$ ) была выявлена у 2-х пациентов (3,17%). У больных ПХОБЛ развитие бронхиальной обструкции происходило неравномерно, и в большей степени было обусловлено нарушением проходимости мелких бронхов. Значение показателя  $MEF_{75\%}$ , отражающего тонус небольших воздухоносных путей, было 56,3% от нормальных значений, что соответствовало снижению  $ОФВ_1$ , в то время, как индекс  $MEF_{25\%}$ , демонстрирующий функциональное состояние крупных бронхов, находился в пределах функциональной нормы – 80–100% от должных величин.

При проведении пробы с бронхолитиками было выявлено, что у подавляющего большинства пациентов с ПХОБЛ (84,06%) ограничение скорости воздушного потока характеризовалось частично или полностью необратимой бронхиальной обструкцией, но в то же время почти у 16% респондентов данный тест демонстрировал прирост  $ОФВ_1$  более чем на 12%, что типично для обратимого бронхоспазма, в частности при гиперреактивности дыхательных путей.

Бронхообструкция при пылевом поражении бронхиального дерева сочеталась с формированием синдрома дыхательной недостаточности (ДН), который был верифицирован у всех обследуемых больных. 8 пациентов (5,04%) имели ДН 1 степени, большинство респондентов (49 человек – 77,77%) характеризовались умеренно-выраженными функциональными расстройствами дыхательной системы с ДН 2 степени, у 6 больных (9,52%) диагностирована ДН 3 степени.

Следует отметить, что у четверти больных на момент проведения экспертизы связи заболевания с профессией уже имели 2 степень ДН, при этом многие продолжали работать во вредных условиях труда, что вносило и продолжает вносить свой вклад в высокие показатели инвалидизации.

**Выводы.** 1. Формирование ПХОБЛ отмечается в возрасте 40-50 лет, что соотносится к работе во вредных по пыли условиях труда в течении 15-20 лет.

2. Дебютом заболевания, как правило, являлось появление сухого или малопродуктивного кашля, что соответствует развитию ирритативной бронхопатии – обратимого патологического состояния, которое обычно не выявляется при проведении медицинских осмотров.

3. Клиническое течение ПХОБЛ связано с формированием бронхообструктивного синдрома, наиболее значительно выраженного со стороны именно мелких бронхов. В целом, клиническая картина у большинства больных с ПХОБЛ соответствует таковой при непрофессиональной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

4. Неоднородность пылевого фактора и присутствие в составе производственных аэрозолей и веществ с токсическими и сенсibiliзирующими свойствами, может определять некоторую вариативность клинико-инструментальных проявлений болезни с возможным развитием приступов удушья – фактора, характерного для развития гиперреактивности дыхательных путей и не полностью вписывающихся в концепцию ХОБЛ [2].

#### **Список литературы**

1. Васильева О.С. Хроническая обструктивная болезнь легких и профессиональные факторы // Пульмонология. – 2007, №6. С.5-11.
2. Величковский Б.Т. Основные патогенетические механизмы профессиональных заболеваний легких пылевой этиологии // Медицина труда и промышленная экология. - №8. - 1999. – С. 20-27.
3. Проблема профессиональных заболеваний дыхательной системы на территории Курской области. Бачинский О.Н., Бабкина В.И., Корнев А.В., Храмов А.В., Полякова Н.В.// Здоровье населения и среда обитания. - №2. – 2011. – С. 40-48.

*Абдурашидова Х.Б., Борадина О.И.*

## ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ МАТЕРИ НА БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра неонатологии Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

**Актуальность.** Анемия у женщин в период беременности остаётся одним из актуальных проблем в здравоохранении, и несмотря на достигнутые успехи по ранней профилактике и лечению является одним из ведущих проблем в области перинатологии [5]. Одновременно, изучение связи с ним возникновение и течение желтухи новорожденных является предметом клинических и лабораторных исследований. Работа над неонатальной желтухой внесла свой вклад в наше понимание физиологических и патологических механизмов в областях материнско-материнских отношений, биохимии и метаболизма желчных пигментов и т.д [1,4]. Более того, в последние годы нарушения метаболизма эритроцитов были признаны важной причиной тяжелой неонатальной желтухи в некоторых этнических группах, в то время как расовые и географические различия в степени неспецифической неонатальной гипербилирубинемии усложнили этот предмет [2]. Желтуха всегда означает диспропорцию в метаболизме билирубина со снижением выведения из организма его фракций, в результате чего пигмент накапливается в плазме и тканях [3]. У взрослого человека количество билирубина, полученного из источников расщепления эритроцитов составляет примерно 10-15% от общего количества, в то время как в период новорожденности это количество составляет 21-25% у доношенных детей, и у недоношенных более - 30% [5].

**Цель исследования.** Изучение билирубинового обмена у новорождённых родившихся от беременных с различной степенью анемии.

**Материал и методы исследования.** Нами были изучены 221 новорождённых от матерей с различной степенью анемии, без явного проявления перинатальной патологии. Одновременно в контрольную группу были отобраны 45 новорождённых, от практически здоровых матерей. Все новорождённые имели гестационный возраст от 37 до 42 недель. Дети родились по шкале Апгар от 7 до 10 баллов (в сред.  $8,3 \pm 0,72$ ), имели массу при рождении от 2500 гр. до 4580 гр. Все дети родились с естественным путём. Были приложены к груди непосредственно в родильном зале.

В зависимости от степени тяжести анемии, все роженицы были разделены на группы. I-группа – женщины с анемией 1-степени –  $n=195$  (88,24%), II-группа – женщины с анемией 2-степени –  $n=22$  (9,95%), III-группа – женщины с анемией 3-степени –  $n=4$  (1,81%). Методы исследования включали: сбор анамнестических данных, общий осмотр, общий анализ крови в день поступления беременной, в первые часы и на 3 сутки после родов у матери и ребёнка. Определяли уровень общего билирубина и его фракции в пуповинной крови у новорождённого (в родильном зале) и на 3 сутки жизни по традиционной методике. С целью уточнения типа анемии у рожениц, была проведена совместная консультация и обследование женщин с гематологом. Перед началом исследования была получено письменное разрешение женщин на исследование, которое было прикреплено в истории родов (ф.096/у). Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы «Medstat» на основе Microsoft Excel (2003).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе изучения клинической формы анемии у женщин, было отмечено, что из 221 женщин с анемией на долю железодефицитной анемией приходится 96,8% ( $n=214$ ).

Как показали наши исследования, транзиторная гипербилирубинемия среди новорождённых из контрольной группы ( $n=45$ ) было отмечено у  $n=6$  (13,3%) новорождённых. У новорождённых от матерей из I-группы -  $n=88$  (45,13%), из II -группы -  $n=18$  (81,82%), из III -группы -  $n=4$  (100%). Полученные данные подтверждают мнение других авторов [], о влиянии анемии на частоту возникновения гипербилирубинемии у новорождённых. Как показали наши исследования неонатальная гипербилирубинемия на прямую зависит от степени тяжести анемии у женщин в период беременности. В частности, если у новорождённых детей от женщин с анемией 1-степени ранняя транзиторная гипербилирубинемия отмечалась в 45,1% (по отношению к контрольной группе более 31,8%) случаев, то у женщин с анемией 2-степени данный показатель уже составлял 81,8% (по отношению к контрольной группе более 67,9%), и при 3-степени 100% (по отношению к контрольной группе более 86,7%), ( $p \leq 0,05$ ). Данным литературы билирубин, особенно его непрямая фракция, обладает выраженной цитотоксической активностью, особенно на уровне клеток, обогащённых липидами.

В ходе изучения уровня билирубинового обмена у новорождённых от матерей с анемией, было выявлено, что у новорождённых от матерей с анемией 1-степени, в пуповинной крови уровень общего билирубина составляет в среднем  $24,3 \pm 2,02$  мкмоль/л. В тоже время данный показатель у новорождённых из контрольной группы составил -  $19,3 \pm 2,79$  мкмоль/л, что на 20,6% ниже по отношению к новорождённым от матерей с анемией 1-степени ( $p \leq 0,05$ ). При этом, средний уровень прямой фракции билирубина у детей из контрольной группы составила -  $1,1 \pm 0,74$  мкмоль/л, уровень непрямой фракции -  $18,2 \pm 18,2$  мкмоль/л. У новорождённых от матерей с анемией 1-степени данные показатели составили -  $1,3 \pm 1,23$  и  $22,9 \pm 1,91$  мкмоль/л соответственно, ( $p \leq 0,05$ ).

На 3 сутки жизни у новорождённых из контрольной группы отмечает повышение общего билирубина на 61,7% ( $50,4 \pm 2,73$  мкмоль/л) по отношению к пуповинной крови, и данный показатель является транзиторным, ( $p \leq 0,05$ ). У детей от матерей с анемией 1-степени общий билирубин составил -  $55,7 \pm 3,39$  мкмоль/л (на 10,5% выше по отношению к контрольной группе), и билирубиновые фракции -  $7,0 \pm 0,75$  мкмоль/л и  $48,5 \pm 2,99$  мкмоль/л соответственно. Полученные результаты показывают, что начиная 3 сутки жизни идёт усиление гемолиза эритроцитов крови, что более наглядно отмечается при сравнении данных детей из II и III-группы матерей.

В частности, у новорождённых из II-группы матерей общий билирубин на 3-сутки жизни составил -  $67,4$  мкмоль/л, что на 33,7% выше по отношению к контрольной группе), ( $p \leq 0,05$ ), и фракции билирубина -  $9,2 \pm 0,22$  и  $58,2 \pm 0,67$  мкмоль/л соответственно. У новорождённых из III-группы матерей данные общий билирубин составил -



94,1±4,32 мкмоль/л, что на 86,3% выше по отношению к контрольной группе), ( $p \leq 0,05$ ), и фракции билирубина – 10,8±0,94 и 83,2±4,25 мкмоль/л соответственно, и у всех детей из данной группы на 3-сутки жизни отмечали транзиторную гипербилирубинемия. Полученные результаты указывают, что чем тяжелее протекание анемии у матери, в период беременности, тем выше показатели гемолиза эритроцитов у детей, проявляющиеся ранним проявлением транзиторной гипербилирубинемии, подтверждённой клинико-лабораторными исследованиями.

Усугубление обменных процессов билирубина более выражено отмечается на 5 сутки жизни новорождённых. В частности, если у новорождённых из контрольной группы общий билирубин составил 43,6 ±2,85 мкмоль/л, указывающие на снижение гемолиза по отношению к 3-сутке жизни на 13,5%, связанного с усилением метаболического обмена билирубина (конъюгационных процессов), то у детей от матерей из I-группы данный показатель составил - 51,4±2,72 мкмоль/л, у детей из II и III-группы 63,2±0,53 и 85,2±3,02 мкмоль/л соответственно, ( $p \leq 0,05$ ). Одновременно аналогично изменялись показатели билирубиновой фракции.

Адаптационный период всех обследуемых новорождённых прошёл без выраженной клинических осложнений.

Из этих данных вполне очевидно, что у детей от матерей с анемией более выражены катаболические процессы, экранизируя систему эритропоэза детей до максимальных проявлений гемолитического криза, характерных для транзиторной гипербилирубинемии. При этом, одним из проявлений напряжённого дисметаболизма в организме новорождённых, является тенденция к более выраженной гипербилирубинемии.

**Выводы.** В раннем неонатальном периоде уровень билирубина и его фракций в сыворотке крови новорождённых на прямую зависят от степени тяжести анемии женщин во время беременности. Данный процесс характеризуется более низким показателем резистентности эритроцитов с повышением неконъюгированной фракцией билирубина, проявляющиеся увеличением частоты возникновения транзиторной гипербилирубинемии среди данного контингента детей на 2,5 раза.

#### Список литературы.

1. Абсаломова Ф.А. TORCH - инфицирования у матерей грудных детей, с врождёнными пороками сердца. /Абсаломова Ф.А., Турдиева Ш.Т.// Сбор. науч.трудов Всерос. молод.форум, Ставрополь, 23-24 ноября 2017 г. – С. 191-193.
2. Вавина О.В. Железodefицитная анемия у беременных и ее коррекция / Вавина О.В., Пучко Т.К., Умралиева М.А.// Медицинский Совет. - 2018. - №13. – С.73-76.
3. Горяйнова А. Н., Анцупова М. А., Захарова И. Н. Желтухи здорового новорожденного: причины, течение, прогноз / Горяйнова А. Н., Анцупова М. А., Захарова И. Н.// Медицинский Совет. - 2017. - №19. – С. 120-125
4. Раджабова Н.К. Уровень гормонов щитовидной железы у новорождённых и их матерей с диффузно-эндемическим зобом/ Раджабова Н.К., Турдиева Ш.Т.// Сбор. Науч.трудов междунар.научной конференции КГМУ, Курск, 7 февраля 2020 года. – Т. 2. – С. 442-447.
5. Rathore S. A critical review on neonatal hyperbilirubinemia-an Ayurvedic perspective./ Rathore S, Kumar Vk C, RS.// J Ayurveda Integr Med. - 2020.- Vol.11. - №2.- P. 190-196. doi:10.1016/j.jaim.2018.08.006

*Ahsan Ali. <sup>1</sup>, Mansharipova A.T. <sup>2</sup>*

#### MOLECULAR MECHANISMS OF APOPTOSIS

<sup>1</sup>Lynx Eurasia LLC,

Association of young doctors of Almaty,

<sup>2</sup>Kazakh Russian Medical University. Kazakhstan

In the past 3 decades, 2 distinct forms of cell death, necrosis and apoptosis, have been defined in terms of mechanism, sequence of events, biochemistry, and morphology. Necrosis refers to a range of morphological changes resulting from the enzymatic digestion of the cell, the disruption of cellular membranes, and the denaturing of proteins that accompanies cell death [1]. Apoptosis, in contrast, is a programmed, active, highly selective mechanism of cell death allowing for the removal of cells that are redundant or excessively damaged [2]. Apoptosis is initiated by a number of different stimuli, including DNA damage, intracellular damage, toxins, and extra cellular signals [3]. In multicellular organisms' apoptosis is an essential component of development and cellular regulation [4].

One of the basic stages of apoptosis is the reception of signal, a precursor of destruction in the form of information to the cell, either external or arising inside the cell. The signal is perceived by the receptors and is analyzed. Further through receptors or their combinations the received signal is consistently transferred to the intermediate molecules (messengers) through the various ways and finally reaches the nucleus where the activation of cellular suicide program takes place by the activation of lethal and/or repression of antilethal genes. With regard to human cells apoptosis, in most cases is linked to the proteolytic activation of CASPASE cascade - a family of evolutionarily conservative cysteine protease, which specifically split proteins after aspartic acid residues [5]. On the basis of the structural homology CASPASE are further subdivided into the subfamily) CASPASE-1 (CASPASE 1, 4, 5), b) CASPASE-2 (CASPASE-2) and c) CASPASE-3 (CASPASE 3, 6-10) [5]. However, apoptosis is also possible without the involvement of CASPASE: super synthesis-promoters of apoptotic proteins Bax and Bak induced apoptosis in the presence of CASPASE inhibitors [2]. Molecular targets of CASPASE - effectors are many proteins, degradation of which causes the development of irreversible processes that are characterized for apoptosis. These anti apoptotic proteins are of Bcl-2 family, DNase inhibitor, DFF (DNA fragmentation factor), lamin proteins, cytoskeleton proteins, proteins involved in DNA reparation, mRNA splicing, DNA replication and others [1].

CASPASEs, in the form of less active pro enzyme, are present in the cell, constitutionally, that allows inducing apoptosis rapidly. One of the pathways to activate CASPASE is linked to the interaction of apoptosis inducers with the specific receptors (Fas, TNF, ARO3). Another way of the activation of CASPASE 9 occurs as a result of hetrodimer proteins of Bcl-



2 family. Third way of CASPASE activation is with the help of granzyme in the poreconstituent proteins [3].

One of the important events in the process of apoptosis is the fragmentation of DNA. In the terminal phase of apoptosis, CASPASE splits specific protein topoisomerase II, which is involved in the formation of higher-order DNA structures, and histone H1, protecting DNA from the action of endonuclease at internucleosomal level. As a result of this, splitting of DNA molecules into fragments of certain sizes takes place: large - about 50 and 300 thousand bp and small - 180 bp (and multiples of them). Fragmentation of DNA is carried out near different endonuclease. In particular, splitting into fragments of 180 bp provides activation of  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$  dependent endonuclease [4].

There are regulators that block or, conversely, encourage the devastating effect of CASPASE. These include the proteins of Bcl-2 family (inhibitors of apoptosis: A1, Bcl-2, Bcl-W, Bcl-X<sub>L</sub>, Bcl-X<sub>S</sub>, Bcl-1, Mcl-1 and NR 13) and the proteins of Bax family (promoters of apoptosis: Bad, Bak, Bax, Bcl-X<sub>s</sub>, Bid, Bik, Bim, Hrk, Mtd) [3].

Important role in the induction of apoptosis play genes - tumor growth suppressors: p53, Rb, p21, p33, etc. They are involved in stopping the cell cycle and launching the programmed cell death in incorrigibility violated structure of DNA. This prevents the survival and reproduction of the cells with transforming genome.

In order to constantly hinder the process of programmed cell death in certain physiological framework in biological systems, there are a number of factors acting as either inducers or inhibitors of apoptosis. Some of them, depending on conditions, have both pro and anti apoptotic action.

Until present it was believed that non reparative DNA damage leads to cell death as a result of the functional disorders of all biochemical systems due to the impossibility of an adequate transcription of genes having defect in the DNA matrix. Studies in recent years have led to the formation of absolutely new understanding of the cell death mechanism, having DNA damage, as the process, carried out in accordance with a specific genetic program. In induction of this program having damage to the DNA of cells, important role plays p53 protein. This protein with a molecular weight of 53 kDa localized in the cell nucleus is known as one of the transcription factors, the increased expression of which leads to repression of number of genes regulating transcription and involved in the delay of cells in cell cycle phase G1. In DNA damage under the influence of ionizing radiation, or UV radiation, topoisomerase II inhibitors and some other impacts, activation of p53 gene expression takes place. Block of the cell cycle in the phases of G1 and G2 till DNA replication and mitosis, respectively, makes possible repair of damaged DNA and prevents thus the emergence of the mutant cells. If the activity of repair system is insufficient and DNA damage persisted, then in such cells programmed cell death or apoptosis is induced, which leads to the protection of body from the presence of cells with damaged DNA. At the level of transcription p53 regulates the expression of genes involved in the blockade of the cell cycle - p21 (inhibitor of majority cyclin - dependent kinase, either interacts with the complexes, determining DNA synthesis and repair, or with the proteins, modulating apoptosis - Bax. Mutation of P53 gene allows such cells to maintain viability in mitosis, which lead to survival of cells subjected to transformation. Indeed, in transformation significant numbers of mutations are found in p53 gene. Thus, under the influence of p53 genotoxic agents not only increases the time of DNA repair, but in this way also protect the body from cells with dangerous mutations. Blocking the process of apoptosis may reduce the ability of transformed cells to activate the program cell death.

It is known that process regulating cell death can be conditionally divided into several different phases: Initiating phase of apoptosis, signal activation of CASPASE, endonuclease activation and specific degradation of the DNA, resulting in the cell death. If the initial phase varies depending on the type of the cells and apoptosis induction signal, then degradation stage of the DNA is universal for most of the cells. This phase is transitional to the irreversible - terminal phase of apoptosis, which is controlled by the family of Bcl-2 proteins. In this regard, clarifying the role of Bcl-2 proteins family plays the central role in studying the regulation of apoptotic process. By now it is known that proteins of this family are either inducer of apoptosis (Bad, Bax, Bcl-X<sub>s</sub>, Bik, Bid, Bak), or inhibitors (Bcl-2, Bcl-X<sub>L</sub>). Proteins of Bcl-2 family are in constant dynamic equilibrium, forming a homo- and heterodimers that, ultimately, affect in the development of cell apoptosis. Therefore, it is believed that the ratio of the active forms of these proteins determine the rheostat of life and death of the cells. The regulation mechanism of this process should be considered in the position structurally - the functional relationship between proteins of this family that allow them to merge into one family - a family of Bcl-2 proteins [5]

Up till now it is shown that the decisive moment in the launch of apoptosis plays heterodimerization of the protein of Bcl-2 family - inducers and inhibitors of apoptosis. In what way proteins of Bcl-2 family receive the signal to the regulation of apoptosis from these receptors? At present, the ability to modulate the state of the protein of Bcl-2 family has been studied, at least 3 different mechanisms - changing the structure of proteins Bad, Raf-1 and Bag-1. Probably, there are many ways to regulate the functional activity of the proteins of Bcl-2 family at the cellular level as inhibitors, and as well as inducers of apoptosis through certain signal-transmitting molecules and the ways of their activation. Considering the functional importance of the Bcl-2 family proteins in regulation of such a complex and multifaceted process, as apoptosis, it could be argued that these proteins are promising target for the purpose of manipulating the desired impact on the fate of cells.

The best studied are the sequence of events that lead a cell to apoptosis as a result of the interaction of TNF family proteins with specific receptors. A striking representative of this group of proteins is the system of Fas / Fas-L (ligand) [5]. It should be noted that other functions are still unclear for this system, except induction of cell apoptosis. Fas/APO-1/CD-95-receptor, as per structure are related to the receptors of TNF family. Interaction with Fas Fas-L or with monoclonal antibodies leads to the apoptosis of cells. Fas is constitutively expressed on the surface of many cells types: on thymocytes, lymphoblastoid cell lines, activated T and B lymphocytes, as well as fibroblasts, hepatocytes, keratinocytes, myeloid cells, cardiomyocytes. The human Fas consists of 325 amino acid residues and refers to the membrane of the type I proteins, that is, in its structure could be extracellular, transmembrane and cytoplasmic domains. Homology of the amino acid sequence among the family of TNF receptors is high. About 80 amino acid residues form a death domain (DD), which is involved in protein-protein interactions with cytoplasmic proteins, generating the signal of death. Gene Fas in humans is localized at the long shoulder chromosome 10 and consists of 9 exons.

Fas-L is a cytokine and belongs to the family of cytokines of TNF. Fas-L is expressed in activated T-lymphocytes,

natural killers, as well as Sertoli cells, parenchymal cells of the anterior eye chamber that allow these cells to kill any Fas-expressing cell, including the activated T-lymphocyte. This mechanism determines the presence of protected places from the immune system. Fas-L exists in two forms - insoluble or membranecombined and soluble, split able from the cells with the help of metalloproteinases. Soluble form of human Fas-L retains their activity. Like other ligand receptor of the TNF family, Fas L- homotrimer attached with 3 molecules of Fas. In attachment with ligand receptors oligomerization of cytoplasmic proteins occurs: DD (domain death) is related to the receptor of adaptor protein - FADD (Fas-associated death domain) containing DED - effectors death domain and proCASPASE-8. As a result of this process, the activation of apoptosis specific protease - CASPASE-8 happens and develops the characteristic of apoptotic processes. [1].

One of apoptotic events is realized in the cell nucleus and is the fragmentation of DNA. The degradation of DNA is the terminal phase of apoptosis. During the degradation of DNA initially formation of large fragments containing approximately 300 thousand bp takes place, later some - 30-50 thousand bp. Then comes the next phase of the fragmentation of DNA - its internucleosomal degradation, with the formation of fragments containing 180 bp (lengthening of DNA threads in nucleosome), or multiples of them in length. Specifically these fragments appeared as "ladders" during the DNA electrophoresis of apoptotic cells lysates, which are widely used for the identification of apoptosis. Such fragmentation of DNA is linked to the proteolytic splitting of specific protein topoisomerase II. This protein accomplishes the structural and enzymatic function and is involved in the formation of higher-order DNA structures - super spiral hinges. They contain 50 thousand bp. Six loops united into a single disc like outlet forming even more complex structure and have 300 thousand bp in their composition, respectively. It should be remembered that fragments of 50 and 300 thousand bp split the DNA in the initial stage of degradation during apoptosis. Degradation of topoisomerase II CASPASES are one of the reasons for the fragmentation of DNA. Likewise substrate of protease during apoptosis is histone H1, which protects DNA from the endonuclease at internucleosomal level. As a result of this splitting, the degradation of DNA into fragments takes place of approximately 180 bp and multiple of them. Implementation of the various phases of DNA degradation is associated with appearance of activity of various endonuclease. There is not enough information about the characteristics of endonuclease which determine the appearance of large DNA fragments. Slightly more information is available about the processes of internucleosomal degradation of DNA, which results in the formation of DNA fragments of 180 bp. It is believed that this type of degradation is provided by activation of  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$  - dependent endonuclease [5].

#### References:

1. J.J., Rubio-Martinez J. Molecular dynamics study of peptide segments of the BH3 domain of the proapoptotic proteins Bak, Bax, Bid and Hrk bound to the Bcl-xL and Bcl-2 proteins //J. Comput. Aided. Mol. Des. – 2004. - Vol. 18. - P. 13-22.
2. Mayr M., Hu Y., Hainaut H., Xu Q. Mechanical stress-induced DNA damage and rac-p38MAPK signal pathways mediate p53-dependent apoptosis in vascular smooth muscle cells //FASEB J. – 2002. - Vol. 16. - P. 1423-1425.
3. Decker T., Kovarik P. Transcription factor activity of STAT proteins: structural requirements and regulation by phosphorylation and interacting proteins //Cell. Mol. Life Sci. – 2001. - Vol. 55. - P. 1535 - 1546.
4. Zhivotovsky, B., Burgess, D. H., Vanags, D. M., Orrenius, S. Involvement of cellular proteolytic machinery in apoptosis //Biochem. Biophys. Res. Commun. – 2000. - Vol. 230.- P. 481- 488.
5. Belushkina N.N. Control of the apoptotic process by the proteins of Bcl-2 //Vopr.biol.med.pharm.chemistry. - 2000. - № 3.- C. 9-16.

*Alifshoeva N.N., Ganieva M.T., Zuurbekova D.P.*

#### A POSSIBLE OCCURRENCE OF DISTRESS IN STUDENTS DURING INTENSIVE STUDENT'S WORK

Department of Neurology and Fundamentals of Medical Genetics of SEI Avicenna Tajik state medical university, Tajikistan.

**Relevance.** There is a connection between the emotional state and the onset of diseases [1, 2, 3]. According to the World Health Organization (WHO), 45% of all of disease cases occur against the background of transferred stress. A state of distress in students may appear as a result of the body's reaction to prolonged and excessive physical and psychological overloads that may arise during the period of study.

Distress is a negative type of stress and leads to an increased risk of various diseases [1]. The main symptoms of distress can be: headache, stomach pain, peptic ulcer; labored breathing; loss of strength, fatigue, lethargy; changeable mood; low efficiency; poor sleep; increased fatigue; increased distractibility, poor concentration.

Currently, this problem have great importance for young students, due to the increase in teaching loads and the intensity of educational work, especially during the session.

**Purpose of the study.** Study of a possible symptoms of distress in students arising during the session.

Research methods: Analysis of modern sources, questioning, survey of students of the Tajik State Medical University.

About 55 students of fourth-year were taking test of neurology at the Department of Neurology and Fundamentals of Medical Genetics, boys and girls aged 19 to 21.

The assessment of the mental state and the level of stress was carried out according to the «PSM-25 Psychological Stress Scale», the test for educational stress advanced by Yu.V. Shcherbatykh [4]. This test identifies the main causes of learning stress; identify where stress is manifested; identify basic student stress relief technique.

**Research results and discussion.** As a result of our research, we found that the main causes of stress in students are large academic loads that appear due to a large number of assignments in different academic disciplines, lack of textbooks, strict teachers, group conflicts, language barrier, life far from parents (Fig. 1).

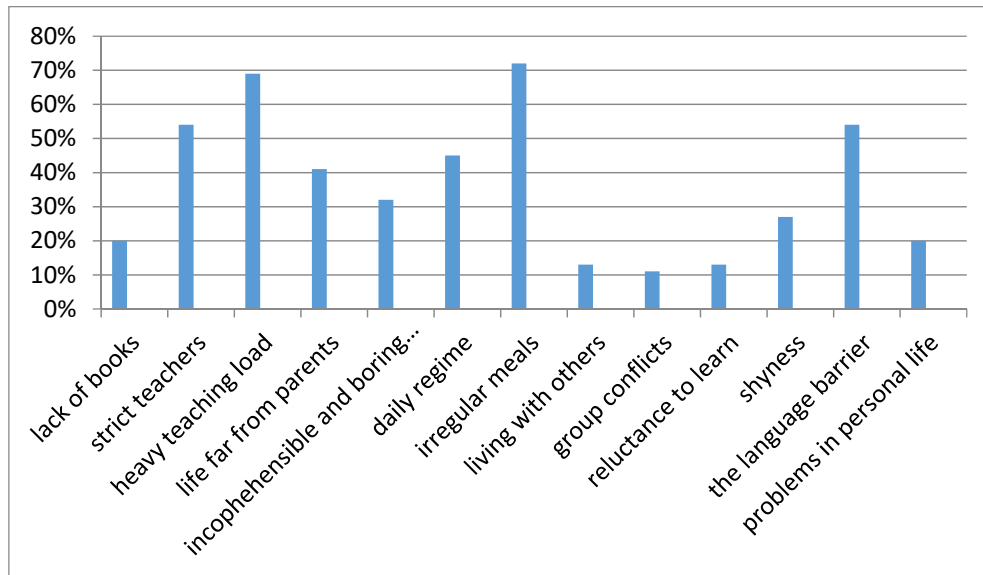


Figure 1. The contribution of individuals problems to the overall stress picture

The majority of students do not know how to organize their regime, do not get enough sleep, some of them do not use weekends for rest, which leads to a deterioration in performance, attention, memory, and, in general, to a significant decrease in academic performance. Students can face such challenges and difficulties as well:

- final lessons not passed on time, tests;
- unfulfilled or incorrectly completed tasks;
- a large number of passes on any subject;
- insufficient knowledge of the discipline;
- poor performance in a particular discipline;
- lack of interest in the discipline or the job offered to the student;
- poor physical conditions: deviations in room temperature, poor lighting or excessive noise.

The main ways to relieve stress (Fig. 2) is spending time in social networks (46 respondents), almost an equal number of respondents relieve stress through sleep (34 respondents). Chatting with friends and loved one (22 respondents), walking in the fresh air (15 respondents) and delicious food (30 respondents) are also effective ways to relieve stress. The good news is that alcohol is not used to relieve stress in the study group.

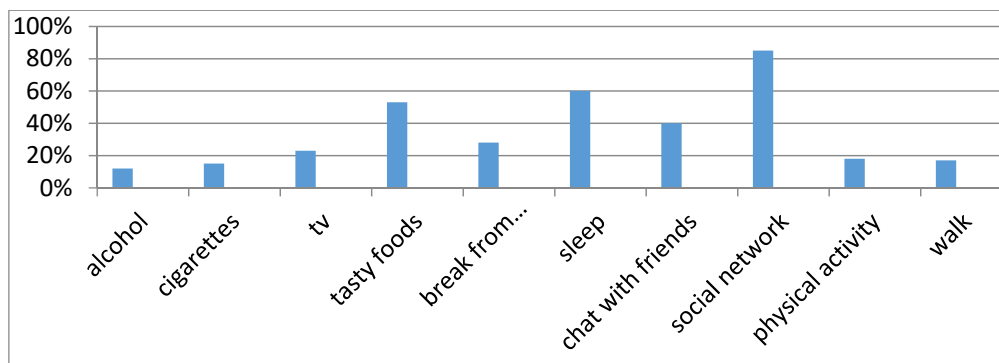


Figure 2. Stress relief techniques

The survey was carried out during the educational cycle, when the students were under the influence of high and long educational loads and, perhaps, did not have enough time to lead a healthy lifestyle. The results of the study showed that during intense mental work associated with the period of the session, 29% of students (16 people) experience headaches. During such heavy training loads, 25% (14 people) of the respondents suffer from bad mood and irritability, 22% (12 people) lose self-confidence, 16% (9 people) of students experience problems with sleep. Abdominal pain, problems with the gastrointestinal tract and pain in the heart appear in 7% (4 people) of the surveyed students (Fig. 3).

The questionnaire survey showed that the problem of the emergence of a state of distress is especially relevant for young students. A long period of preparation for exams is very stressful and difficult, during such periods the risk of normal stress developing into distress is very significant. A long period of stress can lead to serious consequences for a young organism and cause various health disorders.

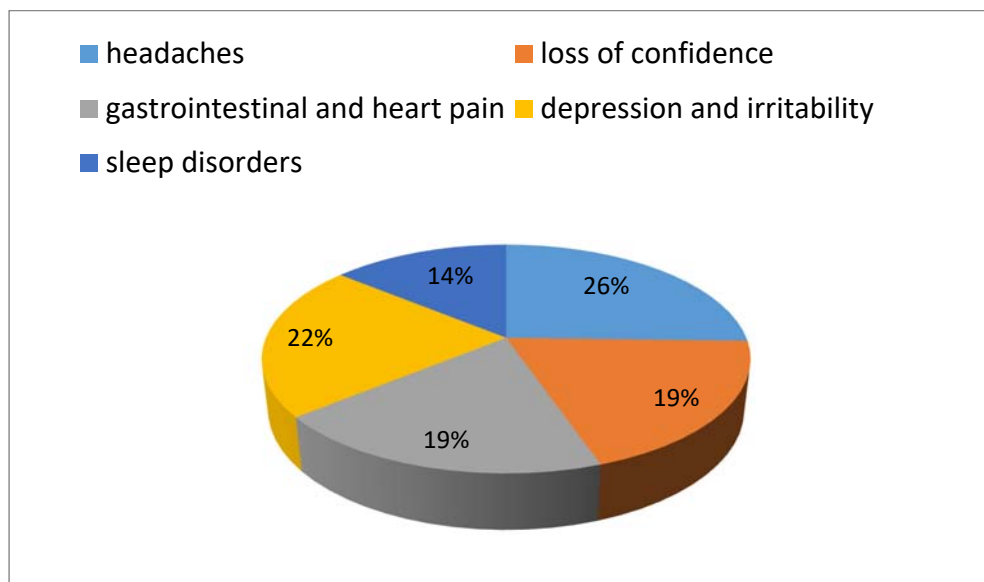


Figure 3. Research results

**Conclusions.** Thereby, the studies show the presence of symptoms of distress in students, which is explained by the increased psychophysical stress during the session. Currently, due to the increase in teaching loads, the problem of students' distress is becoming highly relevant and requires special attention and deeper study.

It is very important for students during the period of intensive study loads, which are certainly accompanied by physical and psycho-emotional overstrain, to be especially attentive to their psychophysical state.

#### Literature

1. Veretennikov V.L. Correction of the psychophysical state of students on the basis of an integral indicator of adaptability to learning at a university / V.L. Veretennikov // Scientific Notes of the University. P.F. Lesgaft.- 2011.- №.10. – p.51
2. Linkova-Daniels N.A., Ershova A.V. Analysis of the depression state of full-time students // Problems of the quality of health-saving activities of educational institutions: Mater. int. scientific - practical conference. - Ekaterinburg, RGPPU, 2013.- P. 97-100.
3. Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors / Santen S.A., Holt D.B., Kemp J.D. et al. // Southern Medical Journal. 2011. № 103. P. 758–763
4. N. Linkova-Daniels. The problem of the students depression and Methods of its study // Innovative transport № 1 (11), Scientific and publicistic edition, Yekaterinburg: URGUPS, 2014. - P. 62.

*Zokirov R.Kh., Asanbekova S.Kh., Ashurov Q.E., Salomzoda N.R.*

### MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC CHANGES IN THE VASCULAR TISSUE KIDNEY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS

Departments Human anatomy and Latin medical terminology named after Ya. A Rakhimov”  
SEI "Avicenna TSMU»

**The actuality of the problem.** Any question related to the problem of highlands, at present, must be attributed to the number of actual questions. This is due to the ongoing process of migration to the mountains of various group of the population, and with it agricultural and domestic animals. For Tajikistan, 93% of the territory of which is mountainous and where a significant part of the population of the republic lives, the problems of alpine physiology and morphology are of paramount importance.

**The aim of the work.** To study the complexes of histological, histochemical and morphometric characteristics of adaptive changes in the kidney, which determine the restructuring of the vessels of the microcirculatory link of the organ during the adaptation of the organism to the factors of high mountains.

**Material and research methods.** The morphological study of vascular and tissue formations was studied on 71 sexually mature dogs of both sexes weighing 10-15 kg. 15 dogs served as control (Dushanbe, 820 m above sea level). The rest (56) were raised into the mountains (Anzob pass, 3375 m above sea level). All animals were kept on a standard diet. The experiments in the mountains were carried out in the summer months (June, July). The experimental animals were kept under a canopy on the background of high altitude factors.

**Research results and their discussion.** It is currently established that the structure of organ vessels, nature of their branching are in accordance with the specific structure of the blood supplied organ, the peculiarities of its functions. This fully applies to the circulatory system of the kidney, which is closely related to its structure and function.

We have studied 30 kidney preparations. It has been established that each kidney is supplied with blood by one renal artery (a. Renalis) with a diameter of 0.3 - 0.5 cm, which extends from the abdominal aorta and is the main source of arterial nutrition of the kidney. Along with the renal artery, the so-called trans capsular arterial branches take part in the blood supply of the kidney. Many anastomoses were found between the ordinal arteries of the fibrous capsule and the blood vessels of the kidney itself. After entering into the portal of the kidney, the aorta is divided into 7-9 interlobar arteries or arteries of the 2nd order (aa.interlobares) with a diameter of 0.3-0.5 mm, which pass between the pyramids in the medulla to the border zone.

Here, arcuate arteries (aa. Arcuatoe) or arteries of the 3rd order with a diameter of 350-450 microns depart from the interlobar arteries, located in the connective tissue layer between the cortex and the medullary substances. On preparations stained according to Weigert, we were able to identify elastic fibers that form the outer and inner membranes in the walls of the ordinal arteries of the kidney. It can be seen that the elastic fibers of the outer layer of the wall of the arc artery, intertwining with each other, form a reticular structure, and the inner elastic membrane forms a marked sinuous tape. Interlobular arteries (aa.interlobulares) or 4th order arteries with a diameter of 70-90 microns go from the arcuate arteries to the cortical intra-lobular arteries, from which the bringing glomerular arterioles begin. From the superior intralobular arteries, the bringing arterioles with a diameter of  $28.54 + 0.48$  microns are directed to the short and intermediate nephrons, and from the lower ones - to the juxtamedullary substances.

**Conclusion:** Thus, the revealed vascular and tissue and morphometric changes in the kidneys of dogs adapting to high-altitude conditions are due to the high plasticity and reserve capacity of intraorgan vessels and parenchymal elements of the nephron, are reversible and have a compensatory-adaptive nature.

#### Literature

1. Knepper M.A., Danielgon R.A., Saidel G.M., Nost R.S. Quantitative analysis of the renal medullary anatomy in rats and zabbits // *Kidney Int.* - 1977. -V.12. - N.5. - P. 313-323.
2. Walker B.R. Diuretic response to acute hypoxia in the conscions dog // *Amer. J. Physiol.* - 1982. - V.243. - N.5. - P. 440-446.
3. Zimmershacki B.L., Robertson C.R., Jamison R.L. The medullary microcirculation // *Kidney Int.* - 1987. - V.31. - N. 2. - P. 641-647.
4. Wesson L.G. *Physiology of the human kidney* // Grune. Tratten. NewYork. - 1969. - P. 46-52
5. Pwaller .R.,Ritinger . Quantitative morphology of the rat Kidney // *Int. J. Biochem.* - 1980. V.12. 1-2. -p. 17-22.

*Baymenova A., Zhakenova S.*  
**RISKS IN MEDICAL TOURISM**  
School of Public Health,  
JSC Medical University of Karaganda. Kazakhstan.

**Relevance.** Medical tourism has become one of the modern areas of medicine associated with the globalization of the modern world community. The volume of investments in this industry is increasing annually. Medical tourism is at the intersection of the fields of medicine and economics, reflects the process of commercialization of healthcare and is becoming an increasingly promising and profitable area of the tourism business.

The most active partners in the field of medical tourism, according to an article published in the *Open Medical Informatics Journal*, are currently Asia (Malaysia, Thailand, Singapore and Hong Kong), Western Europe (Poland and Hungary), Mediterranean countries (Malta and Cyprus), Africa (especially North Africa), South and Central America (Costa Rica, Mexico City, Brazil and Cuba), and the Middle East (United Arab Emirates, Israel and Jordan).

As a rule, clinics related to the medical tourism sector are accredited by JCI (Joint Commission International, USA, Chicago) and have an official opinion from the Joint Commission International.

**The purpose of the study.** Search and review relevant sources on the main risks associated with medical tourism.

**Material and methods.** The analysis was carried out using theoretical knowledge of the results of scientific research in scientific works. The research methods were: analysis and synthesis, system analysis of scientific knowledge, economic research.

**Results and discussion.** It should be noted that medical tourism, along with such indicators as affordability and efficiency, has a number of disadvantages.

First of all, these are the medical risks associated with climate change. A patient who is going to receive medical services abroad must be warned against an abrupt change in climate.

For example, in hot countries, insulin absorption can be significantly accelerated. In addition, climate change, especially frequent, can contribute to a decrease in immunity and be accompanied by a deterioration in health upon returning to the country of residence. Another danger associated with staying in hot countries is excessive insolation (exposure to sunlight), therefore, before the trip, it is necessary to determine the function of the thyroid gland, which should not be increased. Autoimmune diseases of the thyroid gland, first of all, diffuse toxic goiter, is often detected among patients who have visited "hot countries" several times a year. Another feature of hot climates is increased fluid loss, which must also be taken into account by patients with diabetes. Saline changes, along with dehydration, can contribute to the formation of gallbladder and kidney stones. It should be remembered that diabetic neuropathy (painless form with loss of sensation) can contribute to the occurrence of burns to the feet if you walk along the beach in slippers with thin soles.

It must be remembered that exotic food can have an unpredictable effect on the body, forcing tourists to "get out of the way." It is necessary to take into account the hypoglycemic properties of exotic plants, the spectrum of which is different in different countries.

Another feature of tourism to exotic countries is the danger of infectious diseases. It is no coincidence that entry into many countries is only allowed after a strictly prescribed vaccination.

Another danger associated with medical tourism is the dissemination (spread) of infectious agents. The scientific literature describes concurrent infectious outbreaks in various European clinics among patients previously treated in Asian countries. For example, it is known about resistant to the action of the most powerful antibiotics "superbug" with the NDM-1 gene (New Delhi metallo-beta-lactamase), isolated in European clinics from tourists who had previously received treatment in India, Bangladesh, Pakistan.

Any, even planned, surgical intervention carries the risk of potential complications. Often, the duration of a trip associated with medical tourism is limited only by the time of medical procedures and does not include the rehabilitation period, which is important for achieving a positive treatment result. In case of early departure, the patient must have contact with the attending physician of the clinic where the operation was performed, or there must be continuity of work with the clinics of the country of residence. If there is a potential risk of increasing the duration of the treatment process, it is necessary to decide in advance about the possibility of extending the visa. In the case of childbirth abroad, it is necessary to assess the unforeseen need for the flight and the rules established for the flight of pregnant women by airlines serving this destination.

There are risks associated with the need for transportation after receiving medical attention. The HELTEF study, conducted in Norway among patients who received surgical care abroad, found that the most difficult part of medical tourism was returning home, which was associated with increased pain. Travel, especially long air travel, naturally increases the risk of developing deep vein thrombosis of the lower extremities.

In the field of virtual technologies, there is a risk that the web-information about the clinic does not correspond to real conditions. Information may be fragmentary and may not reflect the reality. Sometimes low prices can result in low quality of service and natural complaints, for example, "about stupid scalpels" faced by German tourists in one of the Asian countries. Therefore, it is necessary to use sites that provide reliable information, for example, those maintained by the European and International Medical Tourism Associations [www.imtjonline.com](http://www.imtjonline.com) and [www.medicaltraveltoday.com](http://www.medicaltraveltoday.com).

Statistical information on short-term and long-term health care outcomes in medical tourism is usually kept secret and classified as a trade secret.

It is important to note that the legal aspects of providing assistance may vary from country to country. As a result, claims filed in different countries may be considered differently and the solution may differ when assessing similar situations.

The human factor is also important for successful treatment. There should be no language barrier between the patient and his attending physician, as well as service personnel. Any question asked by the patient must be interpreted correctly, and a comprehensive answer must be received to it, excluding ambiguous interpretation.

And of course, it is important whether family members and friends will travel with the "medical tourist", since for the "support group" the individual tour must also be carefully planned.

**Conclusions.** If a potential patient has made a decision about treatment in another country, he must make sure that the clinic he has chosen has all the necessary certificates, licenses and operates in accordance with international health standards. At all stages of medical care, a full-fledged relationship between doctor and patient must be maintained.

#### **List of references.**

1. Jungmi Jun, Kyeung Mi Oh. Framing risks and benefits of medical tourism: a content analysis of medical tourism coverage in Korean American community newspapers // *J Health Commun.* – 2015. – Vol. 20, № 6. P. 720-7.
2. Pablo Padilla, Priscilla Ly, Rachel Dillard, Stefanos Boukovalas, Ramon Zapata-Sirvent, Linda G Phillips. Medical Tourism and Postoperative Infections: A Systematic Literature Review of Causative Organisms and Empiric Treatment // *Plast Reconstr Surg.* – 2018. – Vol. 142, № 6. P. 1644-1651.
3. Mohammad J Khan, Shankar Chelliah, Mahmud S Haron, Sahrish Ahmed. Role of Travel Motivations, Perceived Risks and Travel Constraints on Destination Image and Visit Intention in Medical Tourism: Theoretical model // *Sultan Qaboos Univ Med J.* – 2017. – Vol. 17, № 1. P. e11-e17.
4. Brittany M Foley, Jack M Haglin, Joshua Ray Tanzer, Adam E M Eltorai. Patient care without borders: a systematic review of medical and surgical tourism // *J Travel Med.* – 2019. Vol. 26, №6.

*Ганиева Д.К.*

### **КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА**

Кафедра амбулаторной медицины Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

**Актуальность.** Ранее выявление патологии и оздоровление детского населения является одним из актуальных направлений педиатрии [1,4]. При этом, болезни органов дыхания входят в лидирующую тройку в патологии детского возраста, и составляют примерно 45% от общей детской заболеваемости [3]. Одновременно, бронхолегочная патология, формирующая в раннем детском возрасте, нередко переходит в рецидивирующее течение [5]. На долю острых респираторных заболеваний (ОРЗ) приходится свыше 90% всех регистрируемых инфекционных форм [2]. Одним из частых и наиболее тяжелых проявлений ОРЗ у детей от 6 мес. до 3-х лет является острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) или синдром крупа [1,3]. Примерно у 20–40% детей ОСЛТ сопровождается тяжелым проявлением обструкции верхних дыхательных путей [5]. Данные дети, после стационарного лечения наблюдаются в поликлинических условиях, но из-за недостаточной изученности иммунной системы данных пациентов в постгоспитальном этапе лечения, вопрос изучения коррекции иммунных нарушений у детей остаётся одним из актуальных направлений в педиатрии.

**Цель исследования.** Изучение особенности клеточного иммунитета у детей младшего возраста, в ранних сроках после перенесения ОСЛТ.

**Материалы и методы исследования.** Были обследованы 52 детей в возрасте от 6 мес. до 2 лет (ср. возраст 1,2±0,6лет) после перенесённого ОСЛТ, на следующие сутки выписки из стационара. Дети от 6 до 12 месяцев составили 34 пациентов (65,4%), дети от 12 месяцев до 2 лет 18 пациентов (34,6%). Для контрольного исследования была создана контрольная группа из 22 практически здоровых детей аналогичного возраста. Исследование проводилось в поликлинических условиях, рандомизированным методом. Методами исследования являлись: общее клинический осмотр пациентов, общий анализ крови, антропометрические исследования и скрининг-анкетирование. Для изуче-

ния клеточного иммунитета исследовали: общее число лимфоцитов, процентное и абсолютное число зрелых Т-лимфоцитов (CD3+) и двух основных субпопуляций - хелперов (CD4+) и киллеров (CD8+), а также зрелых В-лимфоцитов (CD20+). Для оценки субпопуляций Т-лимфоцитов использовали метод идентификации их на основании кинетики E-рецепторов при различных режимах инкубации. Полученные результаты обработаны на компьютерной программе Microsoft Office Excel -2013.

**Результаты исследования и обсуждение.** В защите детского организма от инфекции клеточному иммунитету принадлежит исключительная роль, поскольку Т-лимфоциты занимают особое место благодаря своей способности распознавать антигены и взаимодействовать с разными клетками-эффекторами, в частности, с другими лимфоцитами, гранулоцитами и макрофагами, а В-лимфоциты являются предшественниками антителообразующих клеток. По результатам исследования, первичным этиологическим фактором ОСЛТ явилась респираторно-вирусная инфекция (38,46%). Бактериальная инфекция часто присоединялась, как вторичная, и изменяла клиническое проявление заболевания, вследствие чего у ребёнка развивался ОСЛТ на основе вирусно-бактериальной этиологии (смешанная) – 42,31%. При анализе анамнестических данных было определено, что неблагоприятные фоновые факторы также усугубляют клинику ОСЛТ. Таким неблагоприятным фоновым факторам мы отнесли: аномалию конституции (экссудативно-катаральный и лимфатико-гипопластический диатезы); наличие в анамнезе лекарственной аллергия; врожденного стридора; паратрофию; родовую травму, роды путем кесарева сечения; поствакцинальный период; сенсибилизацию предшествующими частыми ОРВИ. Как показали наши исследования, наиболее часто встречаемыми неблагоприятными фоновыми факторами являются аномалии конституции - 29 (55,77%), сенсибилизация предшествующими частыми ОРВИ - 28 (53,83%) и наличие аллергического фона в анамнезе - 12 (23,08%). Данные факторы непосредственно влияют на иммунный статус организма.

С целью изучения иммунной системы у пациентов в ранних сроках после перенесения ОСЛТ, были исследованы ряд факторов клеточного иммунитета.

Как показали результаты исследования, Т-клеточный ряд подвергался существенным изменениям (см. таб.). В частности, в ранних сроках после активного периода ОСЛТ, наблюдается картина вторичного иммунодефицитного состояния, о чем свидетельствовало снижение абсолютного числа лимфоцитов, их субпопуляций Т-лимфоцитов: Т-хелперов, Т-киллеров.

**Таблица**

**Состояние клеточного звена иммунитета и В-лимфоцитов у детей в ранних сроках после перенесения ОСЛТ (n= 52).**

Показатель	Контрольная группа	Дети, пережившие ОСЛТ (ранние сроки после госпитализации)
Лимфоциты 10 <sup>9</sup> /л	3,6±1,77*	2,8±0,78*
CD3 (Т-лимфоцит) 10 <sup>9</sup> /л	1,5±0,06*	1,7±0,43**
CD4 (Т-хелперы) 10 <sup>9</sup> /л	0,7±0,03*	0,3±0,08**
CD8 (Т-киллеры) 10 <sup>9</sup> /л	0,4±0,09*	0,2±0,09**
Соотношение CD4/CD8	1,7±0,04*	1,5±0,13**
CD20 (В-лимфоциты) %	22,1±0,07*	27,1±0,44*

\*P<0,01, \*\*P<0,05

У наших пациентов отмечали выраженный дисбаланс в состоянии Т- и В-клеточного иммунитета с ведущей ролью аллергии в развитии заболевания, центральным патогенетическим звеном которого является гиперреактивность верхних дыхательных путей вследствие формирования острого аллергического воспаления. Так, уровень зрелых Т-лимфоцитов у пациентов был повышен в 1,4 раза по отношению к контрольной группе детей. Показатели активированных лимфоцитов (CD4+;CD8+) были достоверно снижены.

При этом общее количество лимфоцитов были снижены в среднем на 14% по отношению к контрольной группе. Существующий дисбаланс показателей Т-звена иммунитета подтверждал и индекс дифференцировки, который является одним из ведущих показателей тяжести течения патологического процесса.

Одновременно у пациентов после перенесения ОСЛТ отмечали повышения общего уровня CD20+ на 12,3% по отношению к контрольной группе.

Полученные результаты показали, что у детей после перенесения ОСЛТ в организме возникает Т- и В-клеточный дефицит различной степени выраженности, сопровождающийся недостаточностью разных эффекторных клеток.

Сопоставление результатов комплексной иммунограммы детей, перенесших ОСЛТ, позволило нам констатировать подавление основных популяций Т- и В-лимфоцитов, формирующих необходимое напряжение иммунитета. В то же время, не изменялось число регуляторных популяций Т-лимфоцитов, особенно в присутствии биологически активных веществ, действующих через систему циклических нуклеотидов.

**Выводы.** У детей в ранних сроках после перенесения ОСЛТ отмечается выраженный дисбаланс в состоянии Т- и В-клеточного иммунитета. При этом уровень зрелых Т-лимфоцитов (CD3+) повышен в 1,4 раза, В-лимфоцитов (CD20+) – более 12,3% по отношению к контрольной группе, а также показатели активированных лимфоцитов (CD4+;CD8+) были достоверно снижены (до 39%). Следовательно, данные дети после выписки из стационара нуждаются в иммунокорректирующей терапии.

#### Список литературы

1. Закирова Б.И. Состояние микробиоты ротоглотки у детей при острых ларинготрахеитах. / Закирова Б.И., Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Хамраев Х.Т., Ибрагимова М.Ф., Гайбуллаев Ж.Ш., Алланазаров А.Б.// Достижения науки и образования. - 2020. – Т.57, №3. – С.54-58.
2. Овсянников Д.Ю. Вирусный и рецидивирующий круп у детей. /Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Г., Алексеева

О.В., Нгуен В., Топилин О.Г., Коваленко И.В. // Медицинский Совет. - 2019. - №2. - С.100-105.

3. Тимченко В.Н. Этиотропная терапия острых респираторных вирусных инфекций со стенозирующими ларинготрахеитами. / Тимченко В.Н., Суховецкая В.Ф., Каплина Т.А., Починяева Л.М., Баннова С.Л., и др.// Детские инфекции. - 2018. - №2. - с.29-33.

4. Турдиева Ш.Т. Влияние энтеральной оксигенотерапии на хеликобактериоз при реабилитации детей с хронической гастродуоденальной патологией. //Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2018. - Т.63.- №4. - С.69-72.

5. Bovo R. New trends in rehabilitation of children with ENT disorders. /Bovo R., Trevisi P., Zanoletti E., Cazzador D., Volo T., Emanuelli E., Martini A.//Acta Otorhinolaryngol . -2017 Oct. – Vol. 37, №5. P. 355–367. doi: 10.14639/0392-100X-1426

*Garmanova A.A.<sup>1</sup>, Peltikhina O.V.<sup>2</sup>, Sobol E.A.<sup>2</sup>*

## FREQUENCY OF OCCURRENCE OF MIGRAINE AND FEATURES OF ITS COURSE IN DIFFERENT AGE GROUPS

<sup>1</sup> -FGBU Polyclinic No. 1 UDPRF

<sup>2</sup> - Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Tver State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of General Surgery, Tver. Russia

**Relevance.** Migraine is a disorder characterized by unilateral and, in some cases, bilateral headache, which may be associated with vomiting and visual impairment [1].

Migraine is characterized by head attacks from moderate to severe intensity. On a visual analogue scale, migraine is rated from 0 - where there is no pain to 10 points - unbearable pain). Migraine is characterized by recurrent episodes of hypertension .lasting from 4 hours to 3 days [2].

Everyone should know that migraine develops at any age. Most often, the first manifestations are found in people aged 10-20 years. According to statistics, 10% of the population have experienced at least one migraine attack in their life [1].

Women face migraines more often than men. According to statistics, the first are sick 25%, and the second only 10% of the total population aged 35-40 years. A headache attack can happen anywhere - on the street, on a date or a business meeting, at school or at work [3].

There can be many reasons for migraines, but it is important to know at least a few of them. Disease is a subjective phenomenon for which there are no specific objective markers. Basically, the disease is characterized by stereotypical attacks of pulsating pain, more often unilateral localization, mainly in the orbital-temporal region (sometimes it can be pain on both sides), which is accompanied in most cases by nausea, sometimes vomiting, poor tolerance to bright light and loud sounds (photo and phonophobia), drowsiness, lethargy after the end of the attack. The recurrence of attacks and a hereditary predisposition are characteristic [4].

It is important to understand that migraines can be with or without aura. There are types of this disease, which are hidden under the guise of other symptoms - "masks". Distinguish:

- "headless" migraine - an aura without a subsequent migraine attack;
- abdominal masks - paroxysmal pulsating abdominal pains, sometimes with diarrhea and alternating with typical migraine pains
- attacks of dizziness - a sudden onset of a feeling of rotation of the surrounding objects or one's own body with impaired coordination

movements; these attacks are typical for children 4-6 years old;

- "Alice's syndrome" - the appearance of visual illusions: people and objects seem to be either enlarged or reduced in size, have an unusual color. Under the guise of migraine, diseases such as hypertension, vegetative-vascular dystonia, vascular brain tumors, vascular and inflammatory diseases of the brain, stroke, infectious lesions of the brain and its membranes, and brain tumors can be hidden. Therefore, it is always worth contacting a specialist, even with minor headaches [5].

**Purpose of the study.** Demonstrate the frequency of occurrence of migraine and understand how the disease progresses in different age groups. Analyze the statistics of people at different ages who seek medical help with headaches and understand which pain reduction drugs are most common among the population.

**Materials and research methods.** To collect statistical data, we used a Google form powered by the Google search engine. The survey was completed by 304 people as of September 5, 2020. Of all those surveyed, 56.3% were women and 43.8% were men. Age of people is ranked: less than 18 (3.9%); 18-25 (82.2%); 26-35 (3.9%); more than 37 years (9.9%).

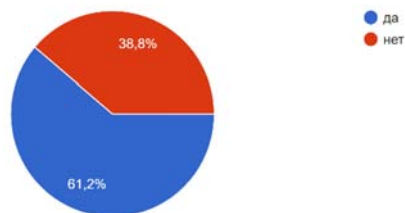
**Research results and their discussion.** Among the respondents, headaches are most often experienced once or twice a week (119 people), and only 6 people have never experienced pain. The duration of pain is on average from an hour.

Unfortunately, 66.1% of the respondents are not aware of the differences between migraines and simple headaches. Men are less informed in this area (107 out of 133 are unaware of the differences). This is due to the lesser interest of men and their more negligent attitude towards their health.

According to statistics, headache mainly limits performance [Fig. 1]. The most common cause of migraine is overwork and lack of sleep (246 people), the second most common cause is anxiety and anger (137 people), and weather conditions take the last position (6 people) [fig. 1 Red is "yes", blue is "No"].



9. Ограничивала ли головная боль вашу работоспособность?  
304&nbsp;ответа



Most people experience only headaches (184 or 304). However, 61 people, along with headache, experience redness of the eyes and 50 people have an increase in body temperature. Often, along with the standard symptoms, women experience vertigo. It is most often experienced by girls between the ages of 18 and 25, and less often by girls under the age of 18 [Table 1]. Perhaps this is due to hormonal disruptions and menstrual migraines.

Less than 18 years old	1 person
18 - 25 years old	91 persons
26 - 35 years old	6 persons
Over 37 years	6 persons

1. *Statistics of women of different ages experiencing dizziness*

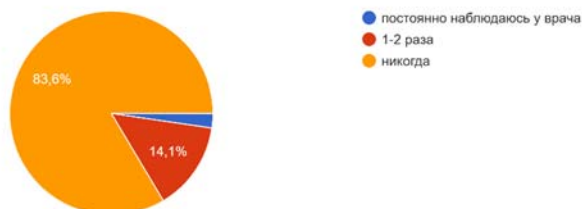
Of all the respondents, 28 people show hallucinations (such as tactile (2), olfactory (8) and auditory (18)). This is observed at the age of 18-25, more often in women [Table 2].

Women	21 persons
Man	7 persons

2. *Statistics of hallucinations depending on gender*

Analysis of the data showed that 254 out of 304 people never went to a specialist for help [Fig. 2]. This indicates the negligent attitude of people towards their health.

16. Вы когда-нибудь обращались к врачу с жалобами на не проходящую головную боль?  
304&nbsp;ответа



«Have you ever consulted a doctor about a persistent headache?

Blue - constantly monitored by a doctor;

Red – 1-2 times;

Orange – never”

Paracetamol (71 people) and Nurofen (70 people) are most often used by people to treat headaches. In second place in terms of prevalence are Citramon (59), Analgin (54) and Pentalgin (53). Thus, people mainly take NSAIDs and analgesics, which shows that people are well informed about drugs.

**Conclusions.** Awareness about headaches, in particular migraines, is very important. People are more likely to experience just headaches, however, dizziness, flickering spots before the eyes and various hallucinations may appear, which can lead to bad consequences. For these reasons, you need to know what medications your body needs specifically. In order to have such knowledge and to exclude an unfavorable outcome of the disease, people should consult a doctor.

**References.**

1. Neurology for general practitioners [Electronic resource] / L. Ginsberg; per. from English - 3rd ed. (email). - Electron. text data. (1 pdf file: 371 p.). - M.: BINOM. Knowledge laboratory, 2015.
2. Danilov A.B. Migraine: Recommendations For Diagnostics And Treatment. State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education “First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov” of the Ministry of Health of Russia // Russian Medical Journal, 2014. P.2-5.
3. CITILAB // URL: [https://citilab.ru/articles/kak-raspoznat\\_-migren/](https://citilab.ru/articles/kak-raspoznat_-migren/) (date accessed: 09.10.2020)
4. Amelin, A.V. Migraine (pathogenesis, clinical picture, treatment) / A.V. Amelin, Y.D. Ignatov, A.A. Skoromets. - SPb., 2001. -- 240 p.
5. Kuznetsov V.I., Sturov N.V., Mansur T.I., Kobyljanu G.N., Maslova A.N. , TREATMENT OF MIGRAINE IN GENERAL MEDICAL PRACTICE. Peoples' Friendship University of Russia, st. Miklukho-Maclay, 8, Moscow, Russia, 117198 // Bulletin Of The Russian University Of Friendship Of Peoples. Series: Medicine, 2011.S. 67-71

SEVPRAM INFLUENCE ON BLOOD LIPIDS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND COMORBID DEPRESSION

Department of internal diseases № 2 ATSMU Dushanbe. Tajikistan

**Relevance.** The choice of drug therapy for elderly people with arterial hypertension (AH) is one of the complex problems of clinical geriatrics. This group of patients has morphofunctional changes in their organs and an inadequate or unpredictable response to any medications. This feature is associated to age-related, hemodynamic and atherosclerotic changes in the body [1]. Taking into account the obtained convincing data on the neurogenic orientation of blood lipids indicators in patients with hypertension of older ages, importance is attached to the influence of drugs on their level in this category of patients [2]. Currently, numerous studies have shown the positive effect of modern selective antidepressants on the course and prognosis of AG in older ages [3,4]. Meanwhile, in the available literature, information about the effect of this group of preparations on blood lipid fractions in elderly people is sparse and their results are heterogeneous.

**Purpose of research.** To study the effect of sevpram (ESCITALOPRAM), a modern antidepressant, on the blood lipids spectrum in elderly hypertensive patients with comorbid depression.

**Material and methods of research.** The study included 41 patients with hypertensive disease aged from 60 to 72 years, who suffered from comorbid anxiety-depressive disorders. There were 28 women and 13 men. 12 patients had I-st degree of hypertension, and 29 patients had II-nd degree of severity, according to the WHO/MOG classification (1999). The duration of the disease was on averaged 10.7 years. The Beck Depression Inventory (BDI) was used to identify depressive disorders. Concomitant anxiety symptoms were assessed by the Spielberger questionnaire (State Train Anxiety Inventory — STAI). The criteria for inclusion in the study were: systolic blood pressure (SBP) 140 mmHg, diastolic arterial pressure (DBP) 90 mmHg, the total score is BDI 19, and the age is older than 60 years. Exclusion criteria: secondary forms of hypertension, acute syndromes of impaired coronary and cerebral circulation, cardiac insufficiency of II-IV FC (NYHA), decompensated diabetes mellitus, severe disfunction of the kidneys and liver. After general clinical examination and diagnosis, the patients were divided into 2 groups: the main group (n -21) and the control group (n-20). All patients received basic therapy with liprasedom 10 (lisinopril 10 mg, hydrochlorothiazide 25 mg) at an average daily dose up to 1.5 tab. Patients of the main group in addition to antihypertensive therapy were receiving the first generation antidepressant- selective serotonin reuptake inhibitor sevpram (ESCITALOPRAM) at a dose of 10 mg per day. The lipid spectrum was studied before and after an 8-week course of treatment with the CARDIO Check biochemical analyzer (Polymer Technology System, USA). The following indicators were determined: total cholesterol (CH), high -density lipoprotein cholesterol (HDL), low-density lipoprotein cholesterol (LDL), atherogenicity coefficient (KA). The obtained results were analyzed using the statistical software package Excell 7.0. STATISTICA 6.0

**Research results and their discussion.** By the end of the treatment course, the target blood pressure level (140/90 mm. hg) in the main group was achieved by 81% of patients, in the control group - by 72.4%. The psychological status of patients who received sevpram significantly improved, the total BDI score decreased on 45.2% and constituted 11.8±1.7. Complete reduction in depressive symptoms (19 BDI points) was observed in 78% of patients. In the control group, the dynamics was insignificant, the total score decreased by 11%, and complete reduction was achieved in 14% of patients. After an 8 - week course of treatment, positive changes in the blood lipid spectrum were observed in both groups of patients. A more pronounced positive dynamics on blood lipids level was observed in the main group: cholesterol decreased on 13.4%, LDL and KA, respectively, on 25.7 and 28.8%, HDL increased on 10%. The control group has also showed positive changes in laboratory analyses, but they were less pronounced. Cholesterol level decreased on 5.1%, LDL on 11% and CA on 18.2%. The level of HDL increased 7.8%.

Table 1

Changes in blood lipids before and after treatment

Indicator	Main group	Control group
of Cs, mmol / l	5,14 ± 1,5	4,44 ± 1,5
before treatment	4,45 ± 1,1	4,21 ± 1.3P-5.1%
after treatment %	-13,4%	
HDL mmol/l	1.46 ± 0.4	1,28 ± 0.54
before treatment	1,6 +0,4	1.39 ± 0.53
after treatment %	10%	7,8%
LDL, mmol/l	of 2.64 ± 1,4	2.28 ± 1,2
before treatment	1,96 ± 1,7	2.05 ± 1.0
after treatment %	-25.7	-11
KA	2,5	2.47
before treatment	1,78	2.02
after treatment %	-28.8	-18,2

Such positive dynamics of blood lipids indicators favorably distinguishes sevpram from traditional tricyclic antidepressants, known for their negative effect on lipid metabolism.

**Output.** The use of sevpram in medium therapeutic doses in elderly hypertensive patients with comorbid affective disorders significantly improves the lipid spectrum of blood

**Literature:**

1. Fundamentals of geriatric cardiology / V. M. Yakovlev, G. J. Hite// Moscow the Publishing house Vidar-M-2011. P.- 420
2. Manual of gerontology / Ed. by V. N. Shabalina.// - M. Tsitadel-trade. -2005. -P.-800.

3. Depressive symptoms worsen the prognosis of cardiovascular diseases and reduce the duration of patients with arterial hypertension and ischemic heart disease. / R. G. Oganov //Cardiology.- 2011.№2. - from 59-66.
4. Depressive and anxiety disorders in cardiology/ Vasyuk Yu// 2nd ed., Moscow: anakharsis.

*Ikhtiyarova G.A.<sup>1</sup>, Saidov S.A.<sup>2</sup>, Oripova F.Sh..<sup>1</sup>*

#### **NEW METHODS OF TREATMENT ON A MODEL OF CHEMICAL NOTSPECIFIC VAGINITIS**

<sup>1</sup> Department of obstetrics gynecology Bukhara State Medical Institute. Abu Ali Ibn Sino. Bukhara, Uzbekistan.

<sup>2</sup> Laboratory for the synthesis of coordination compounds and pharmaco- toxicological studies Tashkent Pharmaceutical Institute. Tashkent, Uzbekistan

**Resume.** In the structure of gynecological pathology over the past decade, the proportion of non-specific infectious and inflammatory diseases of the lower genital tract has significantly increased. The etiological factor of the pathology increasingly became the conditionally pathogenic microflora of the vaginal biotope [1,2]. In recent years, more and more attention has been paid to finding optimal solutions to problems associated with the treatment of vaginitis.

The relevance of this direction is determined by the tendency to generalization and chronicity of inflammatory processes, the development of serious pathophysiological and pathomorphological changes in affected tissues and organs, the involvement of the immune, nervous, endocrine, reproductive and other body systems in the pathological process [1]. Vaginitis refers to diseases that in themselves do not pose a direct threat to a woman's health, however, conditionally pathogenic microorganisms that are the main causative agents of purulent-inflammatory diseases of the pelvic organs accumulate and constantly remain in extremely high concentrations in the lower parts of the genital tract [3,4]. Inflammatory diseases of the organs of the reproductive system are currently the most common cause of women turning to gynecologists [3,2]. The local route of administration of drugs can reduce the pharmacological burden on a woman's body, its advantages are simplicity and ease of use, the absence of absolute contraindications (except for individual intolerance to the components of the drug), as well as the possibility of use in patients with extragenital pathology. Considering the fact that the list of broad-spectrum anticonotics is very limited, the development of new vaginal dosage forms, which include turmeric oil + copper chelate, is relevant. Turmeric oil and copper chelate have high therapeutic efficacy, good tolerance in patients, and the formation of collagen and elastin in the vagina [4,5].

**Aim** - study of the therapeutic effect of vaginal suppositories, which includes plant materials and copper, on a model of traumatic bacterial nonspecific vaginitis in rabbits.

#### **Materials and methods**

The technology of action of new vaginal suppositories was developed in the scientific laboratory of the Tashkent Pharmaceutical Institute. Therapeutic efficacy of turmeric oil was studied on a model of zymic bacterial vaginitis in rabbits (females) in comparison with the drug Timokhin (Erica Pharma Pvt. Ltd.) containing black cumin oil. Model pathology was reproduced in accordance with the methodological recommendations of the State Pharmacological Center of the Ministry of Health of Uzbekistan [5]. For the experiment, 40 rabbits were used, weighing 2500-3000 g. Experimental studies were carried out in the TashFarMI scientific laboratory. In all 40 rabbits, nonspecific vaginitis was reproduced by introducing a swab with a 10% silver nitrate solution and its exposure for 5 minutes into the vagina of experimental animals; the remaining 5 rabbits made up the intact group. From the day after the simulation of the pathology, the animals are divided into 4 groups: group 1 (10 rabbits with nonspecific vaginitis treated with drug No. 1 (turmeric oil + copper chelate) for a candle per day for 7 days; group 2 (10 rabbits with nonspecific vaginitis, treated with drug No. 2 (thymochion) by suppository per day for 7 days; 3rd group (10 rabbits with nonspecific vaginitis, untreated). Conducted morphometric and morphological parameters of experimental animals, vaginal wash, blood of experimental animals. As well as the pH measurement of the vaginal wash, the presence of secretions, erythema, local hyperthermia, white blood cells and parabasal cells in smears. Vaginal biotopes using the Femoflor-16 test were performed at the Laboratory of Molecular Genetics "MCHJ GENO TEXNOLOGIYA" by light microscopy. All manipulations with animals were carried out in accordance with the ethical standards and rules of the "European Convention for the Protection of Vertebrate Animals, which are used for experimental and scientific purposes" [4]. Evaluation of the effectiveness of the therapy with the studied drugs was carried out by changing the clinical parameters of peripheral blood (the number of leukocytes and the rate of blood sedimentation) and according to the histological examination of rabbit vaginal mucosa. The peripheral blood was taken from the tail vein of animals on the 10th day of the experiment, after which the animals were withdrawn from the experiment and samples of the vaginal mucosa were obtained. Tissue samples were fixed in a 10% formalin solution, dehydrated in alcohols of increasing strength, and embedded in celloidin-paraffin. Sections for panoramic microscopy were stained with hematoxylin and eosin, and for the detection of glycogen, the SIR reaction was performed [4, 5]. The micropreparations were examined under a Micros 400 microscope. Microphotography of the preparations was performed with a Nikon Col Pix 4500 digital camera. The photographs were processed on a Pentium 2.4 GHz computer using Nikon View 5. When studying the structural organization of the vagina in rabbits from the intact control group, its physiological norm was observed. In the vaginal tissue, all layers were well defined: the mucosa, muscle, and adventitia. In the mucous membrane, the epithelial cover of the normal structure, its own plate of the mucosa and the submucosal connective tissue layer were clearly visible. The submucosal layer was in the form of a loose fibrous tissue containing a small amount of leukocytes, fibroblasts, and small blood vessels of the venous type.

Using the Femoflor-16 test, a study was made of scrapings of cervical canal cells and the posterolateral vaginal fornix. Dysbiosis of the cervix and vagina was detected with inflammatory diseases of the cervix in 27% of cases. The structure of dysbiosis was mainly represented by obligate anaerobic pathogens: Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Eubacterium spp. in association with other opportunistic bacteria, the most clinically significant of the microorganisms that inhabit the genital tract. Mycoplasmas and yeast-like fungi of the genus Candida were found predominantly with anaerobes. Aerobic and mixed dysbiosis were found in 7% of cases only in group 3 with inflammatory diseases.

**Result.** After treatment with the reference preparation “thymoquinone”, the condition of the vaginal mucosa and cervix of the animals also improved significantly compared to animals of the control pathology group. However, signs of an infectious-inflammatory process persisted in 30% of rabbits. Although in some females the thickness of the epithelial layer increased in some places and manifestations of acanthosis, acantholysis, and vacuole dystrophy were determined in it, nevertheless, the ability to accumulate glycogen in these cells was preserved. After the treatment “turmeric oil with copper chelate”, the state of the own plate of the mucous and submucosal layer was closer to normal, and in some places some signs of an inflammatory reaction remained. In 10% of females, single manifestations of inflammation persisted after treatment.

Thus, the administration to animals with experimental traumatic bacterial-nonspecific vaginitis of a new vaginal suppository "turmeric oil with copper chelate" leads to the complete elimination of the phenomena of a systemic inflammatory response and is effective in stopping. Thus, vaginal suppositories turmeric oil with copper chelate and thymoquinone have anti-inflammatory and reparative effects on the mucous membrane of the vagina and cervix in a model of experimental vaginitis, cervicitis caused by a chemical agent, which is confirmed by indicators of the vaginal condition, symptomatic and hematological parameters. The Femoflor-16 test is an affordable, fast, effective, modern method that allows you to start adequate antibiotic therapy early and control its conduct.

### Conclusions

1. Vaginal suppositories “turmeric oil with copper chelate” under the conditions of experimental vaginitis caused by silver nitrate, showed anti-inflammatory and reparative effects.
2. Compared with reference preparations, turmeric oil suppositories had a significant advantage compared to Thymoquinone suppositories.
3. New vaginal suppositories “turmeric oil with copper chelate” and thymoquinone can be recommended for study as a drug for the treatment of non-specific vaginitis and cervicitis.

### References

1. Abdurakhmanov MM, Oripova F.Sh., Narzullaeva NS \ Clinical and immunological aspects of uterine fibroids in combination with chronic endometritis. Tibbiotda Yangi Kun, Bukhoro 2 (26) 2019-C81.
2. Morphological picture of the effectiveness of new drugs in the treatment of nonspecific vaginitis (clinical and experimental study) / G.A. Ikhtiyarova, F.Sh. Oripova // New day in medicine. Bukhara. - 2020. -- P 215
3. Assessment of the rehabilitation of the reproductive system in women with inflammatory diseases of the genitals. / Oripova F.SH., Abdieva N. // IN preventive medicine high innovation application of technologies”. - 2020 P-548
4. Application of the test "femoflor-16" for the assessment of the state of the biocenosis of the genital tract (clinical and experimental research) / Oripova F.Sh. Sharipova D.Sh. // Material collection ii international conference of medical students and young scientists - 2020. – P-44.
5. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro – organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs. \ N.A.Nuraliev<sup>1</sup>, G.A.Ikhtiyarova<sup>2</sup>, N.I.Olimova<sup>1</sup>, F.Sh.Oripova<sup>2</sup>. \ **American journal of medicine and medical sciences № 10(2) 2020 page 124-126.**

*Isaeva M.S., Qosimov A.M., Khodzhaeva M.I.*

### MORBIDITY OF SYPHILIS IN TAJIKISTAN AT THE PRESENT STAGE.

Department of Dermatovenereology ATSMU. Tajikistan

**Relevance.** In recent decades, all over the world, including the Republic of Tajikistan, there has been a significant increase in sexually transmitted infections (STIs), including syphilis [1,2,3]. There were many reasons and factors influencing the increase in morbidity of syphilis during these years. The reduction of workplaces at enterprises, the closure of a number of factories and plants, low wages contributed to the departure of a young, sexually active, employable population for temporary work outside the republic, primarily to the Russian Federation and the countries of Central Asia, where an unfavorable situation has developed in relation to HIV / AIDS and STIs [4,5]. Our data show that 60% of registered patients contracted syphilis outside the republic. As for the city of Dushanbe, the morbidity here has increased due to the migrated rural population, which has a relatively low level of medical culture. Thus, the results of a survey of the population of Dushanbe showed that 80% of them had an idea about STIs, 10.2% heard about it, but not aware of the clinical manifestations, only 9.8% had sufficient knowledge.

**Purpose of the study.** To study the features of the clinical course of syphilis in Dushanbe.

**Material and methods of the study.** Retrospectively, based on the data of regional reports and reports of state statistics of the incidence of syphilis and its clinical forms in Tajikistan, an analysis of the overall incidence of syphilis in the Republic of Tajikistan and its regions and the city of Dushanbe was carried out. The studies covered the period from 1995 to 2017. In the Republic of Tajikistan, the peak incidence of syphilis fell in 1995, when the intensive incidence rate per 100,000 population was 20.2 versus 1.6 in 1990, in Dushanbe - 87.2 versus 5.1. (Table 1)

**Table 1**  
**Dynamics of the incidence of syphilis in Dushanbe and the Republic of Tajikistan from 1990-2000 per 100 000 population**

Region	Years										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dushanbe	5.1	7.6	20.6	34.6	48.5	87.2	71.4	71.1	66.2	51.1	42.7
Tajikistan	1.6	1.7	2.9	5.8	8.9	20.2	19.4	19.1	17.7	14.4	12.9

STIs largely depend on the timely identification of sources of infection and the involvement of sexual partners in examination and treatment. But, unfortunately, during this period, for objective reasons, the activity of dispensary and preventive work on the IHPP and, above all, the activity of the prompt identification of people with venereal disease during

medical examination were reduced. Insufficient activity in the search and examination of the alleged sources of infection and sexual partners was shown by employees of the internal affairs bodies. In other words, starting in 1991, the growth of STIs in the Republic of Tajikistan is largely due to medical and social factors, the solution of which is difficult to achieve tangible results in reducing the incidence. Therefore, with the aim of strengthening the fight with STIs, the health authorities of the republic were assigned the following tasks:

1. Restoration and strengthening of the role of dermatovenerologic centers in organizing the fight against venereal diseases.

2. Conducting sanitary and educational work on STIs among the population with the wide involvement of state and non-state structures, various diasporas, mahalin councils, mass media, religious leaders, etc.

3. Active involvement of religious leaders to carry out explanatory work among the population on issues of marriage, divorce, family, morality in Islam.

4. Strengthening control over the import, sale and demonstration of films and literature that negatively affect the moral education of the population, especially the younger generation.

We studied how the solution of these problems influenced the incidence of syphilis in the Republic of Tajikistan and the city of Dushanbe.

**Results and research.** The results of the study showed that, due to the solution of the above tasks, the incidence of syphilis began to decrease significantly since 2001 and in 2006 as a whole in the republic decreased by more than 2 times compared to 1995 (8.0 versus 20.2), and in Dushanbe more than 6 times (13.1 against 87.2). In 2006, the incidence of syphilis in the country as a whole was 5.3, and in Dushanbe, 7.0. (Table 2)

**Table 2**

**Dynamics of the incidence of syphilis in Dushanbe and the Republic of Tajikistan for the period from 2001 to 2010.**

Region	Years									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dushanbe	30.0	33.0	43.0	33.0	24.0	13.1	26.0	11.3	14.2	7.0
Tajikistan	11.7	14.2	12.7	10.6	9.2	8.0	8.1	6.4	7.1	5.3

In recent years, for the period from 2011 to 2014, there has been a slight increase in the incidence rate and since 2015 there has been a trend towards a decrease in the incidence rate both in Dushanbe and in the republic.

**Table 3**

**Dynamics of the incidence of syphilis in the city of Dushanbe and the Republic of Tajikistan for the period from 2011 to 2017**

Region	Years						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dushanbe	5.3	5.7	11.0	12.0	11.5	8.8	8.1
Tajikistan	3.4	1.3	4.5	4.1	4.0	3.7	4.5

**Note:** rates per 100,000 population.

A decrease in the incidence of syphilis from 2011 to 2017 can be traced in all regions of the Republic of Tajikistan (Table 4). However, the incidence rate in the regions is very ambiguous, since the highest level is in the Sughd region (7.1), the lowest in GBAR (0.4).

**Table 4**

**Dynamics of the incidence of syphilis by regions of the Republic of Tajikistan for 2011 to 2017**

Regions	Years						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DRS	6.5	3.4	4.3	2.2	3.1	2.1	2.5
Khatlon Region	6.5	2.6	2.0	2.3	2.2	2.9	2.4
Sughd Region	3.2	3.0	5.7	4.8	4.3	4.3	7.1
GBAR	1.4	1.0	1.5	4.2	2.3	2.5	0.4

**Note:** rates per 100,000 population.

Thus, through to the recovery and strengthening of the role of dermatovenerologic dispensaries, centers for organizing the fight against the widespread involvement of state and non-state structures, religious leaders, the media and etc., it was possible to stabilize the incidence of syphilis both in Dushanbe and throughout the republic.

#### Literature.

1. A.A. Kubanova, A.A. Kubanova, L.E. Melekhina. Syphilis incidence in the Russian Federation / Bulletin of Dermatology and Venereology. - 2017. - No5: P. - 16-25.
2. T.V. Krasnoselskikh, E.V. Sokolovsky. Sexually transmitted infection prevention programs in subpopulations of increased behavioral risk of infection. / Bulletin of Dermatology and Venereology 2017. -- No. 2: P. - 12-19.
3. Radionov A.N. Skin and venereal diseases. -2014.-1199s. from. PB LLC "Science and Technology". A guide for doctors.
4. Skripkin YK, Skin and venereal diseases. M 2014.917s.
5. T.V. Sokolova, V.V. Gladko, L.A. Safonov. Practical skills in dermatovenerology. M, 2011.

**Aktualität.** Fachtext aus Wahl bereitet auf Schritt und Tritt eine Qualität während der Vorbereitung der Lehrmaterialien für Fachsprachen. Das ist eine der Bestandteile der didaktischen Kompetenz, die Lehrkräfte beherrschen müssen. Bevor der Lehrende die Fachtexte zu didaktisieren anfängt, muss er passende Fachtexte: thematisch, zielorientierend, fachorientierend/berufsorientierend finden.

**Ziel.** Die Fachtexte werden nach folgenden Faktoren kompetenzorientiert werden: nach dem Fach, nach Inhalt, nach Anwendungsziel, Niveau, kultureller Hintergrund, Lerngewohnheiten: Lesestrategie und Lernstrategie. Im Fachsprachenunterricht ist Hauptziel – der Fachtext als Hauptbasis, der klassifiziert wurde, aber immer noch besprochen wird. Der Fachtext wurde von vielen Linguisten definiert und dargestellt „Der Fachtext ist Instrument und Resultat der in Zusammenhang mit einer spezialisierten gesellschaftlich-produktiven Tätigkeit aus geübten sprachlich kommunikativen Tätigkeit; Er besteht aus einer endlichen, geordneten Menge logisch, semantisch und syntaktisch kohärenter Sätze (Texteme) oder satzwertiger Einheiten, die als komplexes sprachliche Zeichen komplexen Propositionen im Bewusstsein des Menschen und komplexen Sachverhalten in der objektiven Realität entsprechen.“

**Material und Methoden der Erforschung.** Der erste Aspekt verdeutlicht zur Einführung zweier grundlegende Dinge des Themas: zu meinen die zentrale Bedeutung des Begriffs „Textsorte“ innerhalb der Textlinguistik, zum anderen seine ungenaue Abgrenzung und Bestimmung mittels vieler facher Definitionen. Die Definition nach Jung L. unterstreicht diespezifischen Merkmale, die es ermöglichen, Texte zu einer bestimmten Textsorte zusammenzufassen: „Eine Textsorte umfasst Texte, die sich von anderen Texten durch bestimmte (sprachwissenschaftlich festgestellte) Merkmale unterscheiden, die nur für diese Textsorten gelten.“ Daran knüpft eine zweite Definition an, die sich auf regelmäßig auftretende Kommunikations-situationen bezieht und diese als Basis der Textsortenklassifizierung ansieht. Demnach sind Textsorten laut Göpferich S. (1995:60) „überindividuelle Sprech- und Schreibakttypen, die an wiederkehrende Kommunikationshandlungen gebunden sind und beideneinander sich auf Grund ihres wiederholten Auftretens charakteristische Sprachverwendungen – und Textgestaltungsmuster herausgebildet haben.“ Der Zusammenhang zwischen Textsorten und Fachtextsorten besteht im Wesentlichen darin, dass es sich bei letzteren um eine spezielle Klasse von Textsorten handelt, die sich in Bezug auf allgemeinsprachliche Textsorten bzw. Gebrauchstexte einhält, sprachlich und funktionell unterscheidet. Das bedeutet, dass Fachtextsorten vor allem auf lexikalischer und textueller Ebene über besondere Charakteristika verfügen. Außer dem sind diese Texte einer bestimmten Art sowie einem eindeutigen Kommunikationsbereich im Rahmen einer wissenschaftlichen Sachverhalte, das in Abhängigkeit vom Spezialisierungsgrad von kommunikativen Normen bestimmt, die ein sprachlich unterschiedlich ausgeprägt sein können.“ Die Begriffe umfassend, zeigt dieser erste thematische Block in Ansätzen, wie facettenreich der Terminus *Textsorte* ist. Von ihm ausgehend wird den Lehrenden ein allgemeines Verständnis von Fachtextsorten vorgestellt, welches nun in weiterführenden Überlegungen vertieft werden soll.

**Resultat der Erforschung.** Das folgende Themenfeld beschäftigt sich mit dem Charakter von Fachtexten im Allgemeinen und mit der Struktur und Klasse, den Typen und Stilen solcher Texte im Einzelnen. Die bereits erwähnten spezifisch lexikalischen und textuellen Besonderheiten beziehen sich begrifflich auf die *Fachlexik* sowie die *Fachterminologie* und das den Fachtextsorten eigene *Sprachsystem*. Dabei ist der häufige Gebrauch außersprachlicher Mittel, wie beispielsweise der von Diagrammen, Tabellen, Statistiken, Zeichnungen, Formeln und Gleichungen, sehr kennzeichnend.

Auf diese Weise werden Textgegenstand und – Inhalt, etwa ein beschriebener Prozessablauf oder eine Montageanleitung, für den Rezipienten transparent und dadurch nachvollziehbar.

Die Bestimmung eines Fachtextsortentyps nach Hoffman L. kann auf zweierlei Art erfolgen. Einerseits lassen vier Kategorien die Typologisierung eines Textes festlegen: - die Intention (z.B. informieren, motivieren, klären, aktivieren), - die Textfunktion (z.B. theoretisch, pragmatisch, informativ, problematisch), - das Kommunikationsverfahren (z.B. berichten, beschreiben, referieren, argumentieren, vergleichen, verallgemeinern, widerlegen, fragend u.a.) und - die Darstellungsart (mündlich oder schriftlich).

Eine zweite Klassifizierung fokussiert die Textintention stärker und ordnet Fachtexten das Ganze folgenden vier Typen zu: den darstellenden Texten, die informieren und beschreiben, - den expressiven Texten, die unterhalten bzw. erzählen, - den anweisenden Texten, die handlungsanweisend und beschreibend sind sowie - den appellativen Texten, die zum Handeln auffordern und so mit für den Rezipienten als verbindlich gelten. Fachtextsorten sind in unterschiedlichem Stil verfasst. Dieser kann sowohl theoretisch, populärwissenschaftlich und wissenschaftlich sein als auch lehrend und lernend.

Makro- und Mikrotext bilden gemeinsam die Struktur in jeder Fachtextsorte. Zu den Makrostrukturmerkmalen zählen alle äußeren Strukturcharakteristika, die die Textgliederung verdeutlichen, wie etwa Titel und Untertitel, Fußnoten, Inhalts- und Literaturverzeichnis, Zitate und Absätze. Ebenso werden die typographischen Merkmale (z.B. Kursivschreibung und Fettdruck) der Makrostruktur zugeordnet.

Primär bedeutend für die Mikrostruktur sind Thema und Rhema des Textes, außerdem der Gebrauch von Synonymen und Antonymen sowie die Verwendung von Paraphrasen und einfachen bzw. transformierenden Wiederholungen. Ein Fachtext teilt sich prinzipiell in zwei Ebenen. Auf der *strukturellen* finden sich neben der Makrostruktur auch Lexik, Syntax, Kohärenz und die grammatischen Kategorien wieder. Die *funktionelle* Ausrichtung eines Fachtextes bezieht sich auf alle an der Kommunikation beteiligten Faktoren, d.h. auf die Situation, die Partner, den Gegenstand, das Verfahren sowie die Intention.

Die Fachtextsortengliederung steht nach der beispielhaft tabellarischen Einteilung von Rosemarie Gläser im Vordergrund. Demnach lassen sich Fachtextsorten in zwei Gruppen der Kommunikation, in die der *schriftlichen* und in die der *mündlichen*. Letzteres meint vor allem Fachvorträge im Bereich der Weiterbildung, Plenarvorträge im Allgemeinen sowie beispielsweise Vorträge von Nobelpreisträgern. Die schriftliche Kommunikation umfasst Fachtextsorten der Texte der

fachexternen Kommunikation einen abnehmen den Fachlichkeitsgrad auf, da dieserbe sonders durch Strategien der Werbung und Popularisierung sowie der Didaktisierung so gemindert wird. Lehrbücher, Zeitschriftenartikel, Ratgebertexte und Schulprospekte sind nur einige Beispiele für Fachtextsorten der fachexternen Kommunikation. Auf der internen Seite finden sich hin gegen u.a. wissenschaftliche Rezensionen und Artikel, Monographien und Abstracts. Ob eine Fachtextsorte der fach internen oder fachexternen Kommunikation zu gerechnet wird, kann je nach Fachsprachlichkeitsgrad, Fachbereich und Textfunktion auch variieren. Hilfreich ist hierbei die Beachtung der Primärfunktion, die dem jeweiligen Text vom Verfasser zugeordnet worden ist.

Mit den Zeiten wurde die Neuorientierung der Fachtextforschung verändert:

-Früher wurde der Fachtext geteilt und die isolierten Einheiten oder Strukturen standen im Zentrum der Aufmerksamkeit (Wörter, Wortverbindungen, Sätze, Phrasen)

-Neuere Tendenz ist die Hinwendung der Fachsprachenforschung zu größeren kommunikativen Zusammenhängen (ganze Fachtexte).

“Textkompetenz ermöglicht es, Texte selbständig zu lesen, das Gelesene mit den eigenen Kenntnissen in Beziehung zu setzen und die dabei gewonnenen Informationen und Erkenntnisse für das weitere Denken, Sprechen und Handeln zu nutzen. Textkompetenz schließt die Fähigkeiten ein, Texte für andere herzustellen und damit Gedanken, Wertungen und Absichten verständlich und adäquat mitzuteilen.”

**Schluß.** Bei der Textarbeit muss erklärt werden, welche Information aus welchen Fachtexten herausgezogen wird: Durch die theoretisch-vermittelnden Texte bekommt der Rezipient Texte mit faktenorientierter Darstellung hat im Vor der grundreine Informativität und die Repräsentativität spielt untergeordnete Rolle.

-z.B. Verbreitung neuer Erkenntnisse in einer Firma aus intern Publizistisch aufbereitete Texte auch faktenorientiert: neben Informativität auch eine repräsentative Darstellung

-mit besonderen Schriften, farbigen Abbildungen, Hochglanzpapier, ansprechenden Formulierungen Mnemotechnisch organisierte Texte präsentieren das Wissen so, dass es sich möglichst leicht einprägen lässt: Durch sprachliche und graphisch-gestalterische Mittel-Lehrreime, farbiger legte Zusammenfassungen und Wiederholungen Aus diesen Überlegungen werden folgende Schlüsse gezogen und festgehalten: Die Auswahl einer Fachtextsorte für den Fachsprachenunterricht hängt nicht nur von der Textfunktion ab, sondern auch von der kommunikativen Zielsetzung und dem Niveau der Lernenden. Die behandelten Textebilden für die Lernenden die Arbeitsgrundlage, durch die sie verschiedene Fachsituationen kennenlernen und Fachkompetenz sowie Lesestrategien erwerben können.

#### **Literature:**

1. Agricola, Erhard: Textstruktur, Textanalyse, Informationskern. / Agricola, Erhard // - Leipzig: Verl.Enzyklopädie, 2009. - 109 S.
2. Gläser, Rosemarie: Textsorten im Englischen. / Gläser, Rosemarie // Tübingen 2007. - 188 S.
3. Göpferich, Susanne: Textsorten in Naturwissenschaften und Technik. / Göpferich, Susanne // Tübingen 2010. - 513 S.
4. Göpferich, Susanne: Eine pragmatische Typologie von Fachtextsorten der Naturwissenschaften und der Technik.
5. In: Kalverkämper, H. Baumann, K.-D. (196): Fachliche Textsorten. Komponenten – Relationen – Strategien. Forum für Fachsprachenforschung 25. / Kalverkämper, H. Baumann, K.-D. // Tübingen, 2005. - S.194

*Khamchiyev K. M., Shandaulov A. Kh., Ibrayeva S.S.*

### **EXPERIENCE OF IMPLEMENTING PROBLEM- BASED LEARNING (PBL) AND VIRTUAL PATIENTS IN ASTANA MEDICAL UNIVERSITY**

Department of Normal Physiology of Astana Medical University, Nur-Sultan. Kazakhstan

Call for innovative processes in the field of content, structure, organization of medical education updating with the purpose to perfect competences of medical university undergraduates, increase of competitiveness of the Kazakhstan experts in the world market of medical services are defined in the State program of health care development in the Republic of Kazakhstan and the Concept of medical and pharmaceutical education development of the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 [1,2].

For the achievement of general and special competences by the graduates of “Astana Medical University” JSC in Mission and the purposes of higher education institution, the Strategic plan of the higher education institution development there was proposed the implementation priority of the innovative learning approach. For this purpose, along with the other higher education institutions of Greece, England, Georgia and the Ukraine, Astana Medical University since 2013 has started working in the international grant project “«Establishment of the Supra-Regional Network of the National Centres in medical Education, focused on PBL and Virtual Patients»” within the European program “TEMPUS”. “TEMPUS” – one of the European Union programs directed to the support of the higher education updating processes in the partner countries of Eastern Europe, Central Asia, the Western Balkans and the Mediterranean, mainly, through projects implementation of interuniversity cooperation.

There are supported consortia, within the “TEMPUS” projects, consisting generally from higher educational institutions or their associations, and also unacademic partners.

For this work coordination at the level of higher education institution there were created the Centre of medical education and Committee on implementation of new educational technologies, the TEMPUS working group. The principles of quality management system are used for more effective result. Within the integrated system of management there was created “Provision on tutoring”. All work is carried out according to the perfection model (EFQM) that is new, higher criterion of innovative activities assessment.

Within the TEMPUS program, by the method of problem-based learning, 9 lectures of the “MUA” JSC have gone a

cycle of seminars and trainings. Trainings were conducted by the supervisor of e-Learning of St. George's University (London) professor of Terry Poulton and consultant on PBL of the same university Ella Iskrenko.

From among the teachers who were trained eight people received certificates of tutors, and one – the certificate of PBL trainer. Aiming to increase professional qualities of facilitator, the PBL trainer provided 4 trainings for tutors: "Principles of problem-based learning method", "Students and a tutor in PBL", "Facilitation in PBL", "Adaptation technology of PBL- cases". The PBL method is considered to be a successful innovative method of learning directed to student's individual work. In this method the accent of training process displaces from teacher on student inasmuch students play more active role, trying to solve a practical task. This technique instructs the student to comprehend everything told by the teacher during lectures and written in textbooks more widely and more deeply.

Howard Barrows, taken part in the development of the PBL method at MacMaster University in Canada gives definition of PBL from the point of view of the specific attributes peculiar to this method [3]. Such characteristics of PBL as personal directivity, fixing learning process around the problem and orientation to work in small groups, where the teacher acts as mediator. Gijsselaers defines PBL on the basis of the theoretical training principles, such as step-by-step creation of knowledge, meta - learning and context learning. Savin-Baden systematizes the PBL models as follows: PBL for knowledge achievement, PBL for professional activity, PBL for interdisciplinary understanding and comprehension, PBL for interbranch learning and PBL for critical competences acquisition [4].

The literature distinguishes three levels of the learning method based on a problem: theory, model and practice [5]. Simply speaking, a certain task (problem), often taken from real life, is offered to students and "a set of tools" for its solving.

For the greatest efficiency of this method it is necessary to organize educational process properly. The use of this method assumes that certain changes will be made in the plan of classes, lectures, seminars and also in the knowledge assessment methodology to optimize benefit of PBL.

Among advantages of such training method it is possible to specify the following:

1. The PBL method inspires students for individual work.
2. The PBL method teaches students to reason. It isn't enough just to learn the offered material. To learn a formula, rules and definitions is only the first step in understanding of a subject. The student understands why these or those theories, concepts and rules are important. And perceives them by now in a different way.
3. The PBL method stimulates students to think nontrivially. Properly organized setting of a problem stimulates students to search for non-standard solutions. In many cases it is often the quality which is looked for by employers while hiring of new experts.
4. The PBL method "heats" interest of students in sciences. It is important for educational process to be interesting and fascinating. And the more actively students participate in it, the more interesting the learning process becomes for them.
5. The PBL method trains students for "real life". This method gives a chance to bind the theory to practice therefore a student understands practical aspects of the future profession.

At the present moment at "Astana Medical University" JSC have been created groups which are working on clinical cases adaptation on PBL, introduced the required changes in the existing educational program "General medicine", selected groups of the first-year students who participate in the project, made a schedule of classes, opened a site with the materials reflecting the "TEMPUS" project implementation and a Web portal for virtual patients creation. Workgroup members in association with the tutors have analyzed educational programs of partner higher education institutions, defined general structures of the program, scrutinized the distinctions in educational programs design, adjusted approaches of common accordance for PBL implementation in each new educational program. At the present time there has been conducted an analysis of the PBL existing cases of educational program of Saint George University, London and accomplishing their integration into the educational program of "AMU" for 1, 2 and 3 years of education. The process of cases adaptation has been started according to the "Virtual Patient" program, provided by the western side. These cases require modifications and add-ins concerned with normative and legal acts of the Republic of Kazakhstan, peculiarities of diseases diagnosis and delivery of health care, the nomenclature of medicines, ethnic features. The technology of cases adaptation is based on brining the listed peculiarities in accordance with the standards of our country.

Classes with students on the PBL program are conducted in the special rooms equipped with all necessary technical means. Since February 2014 by this method there have been taught 4 small groups (32 students) of the "General medicine" faculty. Both students and tutors were pleasantly surprised with the extensive information volume about structure and functioning of an organism, diagnostic methods and treatment, patient's rights which can be derived while studying a simple clinical case. And that is especially important, to make training activity very fascinating. "It is very interesting for us. High motivation for individual study of the material. We feel like doctors and we neatly realize that the patient's life and health depend on the level of our knowledge and solutions", - tell students during the reflection which is carried out by the tutors after each class. And it is the evidence of the PBL method efficiency, stimulates functioning of the Medical Education Centre, the Committee on implementation of new educational technologies, the "TEMPUS" working group and tutors for its improvement.

Thus, the implementation of PBL in educational process of "AMU", providing tutors and students with necessary conditions for the development of their creative potential, training in small groups and personal oriented environment contribute to the improvement of medical personnel training quality, competences perfection of undergraduates, increase of competitiveness of the Kazakhstan experts in the world market of medical services.

#### **References:**

1. The state program of health care development of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011 - 2015 approved by the Decree of President of the Republic of Kazakhstan from November 29, 2010 №. 1113. - Astana, 2010.
2. The concept of medical and pharmaceutical education development of the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 approved by the Order of the Minister of Health Care of the Republic of Kazakhstan from August 12, 2011 №.534. - Astana, 2011.



3. Barrows H.S. Problem-based Learning: An approach to medical education. Springer series on Medical Education, New York, 1980. – P. 28-72.
4. Savin-Baden M. Problem-Based Learning in Higher Education: Untold Stories, SRHE and Open University Press, Buckingham, 2000. –P. 189.
5. Graaff E., Kolmos A. Characteristics of Problem-Based Learning//Int. J. Engng Ed., 2013. - Vol. 19. -№. 5. - P 657–662.

*Khamchiyev K.M., Rakhimzhanova Zh.A., Zhiengaliyeva A.K.*

### **STUDENT'S OPINION OF IMPLEMENTING PROBLEM-BASED LEARNING (PBL) IN EDUCATION**

Department of Normal Physiology of Astana Medical University, Nur-Sultan. Kazakhstan

Problem-based learning (PBL) develops clinical thinking and stimulate students to acquire knowledge through self-searching and analysis of the medical information. Students takes a more active role in trying to solve a practical problem. This becomes especially important at the present time due to the transition of the educational process in the credit system.

PBL technique has been tested in 4 groups of 1-2 courses students. Analysis of the questionnaires showed that 96.9% students liked conducting classes using the new method. According to all students, PBL is a useful technique for more efficient assimilation of the subject. 67.9% liked the approach and style of work of tutors. 100% students liked to independently formulate questions for further study. 93.8% liked how our tutors are encouraged to discuss between the all members of the group, guided group.

PBL develops the student skills such as team work, improving leadership skills, ability to listen and participate actively in the discussion, collaboration and cooperation, respect for the views of colleagues, the ability to analyze and critically evaluate literature, focused study and use of resources, mastery of presentation skills .

Call for innovative processes in the field of content, structure, organization of medical education updating with the purpose to perfect competences of medical university undergraduates, increase of competitiveness of the Kazakhstan experts in the world market of medical services are defined in the State program of health care development in the Republic of Kazakhstan and the Concept of medical and pharmaceutical education development of the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 [3].

For the achievement of general and special competences by the graduates of “Astana Medical University” JSC in Mission and the purposes of higher education institution, the Strategic plan of the higher education institution development there was proposed the implementation priority of the innovative learning approach. For this purpose, along with the other higher education institutions of Greece, England, Georgia and the Ukraine, Astana Medical University since 2013 has started working in the international grant project “«Establishment of the Supra-Regional Network of the National Centres in medical Education, focused on PBL and Virtual Patients»” within the European program “TEMPUS”. “TEMPUS” – one of the European Union programs directed to the support of the higher education updating processes in the partner countries of Eastern Europe, Central Asia, the Western Balkans and the Mediterranean, mainly, through projects implementation of interuniversity cooperation.

There are supported consortia, within the “TEMPUS” projects, consisting generally from higher educational institutions or their associations, and also unacademic partners.

For this work coordination at the level of higher education institution there were created the Centre of medical education and Committee on implementation of new educational technologies, the TEMPUS working group. The principles of quality management system are used for more effective result. Within the integrated system of management there was created “Provision on tutoring”. All work is carried out according to the perfection model (EFQM) that is new, higher criterion of innovative activities assessment.

The PBL method is considered to be a successful innovative method of learning directed to student’s individual work. In this method the accent of training process displaces from teacher on student inasmuch students play more active role, trying to solve a practical task. This technique instructs the student to comprehend everything told by the teacher during lectures and written in textbooks more widely and more deeply.

At the present moment at “Astana Medical University” JSC have been created groups which are working on clinical cases adaptation on PBL, introduced the required changes in the existing educational program “General medicine”, selected groups of the first-year students who participate in the project, made a schedule of classes, opened a site with the materials reflecting the “TEMPUS” project implementation and a Web portal for virtual patients creation. Workgroup members in association with the tutors have analyzed educational programs of partner higher education institutions, defined general structures of the program, scrutinized the distinctions in educational programs design, adjusted approaches of common accordance for PBL implementation in each new educational program. At the present time there has been conducted an analysis of the PBL existing cases of educational program of Saint George University (London) and accomplishing their integration into the educational program of “AMU” for 1, 2 and 3 years of education. The process of cases adaptation has been started according to the “Virtual Patient” program, provided by the western side. These cases require modifications and add-ins concerned with normative and legal acts of the Republic of Kazakhstan, peculiarities of diseases diagnosis and delivery of health care, the nomenclature of medicines, ethnic features. The technology of cases adaptation is based on brining the listed peculiarities in accordance with the standards of our country [1].

After the PBL tutorialum students completed anonymous feedback questionnaires with Survey Monkey in which they reflect their attitude to studies by the method of PBL. Scores are calculated on a point system, where 5 - strongly agree, 4 - agree, 3 - hard to say, 2 - disagree, 1 - completely disagree. PBL technique has been tested in 12 small groups (87 students) of 1-3 courses students of the “General medicine” faculty.

Analysis of the questionnaires showed that 96.9% students liked conducting classes using the new method, 3.1% filled in the column "Hard to tell." According to all students (100%), PBL is a useful technique for more efficient assimilation

of the subject. 67.9% liked the approach and style of work of tutors. 100% students liked to independently formulate questions for further study. 93.8% liked how our tutors are encouraged to discuss between the all members of the group, guided group [2].

Both students and tutors were pleasantly surprised with the extensive information volume about structure and functioning of an organism, diagnostic methods and treatment, patient's rights which can be derived while studying a simple clinical case. And that is especially important, to make training activity very fascinating. "It is very interesting for us. High motivation for individual study of the material. We feel like doctors and we neatly realize that the patient's life and health depend on the level of our knowledge and solutions", - tell students during the reflection which is carried out by the tutors after each class. And it is the evidence of the PBL method efficiency, stimulates functioning of the Medical Education Centre, the Committee on implementation of new educational technologies, the "TEMPUS" working group and tutors for its improvement.

Thus, PBL develops the student skills such as team work, improving leadership skills, ability to listen and participate actively in the discussion, collaboration and cooperation, respect for the views of colleagues, the ability to analyze and critically evaluate literature, focused study and use of resources, mastery of presentation skills .

#### **References:**

1. Gijsselaers W.H. (eds.), Wilkerson L. Bringing Problem-Based Learning to Higher Education: Theory and Practice, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996. P. 248.
2. Khamchiyev K., Derbissalina G. Problem-based learning. Experience of implementing in Astana Medical University. An International association for medical education, Glasgow, Scotland, United Kingdom, 2015, 4-9 September. -P. 284.
3. The concept of medical and pharmaceutical education development of the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 approved by the Order of the Minister of Health Care of the Republic of Kazakhstan from August 12, 2011 №.534. - Astana, 2011.

*Khasanova H. T., Mirzoyeva S.M., Parpiev F.M.*

### **FUNCTIONAL METHOD OF TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION IN CHILDREN**

Department of traumatology, orthopedics and military surgery of ATSMU, Tajikistan

**Relevance.** Congenital hip dislocation, despite significant progress in conservative and surgical treatment, continues to be one of the most pressing problems of pediatric orthopedics. Issues of improving methods of conservative treatment of congenital hip dislocation in children are still also relevant (Mirzoeva S. M. 2018, Safarov D. M. 2019). Currently, in the treatment of congenital hip dislocation, priority is given to the doctrine that non-or minimally invasive and reconstructive surgical measures in dialectical unity do not compete with each other, but complement each other. The main provisions of the doctrine are formed as follows: - early diagnosis, gradual, low-traumatic reduction, adequate sparing physiotherapy and mechanotherapy. Only strict adherence to the above provisions allows you to achieve stable positive treatment results.

With early diagnosis and early functional treatment of congenital hip dislocation using various diverting splints, in 90-96% of cases, it is possible to obtain a complete restoration of the congruence of the joint elements. ((Pozdnikin I. Yu., 2014, Kamosko M. M., 2014).

**Purpose of research.** To study the results of functional treatment of congenital hip dislocation in children.

**Material and methods of research.** The work is based on the analysis of medical records and outpatient records of 761 children with congenital hip dislocation who were treated in the children's trauma Department of the state medical center for THE period 2015-2019. Of these, 133 started receiving treatment after being discharged from the maternity hospital. In this group of patients, treatment was started based on clinical symptoms without x-ray examinations. For treatment on an outpatient basis, preventive pants were prescribed, followed by diverting tires of CITO, Vilensky after sparing dosed dilution of the thighs. Treatment was continued in combination with massage, physical therapy and physiotherapy. Conservative treatment was continued for up to 1 year, with periodic courses of physiofunctional treatment, paying special attention to active movements in the hip joint, as the main factor in the development of its elements.

The clinic of traumatology and orthopedic has developed and widely applies the method of functional treatment of children with congenital hip dislocation at the age of 6 months. up to 3 years old. Starting from 6-8 months, a functional method was used-adhesive plaster traction. Among children treated by the functional method (648), 226 children were treated from 6 months to 1 year, 234 from 1 year to 2 years, and 188 patients from 2 to 3 years. Of these, 442 are girls and 206 are boys. Bilateral hip dislocation was observed in 392 patients, right-sided dislocation in 256, and left-sided hip dislocation was observed in 392 children. Hip dislocation was corrected on a band-aid extension with gradual dilution of the limbs in 516 patients, followed by fixation with a plaster cast in the "Lorenz 1" position. To prevent aseptic necrosis of the femoral head with a high degree of dislocation and sharp tension of the adductor muscles during its withdrawal, we performed myotomy of adductors with subsequent reduction by extension in 132 cases. In the hospital, in parallel, patients were prescribed physiotherapy procedures, massage to strengthen the muscle tone of the gluteal muscles and improve blood circulation. After centering the femoral head, a plaster cast was applied clinically and radiologically in the Lorentz 1 position. On average, every 2 months, the plaster bandages were changed in the position of Lorenz 2 and 3. after 6 months, patients were transferred to the Vilensky splint, followed by the appointment of physiotherapy: UFOs, electrophoresis of novocaine, calcium chloride, baths, applications of paraffin, mud, ozokerite, magnetotherapy, vitamin therapy, calcium and phosphorus preparations were prescribed. During the treatment, therapeutic gymnastics and massage were constantly performed.

**Results of research and their discussion.** Long-term results of treatment were followed in 423 patients in the period from 1 to 3 years. The assessment took into account functional, anatomical results, and x-ray data. Patients underwent clinical and x-ray examination of the hip joints, some of them in two projections to determine antetorsion. When analyzing the immediate results 3 years after the removal of hip dislocation, it was found that the results are slightly worse for bilateral hip

dislocations, hereditary burden, pronounced initial hypoplasia, and high-grade hip dislocation. The most important factor is the age at the time of treatment of the dislocation.

When analyzing long-term results, we usually use a 3-power rating system. The result was considered good if the patients did not complain, pain and lameness were not noted, movement in the hip joint was complete, and the Trendlenburg symptom was negative. X-ray ratios in the joint were not broken, the femoral head was round, and there were no arthrosis phenomena.

The result was considered satisfactory if there were no complaints, movement in the hip joint in full or almost in full, there was no lameness or pain, and Trendlenburg's symptom was negative. Sometimes, after physical exertion, I was disturbed by pain that passed after a short-term discharge. Radiologically, a slight deformity of the proximal end of the femur was detected, and moderate flattening of the head.

The result was considered unsatisfactory if patients complained of pain during exercise and walking, lameness, movement in the hip joint was limited, and Trendlenburg's symptom was positive. The x-ray revealed a violation of the hip joint ratios, a shift along the Shenton line, a Viberg angle less than 15 gr., the head was deformed, and arthrosis phenomena were noted.

Analysis of the material showed that complete restoration of the anatomy and function of the hip joint was observed in 80.1% of patients. A satisfactory result was obtained in 6.3 % of patients. Unsatisfactory results were obtained in 10.3 % of patients. This group of patients had hip subluxation, torsion of the proximal end of the hip, and recurrent hip dislocation. During treatment, a number of patients (12.7%) showed clinical signs of an incipient dystrophic process in the femoral head in the form of pain, swelling of the hip joint, and pain contracture of the joint. Currently, on the basis of experimental studies, it is considered that dystrophy of the femoral head can be caused not only by a violation of blood supply, but also by excessive pressure on the femoral head core during treatment. It usually occurs in the joint after setting, no matter how successful it is. The longer the fixation of the hip joints in the "Lorenz-1" position, the greater the probability of dystrophic changes in the femoral head. Therefore, it is necessary to strive for functional, and not forcible hip reduction.

Reduction of complications in the treatment of hip dislocation by a functional method is achieved by gradual and atraumatic reduction, preservation of joint movements for the entire period of treatment, and reduction of pressure of the femoral head on the bottom of the acetabulum in the post - repositional period.

**Conclusions.** The study of long-term results of functional treatment of children with congenital hip dislocation aged 6 months to 1 year shows the following:

1. The Functional method gives stable good results in 81.1% of patients.

2. To reduce the frequency and severity of aseptic necrosis, it is advisable to perform stretching for at least 20-25 days , and from the first days intensively and constantly include in the treatment factors that have a positive effect on the reactivity of the child in the pre-development of the joint.

Thus, early detection and functional treatment of congenital hip dislocation in children is one of the effective treatment methods and is the method of choice.

#### **Literature.**

1. Mirzoeva S.M. Early diagnosis and treatment congenital pathology hip joint in children./ S.M.Mirzoeva , S.Kh. Qurbonov., R.T. Qurbonova// Bulletin of the Academy of Medical Sciences. 2017/ №4. P. 42-46.
2. Sapharov J.M. Improvement and organization of medical care and treatment of congenital dislocation of hip. Sapharov J.M., Razzokov A.A. Education. -2016. P.183.
3. Shumada U.V. Early treatment of congenital dislocation hip joint in children. Shumada U.V.// Orthopedics, traumatology and prosthetics. -1988.- № 18.- p. 3-8.

*Khatamova M.T., Tosheva I.I., Oripova F.Sh.*

### **INITIAL MANIFESTATIONS OF POST-PARTUM SEPTIC STATES**

Department of Obstetrics and Gynecology BSMI named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan

**Relevance.** Trigger mechanisms of occurrence of disseminated intravascular coagulation (DIC) syndrome in septic processes are damaged vascular endothelium endo- and exotoxins, at which the selection of tissue thromboplastin activating Hageman factor (XII); reacting endo- and exotoxins with platelet aggregation, the release of adenosine diphosphoric acid (ADP), serotonin, histamine, platelet factor 3 and 4, the release and hemolysis of erythrocyte, thromboplastin [1,2].

General pathological role of non-specific syndrome of disseminated intravascular coagulation (DIC) installed in the pathogenesis of severe sepsis. Recently, vision of the role of the hemostatic system greatly expanded in the process of inflammation, stress, immunity.

However, heparin treatment for severe sepsis is not always effective due to long-existing ICE syndrome, in which intensely consumed heparin cofactor antithrombin III, released antieparinovy platelet factor 4, progresses metabolic acidosis. In this connection becomes important differential assessment of all parts of the hemostatic system with initial manifestations of postpartum infection. [3]

The presence of DIC syndrome in patients with postpartum septic diseases was pathogenetic rationale for the inclusion of heparin in the complex therapeutic measures. [2]

The most frequent clinical forms are postpartum endometritis infectious diseases and mastitis. Timely diagnosis and early rational treatment of the initial stages contribute to the prevention of more severe septic complications post-partum period. Meanwhile, the comprehensive treatment of these conditions undertaken even in the initial phase of disease is not always sufficiently effective. [3]

To a certain extent this can be explained by underestimation of some of the pathogenesis of inflammatory diseases postpartum. [4]

In the available literature we have not met reports of hemostasis system state at the initial clinical manifestations of endometritis and mastitis after childbirth. These circumstances formed the basis for our research. [5]

**Purpose of the study.** Studies initial manifestations postpartum sepsis.

**Materials and methods.** There were examined 90 patients with postpartum endometritis and mastitis. The control group consisted of 30 women with uncomplicated postpartum period. The average age of patients with postpartum endometritis  $29,3 \pm 1,6$  years, mastitis -  $28,4 \pm 1,4$  years.

The clinical picture of initial manifestations postpartum endometritis characterized rise in body temperature to  $38^{\circ}\text{C}$ , uterine tenderness on palpation, turbid appearance lochia with an unpleasant odor, a moderate increase of ESR (20 mm / h), a slight shift to the left of the formula white blood. All the patients with serous mastitis marked increase in body temperature to  $38-39^{\circ}\text{C}$ , the appearance of pain in the breast, skin hyperemia over the lesions; in the thickness of the prostate determined sealed painful areas without clear contours. In the investigation of blood detected moderate leucocytosis (15 000-20 000 1 L), left shift of formula with an increase in white blood leukocyte numbers stab, increased erythrocyte sedimentation rate of 25-30 mm / h.

Hemostasis was investigated by the following methods for determining the concentration of fibrinogen, activated partial thromboplastin time. (APTT) using standard reagents, fibrin-fibrin-degradation products of genes (DPFF) in serum by immunoassay test, the number of platelets counted in a particle counter.

**Results of the study.** In the study of collagen-aggregation revealed a slight shortening of the latency time and increase collagen secretory intensity aggregation, indicating that the increase of the secretory function and reaction of "release" during the activation of platelet function in patients with initial manifestations of postpartum infectious diseases. In assessing functional properties of platelets attracted attention disaggregation in the absence of 80% aggregation upon stimulation by low doses of ADP. At the same time, significant changes in aggregation upon stimulation with high doses of us not marked ADP.

Hemostasis in patients with initial clinical manifestations of postpartum endometritis and mastitis, general biological regularities observed identical changes in the hemostatic system, the essence of which lies in the activation of procoagulant hemostasis and reduction of the anticoagulant potential of the blood; any distinct differences caused nosological form of the disease, we have not found.

The activation of pro-coagulant hemostasis is indicating a slight shortening of the APTT, which characterizes the state of the intrinsic pathway of blood coagulation and expressing the total activity of the major plasma clotting factors. Apparently, this phenomenon explains the decrease in the content of antithrombin III, which, being a natural blood anticoagulant, responsive to activation of coagulation factors (XII, XI, IX, VII, V, II), forming complexes with them. It should be noted that we studied patients. We detected increased concentrations of soluble fibrin complexes and DPFF, indicating a lack of pathological intravascular coagulation.

**Conclusions.** Thus, with initial manifestations of postpartum infectious diseases (mastitis, endometritis), there is simultaneous activation of both platelet and procoagulant components of hemostasis system, but the formation of pronounced platelet-fibrin clots in the microvasculature is not marked. A characteristic feature is hemostasiological decrease in antithrombin III, and almost complete lack of disaggregating platelet aggregation at low doses of ADP stimulation.

Hemostatic system research with a reasonable estimate of the anticoagulant potential of blood (antithrombin III) and functional properties of platelets allows you to quickly identify the activation of the hemostatic system and to take measures for prevention of pathological intravascular coagulation. Due to the ability of low doses of heparin (1500 U / day) Increase of blood anticoagulant potential, it may be advisable its use in treatment of endometritis initial manifestations and mastitis.

#### **Literature:**

1. Ихтиярова Г.А. Прогностическая ценность цитокинов у женщин при осложненных родах с преэклампсией / Г.А. Ихтиярова, С.Р. Адизова // Журнал Новый день в медицине. - 2019. - №3(27). - С.117.
2. Тошева И.И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек / Тошева И.И., Ихтиярова Г.А. // Журнал Мать и дитя.-2020.- № 1(3).- ISSN 2686-7184.- С.6.
3. Ikhtiyarova G.A. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times // Ikhtiyarova G.A., Iroda Tosheva, Nargiza Nasrullayeva // Asian Journal of Research.-2017.- № 3 (3).-P.32.
4. Khatamova M.T. Aspects of the management of labor at antenatal discharge of amniotic fluid / Khatamova M.T., I.I.Tosheva // "Tibbiyotda yangi kun" magazine- 2019.-№2, P.292-295
5. Mavlyanova N.N. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation / Mavlyanova N.N., Ixtiyarova G.I., Tosheva I.I., Aslonova M.Zh., Narzullaeva N.S. // Journal of Medical - Clinical Research & Reviews-2020.- №4(6).-ISSN 2639-944X.-P.18

**Khursanov N. M., Abdumamadova F.M.**

#### **Q-T INTERVAL VARIANCE IN HIV-INFECTED PATIENTS**

The Department of internal diseases №2 ATSMU Dushanbe. Tajikistan

**Relevance.** More than 1.8 million people worldwide have died from AIDS, and more than 7,000 people are infected with the human immunodeficiency virus (HIV) every day[2]. By the end of 2004, 39.4 million HIV-infected people were registered in the world, out of which 4.9 million were infected in 2004 [1]. According to the Republican center for AIDS prevention and control of the Ministry of health of the Republic of Tajikistan, 4674 patients with HIV infection have been registered since 2012. Due to increasing duration of patients' life, conditioned by wider spread of antiretroviral therapy, cardiovascular pathology in treatment of HIV-infected patients, gradually begins to occupy a significant place. The presence of HIV infection is associated with prolongation of the Q-T interval and development of gastric arrhythmias (more often torsades de points). The C.Nordin et al. research [5] demonstrated that the risk of prolongation of the Q-T interval in patients with

HIV infection is 16 %. This may also be caused by taking certain medications used to treat HIV infection and its complications. Reports of the effect of antiretroviral therapy on the cardiovascular system, including on the duration and variance of the Q-T interval, are very few and contradictory [3,4]. In case of the Republic of Tajikistan, such studies were not conducted.

**Purpose of research.** To study the effect of antiretroviral therapy on the duration and variance of the Q-T interval in patients with HIV infection.

**Material and methods of research.** We have examined 20 patients with HIV infection, who were placed in the CCIH in Dushanbe at the age of 18 to 48 years (the average age is 36.5 years). Among them, there are 14 men and 6 women. The duration of disease was 11 years on average. 18 (90%) patients with HIV infection had AIDS ( $CD4 < 350$  cl in  $1\text{mm}^3$ ). All patients received antiretroviral therapy for 12 weeks, which included following drugs: zidolam (lamivudine-150 mg, zidovudin - 300 mg) and efavirenz-600 mg. The exclusion criteria were: arrhythmias, circulatory insufficiency II-IV FC by NYHA, chronic renal failure.

ECG was assessed before and after the 12<sup>th</sup> week course of treatment. To assess the duration and dispersion of the Q-T interval, an ECG was recorded simultaneously in 12 standard leads with a recording speed of 50 mm/s. In each possible lead (but not less than 9), the Q-T interval and the preceding R-R interval were measured in three consecutive cycles with average values calculation. The duration of the Q-T interval was determined by the time from the beginning of the QRS complex to the end of the T-wave by its interruption of the T-P isoelectric line. Correction of the Q-T interval ( $Q-T_c$ ) taking into account the heart rate was carried out using the H.C. Bazett. Formula. The corrected Q-T interval variance ( $dQ-T_c$ ) in milliseconds was determined as the difference between the maximum and minimum among Q-T interval leads.

For statistical processing by Microsoft Excel-2007, we used standard methods for calculating mean values and standard deviations ( $M \pm m$ ).

**Research results and discussion.** By the end of the treatment course, there was a significant improvement in the general well-being of patients. A positive dynamic in parameters of the electrical systole of the heart was observed (table 1).

Table 1

Duration and variance of the Q-T interval on the background of antiretroviral therapy:

Indicator,ms	Before treatment (n=20)	After treatment (n=20)	%
Q-T <sub>c</sub>	397±90,2	350±79,2	-11,8
Q-T <sub>c</sub> max	493±53,1	420±45,3	-14,8
Q-T <sub>c</sub> min	446±55,3	370±45,2	-17,04
dQ-T <sub>c</sub>	47±14,2	40±12,4	-14,9

After a 12-week course of antiretroviral therapy, the results showed: decrease Q-T<sub>c</sub> interval on 11.8% (from 397±90.2 ms to 350±79.1 ms) and Q-T<sub>c</sub> max, Q-T<sub>c</sub> min, which corresponded to a decrease in dQ-T<sub>c</sub> on 14.9% (from 47±14.2 MS to 40±12.4 MS). This speaks in favor of the processes of depolarization and repolarization of the myocardium.

**Output.** Antiretroviral therapy in HIV-infected patients improves the duration and variance of Q-T interval, thereby reducing the risk of ventricular tachycardia and the development of sudden cardiac death.

#### Literature:

1. HIV infection / E. S. Belozarov, Yu. I. Bulankov// - Elista: APP "dzhangar", 2006. - P. 224.
2. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 200// UNAIDS.-2010. -P. 8-9.
3. Cardiovascular Abnormalities in HIV-infected Individuals / S.D.Fisher, S.E. Lipshultz//Heart Disease: A T. A Textbook of Cardiovascular Medicine, 7t ed. Saunders, An Imprint of Elsevier. - 2005. - Vol. 2. - P. 1719-1730.
4. Cardiovascular risk factors and probability of cardiovascular events in HIV-infected patients: Part I: Differences due to the acquisition HIV-infection/ TNeumann, T. Woiwod, A. Neumann// Eur J Med Res.- 2003. Vol. 8. - P. 229-235.
5. Importance of hepatitis C coinfection in the development of QT prolongation in HIV-infected patients/C. Nordin, S, Beca, A. Kohli// - 2006. — Vol. 39. P. 199.

*Kostenko V. H., Bieljaieva O. N., Solohor I. M.*

### LANGUAGE DEVICES TO EXPRESS VOLITION IN INFORMED CONSENT TEMPLATES FOR DENTAL TREATMENT

The Department of Foreign Languages, Latin and Medical Terminology  
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Ukraine

**Background.** As professional communication is becoming the most widely spread type of social interaction globally, professional discourses have been recently put in the focus of the complex interdisciplinary study by linguistic and social sciences researchers. The communication in the field of healthcare is conducted according to well-organized social scenarios and textual practices, known as genres, which, on the one hand, are well established and conventionalized, and, on the one hand, are constantly evolving in order to respond to new communicative demands. The medical and healthcare discourse operates a number of genres (discourse units) for a variety of purposes in the large areas of intra-professional, doctor-lay person, and inter-professional communication that reflect discourse community conventions within a particular sociocultural context.

Informed consent as a process and a document that records the will and decision of a patient to receive or a particular dental treatment is an integral component of patient care. The genre of informed consent for dental treatment reflects the main stages of the communication between the doctor and the patient when sufficient information regarding the dental treatment options recommended, their alternatives, benefits and possible side effects, consequences of its refusal, etc. is disclosed

in order to help the patient in making an educated voluntary decision. Although a lot of medical and healthcare genres have been extensively investigated and reported (M. Gotti, P. Ezpeleta-Piorno, D. L. Fryer, H. Bowels), the genre of informed consent playing an exceptional role in healthcare service is still underestimated and little studied. Though informed consent for dental treatment is to set out medical information, since it is the completed and signed serves as a legal document, which has to respect and promote a patient's autonomy; to protect patients from harm, as well as to protect healthcare providers from malpractice lawsuits. Thus, genre of informed consent for dental and medical treatment has features of legal discourse and can be described in terms of interdiscursivity.

**Purpose.** As H. Verplaetse emphasizes, “the notion of volition is essential to human experience and hence to human communication” [5, p. 152], this study **aims** at identifying and discussing the ways to express volition in the templates of informed consents for dental treatment from communicative and pragmatic perspective.

**Materials and methodology.** **For the purpose of this study, we compiled a corpus of 60 original informed consent templates (ICT) for dental treatment used in the USA healthcare settings authorized to provide oral and dental services (New York City Metropolitan Hospital Center, Alliance for Dental Care PLLC (Rochester, NH)), and those given by medical insurance companies (Dentists Benefits Insurance Company (DBIC), MedPro Group). The templates were searched for using Google search engine and downloaded from internet sources Open Dental Software, American Dental Association dental records reference, Delta Dental Incorporation.**

The methodology of the study included discourse analysis for studying language in relation to its social context (“the analysis of language as it is used to enact activities, perspectives, and identities” [3, p. 16]); the analysis of generic structure to identify and name the main themes in the documents; semantic and syntactic analysis, elements of sociolinguistic analysis.

**Results and Discussion.** Though the main purpose of the informed consent is to disclose the sufficient medical information, this document carrying the concepts of laws is also to conduct and guide the interaction between the addressor, the healthcare provider or medical setting, and the addressee, the patient. This document is valid when is based on a patient's voluntary decision about whether to undergo the procedure or intervention, without coercion or duress. The procedure of informed consent urges the patient to be more involved in the process of making health decision and, thus, to act as a reasonable, educated and responsible participant of this agreement, forestalling “you're the doctor, you decide” attitude. Therefore, the choice of vocabulary to demonstrate the patient's rights and obligations in the templates of informed consents for dental treatment is presumed to be selected exceptionally thoroughly.

Among the typical language devices used to express the will, the volitional verbs rank the leading place in the texts studied. D. Crystal [2, p. 496] defines volition as “a term used in the semantic analysis of grammatical categories referring to a kind of relationship between an agent and a verb. A volitional verb or construction is one where the action takes place as a consequence of the agent's choice”. Also volition denotes the act of willing or choosing; the act of forming a purpose; the exercise of the will.

Verbs of volition as a subtype of mental verbs signalling the type of mental operations that patients are expected to perform over the comprehension of the facts and circumstances relating to the dental treatment are divided into several groups. The most prevalent are the verbs of willingness denoting acts of making a conscious choice or decision (*to agree, to authorize, to assume, to permit, to reject, to consent, to attest, to certify*). For example: *I voluntarily assume any and all known possible risks, including the risk of substantial harm, if any, which may be associated with any phase of this treatment in hopes of obtaining the desired results, which may or may not be achieved* (Informed Consent for Crown Lengthening Surgery). *I hereby consent to the recommended treatment and I authorize the dentist to proceed with recommended treatment* (Informed Consent for General Dental Procedure).

Willingness can be expressed by the auxiliary “*will*” and, rarely, “*shall*”. They are used to create promise (“a contractual obligation” by Bryan A. Garner, or “objective obligation imposed by laws, rules, regulations, contracts” [1, p. 635]: *I will take reasonable steps to limit any complications of the treatment I have recommended* (Informed Consent for Endodontic Treatment). *I will contact the office immediately if symptoms persist or worsen. I will not, nor shall anyone on my behalf seek legal, equitable or monetary damages or remedies for such disclosure* (Informed consent and agreement for the invisalign patient). *I also understand that upon completion of root canal therapy in this office, I shall return for a permanent restoration of the tooth involved* (Consent Form for Endodontic Treatment).

The verb “*wish*” regarded as volitional by Leech and Svartvik [4, p. 141] is rarely used in the investigated texts. It has the same meaning as “*desire*”, “*want*”, but is more formal: *I wish to proceed with treatment by Dr. \_\_\_\_\_.*

Nevertheless, the “*want*” is considered as acceptable in this type of documents as well: *Before I begin treatment, I want to be certain that I have provided you with enough information in a way you can understand* (Consent Form for Endodontic Treatment).

The meaning of wishing can also be expressed by the phrase “*would like*”: *We would like our patients to be informed about the various procedures involved in endodontic therapy and have their consent before starting treatment* (Informed Consent for Endodontic Treatment).

In addition to the volitional verbs, other lexical devices are employed to convey volition. For this purpose, volitional adjuncts, and volitional adjectives can be used: *I am freely giving my consent to allow and authorize Dr. \_\_\_\_\_ and/or his/her associates to render any treatment necessary or advisable for my dental conditions* (Informed Consent for Tooth Extraction). *I voluntarily assume any and all known possible risks, including the risk of substantial harm, if any, which may be associated with any phase of this treatment in hopes of obtaining the desired results, which may or may not be achieved* (Patient Consent to Begin Orthodontic Treatment).

The texts of informed consents, which serve as legal documents, are saturated with clichés to express volition, for example: *I am acknowledging my willingness to accept all risks and complications, no matter how slight the probability of occurrence. I give my permission to the dentist to make any / all changes and additions as necessary* (Informed Consent for Bone Grafting). *I am giving my consent and I understand the risks that are involved in performing this procedure* (Informed

Consent Composite (Tooth-Colored) Fillings).

Though the expressions of volition can be found in any structural segments of informed consent templates, the concluding segment “Consent / Acknowledgement” demonstrates higher concentration of volitional verbs and clichés.

**Conclusion.** The volition as an act of will is a key concept in obtaining / making voluntary educated decision on accepting or refusing dental treatment options. The accurate selection of language devices to express volition is essential in terms of protecting patient’s rights; volitional verbs also demonstrate patient’s involvement and accepting responsibility for the consequences of the health decision. Using the volitional verbs is the most typical way to express the patient’s authorization allowing a dentist to execute the proposed treatment. Redundancy and repetitions in using volition expressions are used to provide clarity and avoid ambiguity. The legal regulations in healthcare emphasize the necessity to explore the methods in which these languages impose obligation, grant permission and lay a prohibition.

#### References

1. Al-Nasrawi, H. M. K. A Comparative Study of ‘Volition’ in English and Its Counterparts in Arabic // Basic Education College Magazine For Educational and Humanities Sciences. – 2017. – Iss. 36. – P. 628 – 643.
2. Crystal, D. A Dictionary of Linguistics and Phonetics (6th Ed.). Wiley-Blackwell, 2008. – 529 p.
3. Gee, J. P. An Introduction to Discourse Analysis: Theory and Method. Routledge, 2014. – 248 p. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/233896104\\_An\\_Introduction\\_to\\_Discourse\\_Analysis\\_Theory\\_and\\_Method](https://www.researchgate.net/publication/233896104_An_Introduction_to_Discourse_Analysis_Theory_and_Method)
4. Leech, G., Svartvik, J. A Communicative Grammar of English. Routledge; 3rd Ed. 2013. – 456 p.
5. Verplaetse H. What you and I want: a Functional approach to the verb complementation of modal *want to* // Modality in Contemporary English. Ed by Facchinetti R., Palmer F., Krug M. Berlin – New York: Mouton de Gruyter, 2003. – P. 151 – 190.

*Kuzina V.V., Tkachenko M.V., Hrybnyiuk V.A.*

### **ANALYSIS OF THE TIMING OF THE DIRECT RESTORATIONS REPLACEMENT OF PRIMARY MOLARS IN CHILDREN, IN ORDER TO DETERMINE THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF EXISTING TREATMENT MEASURES**

Pediatric dentistry and implantology Department Kharkiv National Medical University, Ukraine

**Actuality.** The childhood is comparely short period in human life. However, during this time, the global changes happen in physiology and psyche, associated with active growth of child organism. The oral cavity is a part of dentoalveolar system and the first link of gastrointestinal tract, that provides the intake of nutrients, that are necessary for a full-fledged growth of the whole body. The nature has decreed that each person has two generation of teeth, the temporary and the permanent ones. The first erupt in the period from 6 month to 2,5 years and are changed by the age of 12-13 years gradually. And besides, the role of temporary teeth is as sufficient as the role of permanent teeth, despite the short period of their existence. Due to the continuity of the dentition, the complete mastication, formation of normal speech and the structures of the facial cranium is provided correctly. It was noticed, that the lack of teeth in the frontal region, can cause several psychological problems.

In the last few years a strict tendency of teeth destruction in the early age and the preschool period appeared. The prevalence of carious lesions of temporary teeth ranges from 57% to 95% according to various authors [1]. Wherein, due to the speciality of the dentition development, children in the age before 3 years have their frontal regions affected more often, but after the age of 3-4 years, approximal surfaces start to prevail in destruction [2]. This area is very functionally-loaded by itself, and the change of occlusal relation, caused by the growth of the jaw-bones, increases the risk of significant chipping and total loss of restorations.

**Aim.** Analysis of the timing of the direct restorations replacement of the proximal surfaces of primary molars in children, within one calendar year, in order to determine the clinical effectiveness of existing treatment measures.

**Material and methods.** The data from the dental patient’s medical records about the restoration of primary molars of the lower jaw in children of 4-5 years old was studied. The interval between the date of the restoration and the date of its replacement as a result of loss or significant chipping was recorded, as well as data on the material that was used.

**Results.** A hundred dental patient’s medical records were reviewed. Information about 145 primary molars was studied. Loss of the filling at disto-proximal lesion in the first primary molar was registered in 73 (50.3%) cases, at the medio-proximal, of the second primary molar - in 55 (37.9%) cases. Loss of the filling of the medio-proximal surface of the first primary molars was found in 17 (11.7%) teeth. Glass ionomer filling materials were used in 91 (62.8%) cases, light-cured composites were used in the treatment of 54 (37.2%) teeth. The interval between the date of the restoration and the date of its replacement as a result of loss or significant chipping. The interval between the date of the restoration and the date of its replacement, as a result of loss or significant chipping, was 5.4 months on average, when using glass ionomers. In a case of composites using, a repeat visit was required after 9.3 months, on average.

**Conclusions.** The relatively short period of existence of the restorations of the proximal surfaces of temporary molars made of glass ionomers and composites requires improvement of treatment protocols in pediatric dentistry and expanding the use of artificial crowns in the treatment of uncomplicated and complicated caries of posterior teeth.

#### Literature.

1. Рейзвих О. Э. Взаимосвязь частоты стоматологических заболеваний с уровнем соматического здоровья детей (обзор литературы) / О. Э. Рейзвих, С. А. Шнайдер, Н. О. Нонева // Инновации в стоматологии. – 2014. – № 3. – с.125-133
2. Детская терапевтическая стоматология: Учебник для студентов стоматологических факультетов, интернов, врачей-стоматологов. Т.1 / Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Савичук А.В., Чайковский Ю.Б., Голубева И.Н., Сороченко Г.В., Шматко В.И. / Под ред. проф. Хоменко Л.А. - К.: Книга-плюс, 2018. - 396 с.

ANALYSIS OF TWO MAJOR SAPONINS IN *ALLOCHRUSA GYPSOPHILOIDES* EXTRACT USING UPLC-ESI MASS SPECTROMETRY

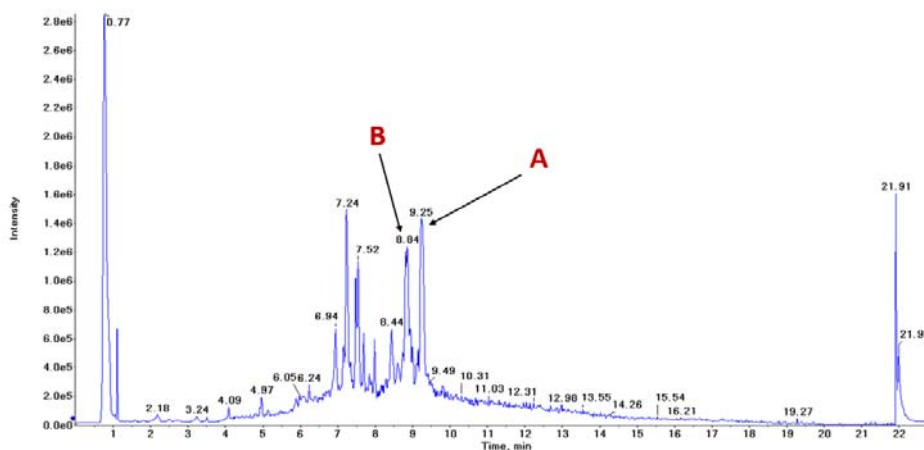
Kokand State Pedagogical Institute, Kokand 713000, Turon str. 23, Uzbekistan

**Introduction.** Since ancient times, plants have been utilised by humans as a fundamental resource for food, spices, medicines, and other applications. Many of the plants that were discovered by our ancestors are still in use until today. Turkestan soap root (local name Beh, Etmak) or *Allochrusa gypsophiloides* (Regel) Ovcz. et Czuk. (syn. *Acanthophyllum gypsophiloides* Rgl. from Caryophyllaceae family), is the best known endemic saponin-bearing plant of Central Asia. This plant is distributed in Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, and Uzbekistan [1]. Roots of *A. gypsophiloides* contain up to 30 % saponins with a hemolytic index of 1:1000 or 1:2860 and aboveground parts of the plant produce saponins with an index of 1:240. Many plant metabolites such as polysaccharides, triterpene glycosides have been isolated from underground parts of *A. gypsophiloides* [2, 3]. Acanthophyllosides B, C, and D were isolated from the methanol extract of the roots of *A. gypsophiloides* [2]. *A. gypsophiloides* is widely used in traditional medicine and different branches of industry. In traditional medicine the decoction of the roots of this plant has been used as an expectorant for bronchitis, similar to other drugs with saponins. An infusion of the roots is further used as a choleric, diuretic, and laxative. The root is brewed in a tea and drunk to treat gastrointestinal, skin, and venereal diseases, spleen, liver and kidney disorders, as well as metabolic dysfunction. An infusion of the aboveground parts is used as an expectorant and laxative. Pure saponins from this species are employed in veterinary medicine to prepare vaccines against anthrax and brucellosis. Treatment with saponins antagonized the narcotic effect of chloral hydrate, potentiated the convulsive effect of strychnine, decreased the convulsive and toxic effect of corazole, and increased diuresis in mice. The *A. gypsophiloides* saponins are utilized in manufacturing sweets or natural washing aids [1].

**Aim of the study.** Although, there are some reports about glycosides (triterpene saponins) in this plant [2] UPLC-ESI-MS investigations have not yet been conducted on *A. gypsophiloides*. Therefore, the objectives of this study were to study major saponins of the methanol extract of *A. gypsophiloides* using UPLC-ESI-MS. Herein, we report the two known saponins in the methanol extract from *A. gypsophiloides* roots.

**Materials and methods.** UPLC-ESI-MS was performed using UPLC-TripleTOF mass spectrometer with an Acquity UPLC System equipped with Nucleoshell RP 18 column (150×2.0 mm<sup>2</sup>, particle size 2.7 μm; Macherey Nagel) was used in this measurement with the elution binary gradient. The mobile phase consisted of water containing 0.3 mM ammonium formate acid (A) and acetonitrile (B) at a flow rate of 0.4 ml min<sup>-1</sup>. The mobile phase was prepared daily, filtered through a 0.45 mm membrane filter (Millipore), and sonicated before use. The samples were measured in the negative mode.

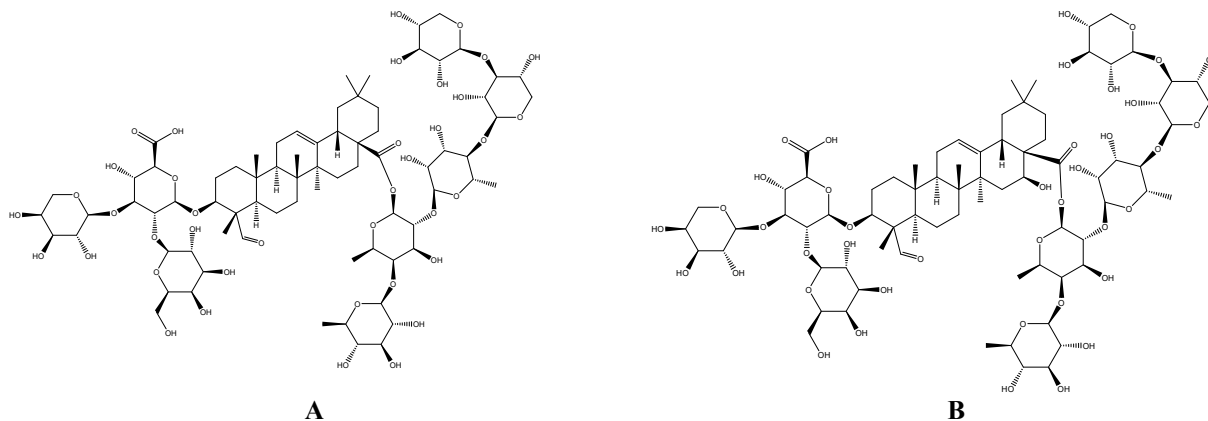
**Results and discussion.** Mass spectrometry, particularly MS/MS provides high sensitivity and selectivity, even for complex biological matrices, e.g. saponin-containing extracts comprising a number of target analytes of analogous structures. Roots from *A. gypsophiloides* have been shown to accumulate triterpenoid saponins [2]. They belong to the group of glucuronide quillaic- and gypsogenin type triterpenoid carboxylic acid 3,28-O-bidesmosides saponins. Compounds from this group have a glucuronic acid moiety at C-3 hydroxyl of the aglycone and are among the highest glycosylated bidesmosides. Negative ion ESI-MS of saponins offers high sensitivity and more diagnostic fragment ions compared to positive ion MS. This investigation was designed to characterize the major compounds by electrospray (ESI) and LC-MS/MS on a Q-TOF mass spectrometer. In this study, the total ion chromatogram (TIC) of the of the methanol extract of *A. gypsophiloides* roots showed four major peaks (Figure 1). The chromatographic peaks **A** and **B** of *A. gypsophiloides* were identified by detailed analyses of their MS and MS/MS data, and by comparison with literature data.



**Figure 1.** LC-ESI-MS total ion chromatogram (TIC) of the methanol extract of *A. gypsophiloides* roots showing major peaks **A** and **B** detected in the negative ion mode

Our UPLC-ESI-MS examination of the methanol extract of *A. gypsophiloides* and comparison of the data with literature reports indicate that peak **A** with Rt (retention time) of 9.25 min (Figure 1 and 2) was assigned to 3-O-[[β-D-galactopyranosyl-(1→2)-[α-L-arabinopyranosyl-(1→3)]-β-D-glucurono pyranosyl] gypsogenin 28-β-D-xylopyranosyl-(1→3)-β-D-xylopyranosyl-(1→3)-α-L-rhamnopyranosyl-(1→2)-[6-deoxy-β-D-gluco pyranosyl-(1→4)]-β-D-fucopyranosyl ester with an [M-H]<sup>-</sup> ion at m/z 1641.7177.





**Figure 2.** Chemical structures of **A** and **B**

Peak **B** with Rt of 8.84 min (Figure 1 and 2) with an  $[M-H]^-$  ion at  $m/z$  1657.7127 was suggested to be 3-O-[ $\beta$ -D-galactopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 2)-[ $\alpha$ -L-arabinopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 3)]- $\beta$ -D-glucuronopyranosyl] quillaic acid 28- $\beta$ -D-xylopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 3)- $\beta$ -D-xylopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 3)- $\alpha$ -L-rhamnopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 2)-[6-deoxy- $\beta$ -D-glucopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 4)]- $\beta$ -D-fucopyranosyl ester. The HR-ESI-MS spectra of the compounds **A** and **B** were measured previously in positive mode [2].

**Conclusion.** This is the first study to examine the chemical composition of *A. gypsophiloides* roots, determined by ultra-high performance liquid chromatography-electrospray ionization-mass spectrometry (UPLC-ESI-MS). The combination of higher selective UPLC with HR-MS detection enlarges the capabilities for recognition of saponins in plants. On the basis of exact masses and comparison with literatures, two saponins were identified in the *A. gypsophiloides* roots.

#### References

1. Medicinal plants of Central Asia: Uzbekistan and Kyrgyzstan / S.W. Eisenman, D.E. Zaurov, L. Struwe // New York: Springer. 2013. P. 32.
2. Triterpenoid saponins from the roots of *Acanthophyllum gypsophiloides* Regel / E.A. Khatuntseva, V.M. Men'shov et al. // Beilstein Journal of Organic Chemistry. -2012. -№8. -P. 763-775.
3. In-depth characterization of the GOTCAB saponins in seven cultivated *Gypsophila* L. species (Caryophyllaceae) by liquid chromatography coupled with quadrupole-Orbitrap mass spectrometer / R. Gevrenova, I. Doytchinova, B. Kołodziej, M. Henry // Biochemical Systematics and Ecology. -2019. -№83. -P. 91-102.

*Mirzoeva M.T., Isaeva M.S.*

#### HERPES ZOSTER. DIAGNOSTICS IMMUNO-ENZYMED ANALYSIS

State Institution "Medical Center of the Executive Office of the President of the Republic of Tajikistan  
Department of Dermatovenereology, SEI ATSMU. Tajikistan

**Relevance.** There are a number of expressive diagnostic methods for Herpes Zoster - immunofluorescence (IF), thin-layer immune analysis (TIA). There are reports of numerous modifications of the radioimmune method (RIM). Most of the methods of laboratory diagnostics are based on a complementary, strictly specific interaction of antigen and antibody [1,2,3]. We used enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) for laboratory diagnostics of 40 patients with Herpes Zoster.

**Purpose of the study:** To evaluate the diagnostic value of ELISA at Herpes Zoster.

**Material and research methods.** In the Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine, in the virological laboratory, in order to diagnose 40 patients with a preliminary diagnosis of Herpes Zoster, we carried out an enzyme immunoassay. There were 22 men (55%) and 18 women (45%). Patients under 20 years old were 1 (2.5%), from 21 to 30 - 4 (10%), from 31 to 40 - 6 (15%), from 41 to 50 - 3 (7.5%) and over 50 years - 26 (65%). Out of 40 patients, 9 (22.5%) were diagnosed with erythematous-vesicular form of Herpes Zoster, 12 (30%) - hemorrhagic, 5 (12.5%) - gangrenous, 9 (22.5%) - bullous and in 5 (12.5%) - generalized.

For ELISA, a set of reagents "Vector VZV - IgG and IgM" was used for the enzyme-linked immunosorbent assay of class G and M immunoglobulins to the Herpes Zoster virus. For this purpose, blood was taken from the ulnar vein in compliance with the rules of asepsis and centrifuged. The determination method is based on an enzyme-linked immunosorbent assay. The specific reagent of the kit is a purified recombinant antigen of the Herpes Zoster virus immobilized on the surface of the wells of a polystyrene folding plate. At the first stage of the analysis, the analyzed samples were incubated in wells with an immobilized antigen. The specific antibodies to the virus present in the sample bind to the immobilized antigen. Unbound material was removed by washing. Bound antibodies were detected by incubation with a conjugate of antibodies to human immunoglobulins G with horseradish peroxidase. The "antigen-antibody-conjugate" complex was detected by a color reaction using a peroxidase substrate - hydrogen peroxide and a chromogen - tetramethylbenzidine. The intensity of the staining is proportional to the concentration of IgG to the Herpes Zoster virus in the analyzed sample.

**Results and discussion.** The results of the study showed that in 35 (87.5%) patients with Herpes Zoster who came to us in the first week of the disease, the titer of IgG antibodies ranged from 1: 400 to 1: 1600. At the same time, 5 (12.5%) of those who applied after 1-2 months from the onset of the disease had a pronounced increase in the titer of IgG antibodies from 1: 3200 to 1: 12400. They reached their peak IgG by the end of the third month and at this level they persisted for 2-3 months, subsequently, their gradual decrease was noted. As for IgM, before treatment in 21 (52.5%) patients the antibody titer ranged from 1: 200 to 1: 800, and in 19 (47.5%) from 1: 600 to 1: 3200. Subsequently, the IgM titer gradually decreased and after 2-3 months the antibodies completely disappeared (Table 1).

Table 1

**ELISA indicators in the acute period, at the stage of convalescence and in the long-term period in patients with Herpes Zoster**

ELISA	IgG			IgM		
	Average Titles	$\pm m$	P	Average Titles	$\pm m$	P
Before treatment	1:1710	$\pm 410,1$		1:1230	$\pm 169,9$	
After 1 month	1:3260	$\pm 380,2$		1:237,5	$\pm 30,5$	
After 3 months	1:1130	$\pm 102,2$		1:7,5	$\pm 4,2$	
After 6 months	1:680	$\pm 53,5$		0	0	

Note: P is the significance of differences in indicators before treatment and after 1, 3 and 6 months (ANOVA test).

**Conclusion.** Thus, IgM is a marker of reactivation or primary infection with the Herpes Zoster virus. They can be found in the blood 4-6 days after reactivation or infection with the Herpes Zoster virus. The maximum values are reached on the 15-20th day and remain in the human body for a short time from 2-3 to 6 months, and then disappear. Specific IgG antibodies usually appear 10-14 days after the penetration of the Herpes Zoster virus and reach their peak in 2-3 months, then there is a gradual decrease and remain at this level for life.

#### Literature

1. The value of soluble forms of differentiation antigens in predicting the course of herpes zoster and the effectiveness of antiviral and immunocorrective therapy / Sobchak D.M. [and others] // Clinical Medicine. - 2011. - No. 4- P. 67-69.
2. Petrova G.A. Diagnosis and treatment of simple and shingles. Textbook for students and doctors / G.A. Petrova, L.T. Pavlova. Nizhny Novgorod. - 2000. - S. 19-24.
3. Herpes zoster in Germany: Quantifying the burden of disease / U. Bernhard [et al.] // BMC Infectious Diseases. - 2011. - V. 11, - P. 173.

*Mirzoeva M.T., Isaeva M.S.*

### HERPES ZOSTER. CLINICAL COURSE OF THE DISEASE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

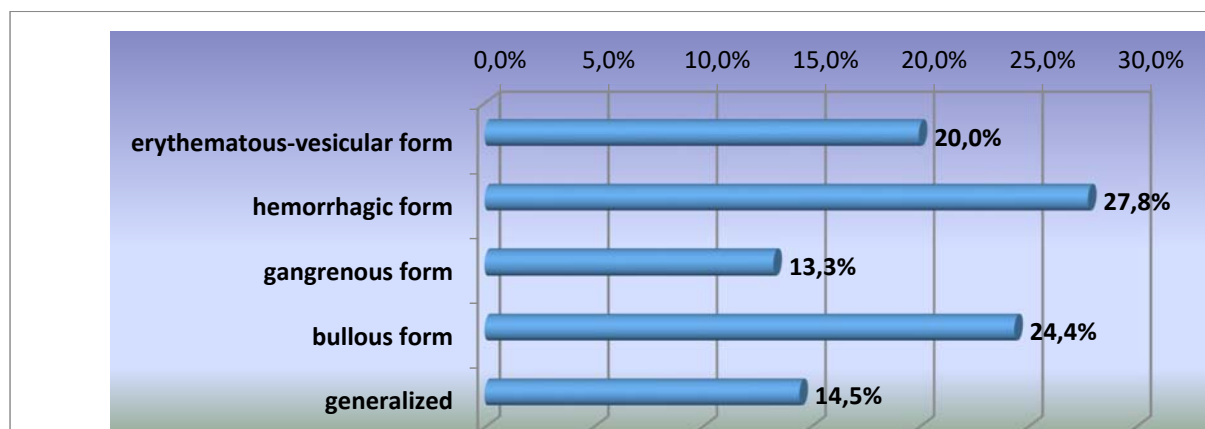
State Institution "Medical Center of the Executive Office of the President of the Republic of Tajikistan  
Department of Dermatovenereology, SEI "ATSMU"

**Relevance.** Herpes Zoster continues to be one of the urgent problems of modern medicine. The disease occurs among all age groups - from the first months of life to the elderly and senile [1]. Herpes Zoster is widespread in all countries of the world including the Republic of Tajikistan [2,3]. The clinical manifestations of Herpes Zoster are variable, therefore, the diagnostic and therapeutic tactics of doctors in relation to patients with Herpes Zoster are not unambiguous. Dermatitis is often diagnosed out of time, especially in the preherpetic stage and during the period of reconvalescence, which often leads to diagnostic errors, untimely therapy and a decrease in its effectiveness. Often, patients are hospitalized in infectious, therapeutic and neurological departments. In this regard, the study of the features of the clinical course of Herpes Zoster is very relevant.

**Purpose of the work:** to study the features of the clinical course of Herpes Zoster in Tajikistan.

**Material and research methods.** An in-depth clinical study was conducted in 90 patients with Herpes Zoster. All patients were hospitalized at the clinic for skin diseases in Dushanbe. The patients were between the ages of 5 and 85. Of the total number of sick men there were 52 (57.8%), 38 women (42.2%).

**Research results and their discussion.** The results of the study showed that out of 90 patients, 18 (20.0%) had erythematous-vesicular form of Herpes Zoster, 25 (27.8%) had hemorrhagic, 12 (13.3%) had gangrenous, 22 (24, 4%) - bullous and in 13 (14.5%) - generalized. All had primary disease (Fig. 1).



**Рис. 1. Распределение больных Herpes Zoster по клиническим формам болезни**

### Figure 1. Distribution of Herpes Zoster patients according to clinical forms of the disease

As can be seen from the figure, according to our data, bullous and hemorrhagic forms of dermatosis are more often recorded.

The overwhelming majority of patients were over 50 years of age (53.3%). The average duration of illness in most patients ranged from 12 to 15 days.

Urban residents accounted for 66.7%, rural residents - 33.3%.

An analysis of the study group based on professional employment showed that pensioners and those engaged in small businesses predominated among men (Fig. 2).

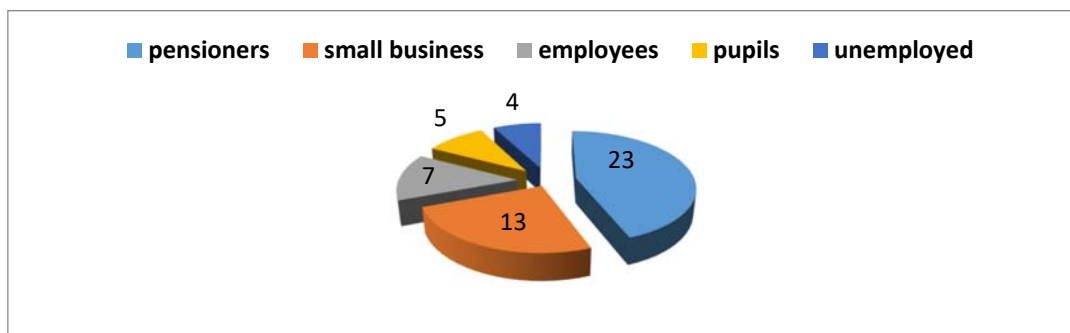


Figure 2. The contingent of sick men Herpes Zoster by social status

Housewives and retirees predominated among women (Fig. 3).

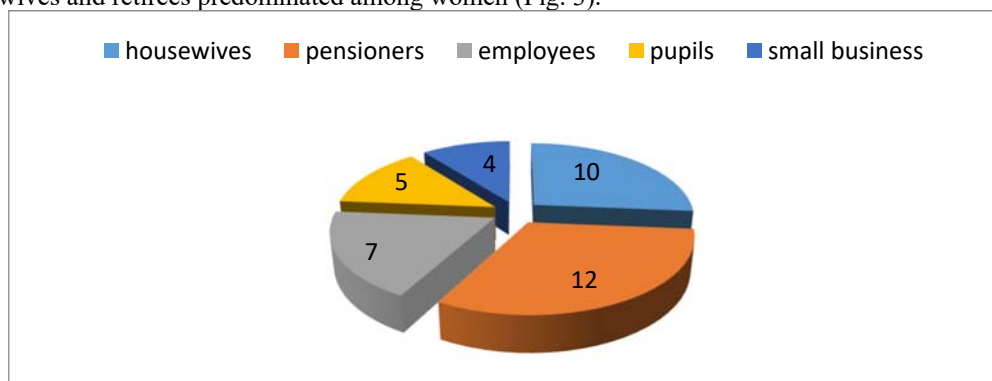


Figure 3. The contingent of sick women Herpes Zoster by social status

In all patients, the initial period was manifested by prodromal signs: severe pain, fever, malaise, burning, itching. The duration of the initial period varied from 1 to 3-4 days. Then rashes appeared.

In the erythematous-vesicular form of Herpes Zoster, the lesions were unilateral, along the nerve trunks, in the foci vesicles up to 1 cm in diameter with serous, in places purulent or hemorrhagic contents were observed, which tended to merge. The rash was noted against the background of bright erythema and edema.

In the hemorrhagic form of Herpes Zoster, edema with bright erythema was observed. Against the background of bright erythema and edema, there were many grouped vesicles, the diameter of the vesicles was 0.5 cm, the contents were serous - hemorrhagic. Many vesicles were eroded when opening. Erosions are covered with hemorrhagic crusts.

As for the generalized form of Herpes Zoster, the rashes were not limited to one zone of innervation and the nerve trunk, but spread to large areas of the skin, more often they were located symmetrically.

In patients with the gangrenous form of Herpes Zoster, pronounced edema and erythema were observed. Against this background, there were many grouped vesicles and bullae, their contents in places purulent, in places serous-hemorrhagic. Many elements, having opened, formed erosion and ulcers, covered with massive yellowish-brown crusts.

In the lesions in the bullosa form of Herpes Zoster, against the background of hyperemia and edema, there were many grouped bullae with a tense tire tending to fusion.

Thus, the results of our studies have shown that Herpes Zoster is more often registered in older age groups (53.3%). Men get sick more often than women (57.8% versus 42.2%). The hemorrhagic and bullous form of Herpes Zoster is clinically more common (52.2%).

### Literature

1. Cohrs R.J. Distribution of latent herpes simplex virus type - 1 and, varicella zoster virus DNA in human trigeminal ganglia / R. J. Cohrs, J.J. Laguardia, D. Gil-den // Virus Genes. - 2005. - Vol. 31, № 2. - P. 223-227
2. Kennedy P.G.E. Latent Varicella - Zoster virus in human dorsal root ganglia / P.G.E. Kennedy, E. Grinfeld, J.W. Gow // Virology. - 1999. - Vol. 258, № 2. - P. 451-454
3. Leung A.K. Herpes zoster in childhood / A.K. Leung, W.L. Robson, A.G. Leong // J. Pediatr. Health Care. - 2006. - Vol. 20, № 5. - P. 300-3

*Москаленко Светлана Валерьевна<sup>1,2</sup>, Шахматов Игорь Ильич<sup>1,2</sup>*  
**РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ОТВЕТ НА ГИПЕРКАПНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ  
МАКСИМАЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ  
ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия  
(656038, Барнаул, пр-т Ленина, 40), e-mail: rector@agmu.ru

<sup>2</sup>ФГБНУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины», Новосибирск, Россия (630117, г. Новосибирск, ул.  
Тимакова, 4), e-mail: iph@physiol.ru

**Актуальность.** Одним из вариантов развития гиперкапнической гипоксии (ГКГ) является длительное нахождение в небольших замкнутых помещениях, при неисправности кислородного обеспечения в кабинах летательных аппаратов и подводных лодках [1]. При этом ГКГ достаточно широко используется в медицине для лечения заболеваний нервной [2] и дыхательной систем [3], системы желудочно-кишечного тракта [4], а также для устранения тканевой гипоксии [5].

Известно, что адаптация к ГКГ вызывает ряд функциональных и биохимических изменений в организме, направленных, в конечном счете, на обеспечение увеличения доставки кислорода тканям. В данном процессе участвуют все органы и системы организма, в частности, система гемостаза [6, 7].

Установлено, что первичной реакцией системы коагуляционного гемостаза на однократную 20-минутную ГКГ (9–11 % O<sub>2</sub>, 7–8 % CO<sub>2</sub>) является гиперкоагуляция [6, 7]. Ранее было установлено, что при различных патологических воздействиях на поверхности эндотелиальных клеток индуцируется экспрессия тканевого фактора, что может способствовать гиперкоагуляционным сдвигам в системе гемостаза [8]. Однако более длительное воздействие характеризуется компенсаторным увеличением активности системы фибринолиза при сохранившихся антикоагулянтных резервах, что способствует уменьшению риска развития внутрисосудистого свертывания [6, 7].

Один из вариантов решения проблемы повышения устойчивости системы гемостаза к ГКГ - возможность применения тренировочных воздействий ГКГ. Преприкондиционирование, как способ формирования ишемической и гипоксической толерантности организма, является перспективным научным направлением в медицине. Возможна регуляция адаптивных реакций на воздействие гипоксии с помощью фармакологических препаратов, что позволяет проводить фармакологическое преприкондиционирование [9]. Стоит отметить, что в литературе имеется ряд работ, демонстрирующих, что тренировки гипоксией в сочетании с гиперкапнией обладают значительно большим, по сравнению с изолированной гипоксией, адаптогенным потенциалом [5, 10, 15]. Кроме того, возможно осуществление и фармакологической коррекции для повышения выживаемости животных [11], а именно использование антигипоксантов [12]. В исследованиях Д.В. Срубиллина и соавт. (2011) было показано, что антигипоксанты значительно увеличивают время жизни животных при использовании острой ГКГ [13].

Одним из антигипоксантов, широко используемых в отечественной медицине, является мексидол - эффект которого связан с активацией энергосинтезирующей функции митохондрий, способствующие доставке в дыхательную цепь энергетических субстратов, в данном случае сукцинат, и выполняющих роль срочного адаптационного механизма при гипоксии [14].

**Цель работы** - изучить адаптационные реакции системы гемостаза к ГКГ максимальной интенсивности у крыс, подвергшихся предварительному многократному воздействию мексидола и ГКГ субмаксимальной интенсивности.

**Материалы и методы.** Эксперименты выполнены на 80 крысах-самцах линии Wistar средней массой 246,0±32,0 г. Экспериментальные животные были разделены на 7 групп: группа интактных животных (n=20), три контрольные и три опытные группы по 10 крыс в каждой.

Интактная группа животных находилась на свободном пищевом рационе и не подвергалась каким-либо предварительным воздействиям. Остальные 6 групп (3 опытные и 3 контрольные) на протяжении 30 дней ежедневно подвергались: 1-я опытная группа – воздействию ГКГ в газовой среде, содержащей 9,0 ± 0,5 % O<sub>2</sub>, 7,0 ± 0,5 % CO<sub>2</sub> в течение 20 минут; 1-я контрольная группа - воздействию нормоксии в специальных камерах в течение 20 минут; 2-я опытная группа – введению внутривенно мексидола (50 мг/кг); 2-я контрольная группа - введению 0,9 % раствора NaCl в том же объеме; 3-я опытная группа – сочетанному воздействию ГКГ (9,0 ± 0,5 % O<sub>2</sub>, 7,0 ± 0,5 % CO<sub>2</sub>) в течение 20 минут и мексидол (50 мг/кг), 3-я контрольная группа - нахождению в условиях нормоксии в течение 20 минут в специальной камере с введением 0,9 % раствора NaCl в том же объеме, что и раствора мексидола у опытных групп. На 31-день, после завершения тренировочных режимов, все опытные и контрольные группы подвергались однократному тестовому воздействию – ГКГ максимальной интенсивности на протяжении 20 минут с концентрацией O<sub>2</sub> 5,0 ± 0,5 % и CO<sub>2</sub> 5,0 ± 0,5 %.

Для моделирования ГКГ использовали проточную камеру, в которую при помощи компрессора подавалась заданная смесь газов со скоростью 15 л/мин.

Тренировочный режим – ГКГ субмаксимальной интенсивности (9,0 ± 0,5 % O<sub>2</sub>, 7,0 ± 0,5 % CO<sub>2</sub> в течение 20 минут на протяжении 30 дней) для эффективной адаптации к ГКГ был выбран, исходя из литературных данных [15], тестовый режим – ГКГ максимальной интенсивности (5,0 ± 0,5 % O<sub>2</sub> и 5,0 ± 0,5 % CO<sub>2</sub> в течение 20 минут однократно), был подобран экспериментальным путем, исходя из предельно допустимых концентраций кислорода и углекислого газа, при которых ещё наблюдалась 100% выживаемость животных.

Контрольная группа также помещалась в камеру при аналогичных условиях, однако вместо газовой смеси компрессором нагнетался атмосферный воздух. Контроль газового состава камеры производили при помощи газоанализатора «Microlux O<sub>2</sub>+CO<sub>2</sub>» (ООО «Микролюкс», Екатеринбург, Россия).

С целью адаптации к условиям вивария все крысы помещались в стандартные условия содержания за неделю

до начала экспериментальных воздействий. Проведение экспериментов на крысах осуществляли в соответствии с Европейской конвенцией по охране позвоночных животных, используемых в эксперименте, и Директивами – 86/609/ЕЕС. Обезболивание и умерщвление животных проводили в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» [16].

Для коррекции гипоксических нарушений, кроме тренировочного режима ГКГ использовали фармакологический препарат - антигипоксиксид «Мексидол» (50 мг/кг) («Фармасофт», Москва). Препарат вводили экспериментальным животным внутривенно ежедневно в течение 30 дней, объем введения для каждой крысы был индивидуален и рассчитывался, исходя из массы тела. Дозы препаратов для крыс рассчитывали из расчета 5 мг на 100 г массы тела животного с применением констант биологической активности [17].

Кровь для исследования у опытных и контрольных животных забиралась сразу после окончания однократного воздействия ГКГ максимальной интенсивности по завершении 30-дневных предварительных тренировочных циклов.

Забор крови у всех групп животных выполняли на фоне наркотизации путём внутривенного введения раствора золазепама в дозе 5 мг/100 г. Кровь для исследования забирала из печеночного синуса в объеме 5 мл.

Комплекс методик, позволяющий оценить состояние системы гемостаза, включал исследование агрегационной активности тромбоцитов, коагуляционного звена гемостаза, антикоагулянтной активности и фибринолитической системы крови. В качестве реагентов для оценки системы гемостаза были выбраны диагностические наборы фирмы «Технология–Стандарт» (Россия) с использованием коагулометров «Минилаб» (Россия) и «Trombostat-2» (Германия). Подсчет количества тромбоцитов периферической крови проводился при помощи гематологического анализатора «Drew-3» (США). Определение агрегационной активности тромбоцитов осуществлялось при помощи агрегометра «Биола» (Россия). Уровень антитромбина III оценивался при помощи спектрофотометра «СФ-46» (Россия).

Все цифровые данные, полученные в ходе исследования, подвергались статистической обработке. Данные исследований представлены в виде  $Me [Q_{25}; Q_{75}]$ , где  $Me$  – медиана в выборочной совокупности;  $[Q_{25}; Q_{75}]$  – 25-й и 75-й перцентиль.

Исходя из того, что не все наблюдаемые признаки подчинялись нормальному распределению, достоверность различий оценивали при помощи непараметрического  $U$  критерия Манна-Уитни. Различия считались достоверными при уровне статистической значимости  $p < 0,05$ .

Для обработки и хранения полученного экспериментального материала создавали базы данных с использованием редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2010. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли при помощи программ математической статистики Jmp Statistical Discovery v 6.1.2 и Biostat 5.03 на персональном компьютере.

**Результаты.** Сравнительный анализ результатов исследования показателей системы гемостаза, зарегистрированных послетестового воздействия ГКГ максимальной интенсивности, которому подвергались животные по завершении 30-дневного тренировочного изолированного и сочетанного воздействий ГКГ и мексидола, приведен в таблице (см. табл.).

Для оценки эффективности того или иного адаптационного режима, используемого в данной работе, повышающего толерантность к ГКГ, необходимо знать, какое влияние на систему гемостаза оказывает однократная ГКГ максимальной интенсивности без предварительного тренировочного воздействия.

Ранее нами было установлено, что реакцией системы гемостаза на однократное 20-минутное воздействие ГКГ максимальной интенсивности являлась активация сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза на фоне активации фибринолитической системы крови [18]. В ходе описываемых в статье экспериментов выявлено, что в ответ на однократную ГКГ максимальной интенсивности, последовавшую сразу по завершении предварительного 30-кратного ежедневного цикла и изолированных воздействий ГКГ тренировочного режима (1-я опытная группа) были зафиксированы (по сравнению с контрольной группой) разнонаправленные изменения в сосудисто-тромбоцитарном звене системы гемостаза, что характеризовалось повышением количества тромбоцитов на 19 % ( $p < 0,001$ ) при снижении АДФ-агрегации тромбоцитов на 32 % ( $p < 0,001$ ). Однако, при сравнении показателей тромбоцитарного звена опытной группы по сравнению с интактными животными было установлено отсутствие достоверных отличий, что свидетельствует о нормализации данных параметров. Со стороны плазменного гемостаза (по сравнению с контрольной группой) регистрировалась гипокоагуляция по внутреннему и внешнему путям, а также на конечном этапе свёртывания. Эти данные подтверждались удлинением активированного частичного тромбопластинного времени (АПТВ) на 54 % ( $p < 0,001$ ), протромбинового времени (ПВ) на 6 % ( $p < 0,01$ ) и времени полимеризации фибрин-мономеров (ВПФМ) на 40 % ( $p < 0,01$ ). Концентрация фибриногена увеличивалась на 61 % ( $p < 0,001$ ), уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) снижался на 42% ( $p < 0,001$ ). Описанные изменения сопровождалось повышением антикоагулянтной активности на 6 % ( $p < 0,01$ ) и угнетением фибринолитической - на 20 % ( $p < 0,05$ ). По сравнению с показателями интактной группы у опытных животных был незначительно повышен (на 17 %) только уровень РФМК ( $p < 0,001$ ). Остальные показатели коагулограммы не отличались от исходного уровня.

Множественное изолированное применение мексидола (2-я опытная группа) и воздействие ГКГ максимальной интенсивности приводили (по сравнению с контрольной группой) к угнетению тромбоцитарного звена гемостаза - снижалась агрегационная активность тромбоцитов на 56 % ( $p < 0,001$ ). В показателях опытной группы в отличие от интактных крыс отмечалось угнетение сосудисто-тромбоцитарного звена (снижение на 13 % ( $p < 0,01$ ) количества тромбоцитов и на 44 % ( $p < 0,001$ ) – их агрегационной активности). В плазменном звене при сравнении опытной группы по сравнению с контрольной отмечалось увеличение времени свертывания по внутреннему пути - удли-

нение АПТВ на 16 % ( $p < 0,01$ ). В плазме крови было обнаружено снижение уровня РФМК на 32 % ( $p < 0,01$ ), повышение концентрации фибриногена - на 14 % ( $p < 0,01$ ). Наряду с этим, активность фибринолиза снижалась на 34 % ( $p < 0,01$ ). При сравнении данных с интактными животными со стороны плазменного звена регистрировалась гиперкоагуляция на конечном этапе свертывания, о чем свидетельствовало укорочение на 17 % ( $p < 0,01$ ) ВПФМ, а также было зафиксировано повышение на 43 % уровня РФМК ( $p < 0,001$ ) и угнетение на 18 % ( $p < 0,05$ ) спонтанного эуглобулинового фибринолиза.

Таблица

**Показатели системы гемостаза плазмы крови интактных животных и крыс после изолированного и сочетанного воздействий гиперкапнической гипоксии и мексидола (Ме [Q<sub>25</sub>; Q<sub>75</sub>])**

Показатель	Интактная группа (n = 20)	Ежедневное предварительное 30-кратное тренировочное воздействие + гиперкапническая гипоксия 5,0 ± 0,5 % O <sub>2</sub> , 5,0 ± 0,5 % CO <sub>2</sub> , 20 мин на 31-й день					
		Гиперкапническая гипоксия 9,0 ± 0,5 % O <sub>2</sub> , 7,0 ± 0,5 % CO <sub>2</sub> , 20 мин		Мексидол (50 мг/кг)		Гиперкапническая гипоксия 9,0 ± 0,5 % O <sub>2</sub> , 7,0 ± 0,5 % CO <sub>2</sub> , 20 мин + мексидол (50 мг/кг)	
		Контроль № 1 (n = 10)	Опыт № 1 (n = 10)	Контроль № 2 (n = 10)	Опыт № 2 (n = 10)	Контроль № 3 (n = 10)	Опыт № 3 (n = 10)
Содержание тромбоцитов, ×10 <sup>9</sup> /л	491,0 [468,0÷ 498,0]	434,0 <sup>###</sup> [426,8÷ 453,0]	515,0 <sup>***</sup> [510,0÷ 519,5]	436,5 <sup>##</sup> [427,5÷ 455,0]	427,5 <sup>##</sup> [418,3÷ 434,8]	437,5 <sup>###</sup> [429,0÷ 447,5]	480,0 <sup>**</sup> [469,8÷ 495,5]
Индукцированная АДФ-агрегация тромбоцитов, макс. значение	25,4 [23,6÷ 27,7]	31,8 <sup>#</sup> [30,7÷ 32,5]	21,7 <sup>***</sup> [20,2÷ 22,5]	32,3 <sup>###</sup> [31,6÷ 37,5]	14,3 <sup>***###</sup> [13,0÷ 15,7]	31,9 <sup>###</sup> [31,4÷ 33,2]	18,0 <sup>**</sup> [17,0÷ 18,5]
АПТВ, с	14,9 [14,2÷ 15,6]	10,0 <sup>###</sup> [9,6÷ 10,6]	15,4 <sup>***</sup> [15,0÷ 15,7]	10,5 <sup>###</sup> [9,9÷ 10,8]	12,2 <sup>**</sup> [11,5÷ 13,3]	10,8 <sup>##</sup> [9,8÷ 11,9]	16,0 <sup>**</sup> [15,7÷ 16,8]
Протромбиновое время, с	22,4 [21,7÷ 23,3]	20,0 <sup>###</sup> [19,3÷ 20,5]	21,2 <sup>**</sup> [20,6÷ 22,3]	21,4 <sup>##</sup> [20,4÷ 22,5]	22,2 [21,5÷ 22,3]	21,7 <sup>###</sup> [20,7÷ 22,3]	21,5 [20,6÷ 22,6]
ВПФМ, с	63,3 [58,6÷ 66,0]	44,9 <sup>###</sup> [42,4÷ 48,0]	62,8 <sup>***</sup> [60,6÷ 64,8]	45,2 <sup>###</sup> [42,5÷ 48,6]	52,3 <sup>##</sup> [51,5÷ 53,2]	47,3 <sup>###</sup> [45,6÷ 48,6]	67,1 <sup>**</sup> [65,5÷ 68,0]
Содержание фибриногена, г/л	2,9 [2,7÷ 2,9]	1,8 <sup>###</sup> [1,7÷ 2,0]	2,9 <sup>***</sup> [2,7÷ 3,0]	2,1 <sup>###</sup> [1,8÷ 2,2]	2,4 <sup>**</sup> [2,3÷ 2,6]	1,9 <sup>###</sup> [1,8÷ 2,4]	3,0 <sup>**</sup> [3,0÷ 3,5]
Содержание РФМК, мг/100 мл	3,0 [3,0÷ 3,0]	6,0 <sup>###</sup> [5,5÷ 6,5]	3,5 <sup>***###</sup> [3,5÷ 4,0]	6,3 <sup>###</sup> [4,8÷ 6,9]	4,3 <sup>***###</sup> [3,6÷ 5,3]	6,0 <sup>###</sup> [5,0÷ 6,9]	3,3 <sup>**</sup> [3,0÷ 3,5]
Антитромбин III, %	95,0 [92,6÷ 98,8]	92,5 [92,0÷ 94,0]	98,5 <sup>**</sup> [97,3÷ 99,4]	94,4 [93,6÷ 96,7]	94,3 [93,4÷ 95,2]	95,2 [93,7÷ 98,4]	107,1 <sup>***</sup> [104,3÷ 112,2]
Спонтанный эуглобулиновый фибринолиз, мин	600,0 [570,0÷ 630,0]	525,0 <sup>##</sup> [480,0÷ 592,5]	630,0 <sup>*</sup> [600,0÷ 652,5]	525,0 <sup>##</sup> [510,0÷ 540,0]	705,0 <sup>###</sup> [690,0÷ 720,0]	510,0 <sup>#</sup> [480,0÷ 562,5]	660,0 <sup>**</sup> [607,5÷ 90,0]

Примечание к таблице: обозначены статистически значимые отличия от соответствующих показателей группы контроля: \* – при  $p < 0,05$ ; \*\* – при  $p < 0,01$ ; \*\*\* – при  $p < 0,001$ ; отличия от соответствующих показателей интактной группы: # - при  $p < 0,05$ ; ## при  $p < 0,01$ ; ### - при  $p < 0,001$ . АПТВ - активированное парциальное тромбoplastическое время, ВПФМ – время полимеризации фибрин-мономеров, АДФ – аденозиндифосфат.

Предварительное совместное использование тренировочных режимов (3-я опытная группа) в ответ на экспериментальное воздействие ГКГ приводило к достаточно серьезным изменениям в системе гемостаза у группы опытных животных по сравнению с контрольными и интактными. Так, описываемое воздействие сопровождалось (по сравнению с контрольной группой) повышением количества тромбоцитов на 9 % ( $p < 0,001$ ) и снижением на 42 % их агрегационной функции ( $p < 0,001$ ). Со стороны свертывающей системы наблюдалось угнетение внутреннего механизма образования протромбиназы, на что указывало удлинение на 48 % АПТВ ( $p < 0,001$ ). На конечном этапе свертывания в опытной группе происходило удлинение на 42 % ВПФМ ( $p < 0,001$ ). Кроме того, по сравнению с контрольной группой наблюдалось повышение на 58 % концентрации фибриногена ( $p < 0,001$ ), снижение на 45 % уровня РФМК ( $p < 0,001$ ), повышение на 13 % уровня антитромбина III ( $p < 0,001$ ) и угнетение на 29 % системы фибринолиза ( $p < 0,001$ ). При сравнении данных опытной и интактной групп было установлено отсутствие достоверных отличий между показателями, характеризующими тромбоцитарное и коагуляционное звенья системы гемостаза. Однако, по сравнению с группой интактных крыс в группе опытных животных установлено лишь повышение уровня антитромбина III на 13 % ( $p < 0,01$ ) остальные же показатели коагулограммы возвращались под воздействием данного режима тренировок к исходному уровню.

**Заключение.** Из чего следует, что состояние системы гемостаза при тренировочном режиме применения ГКГ субмаксимальной интенсивности на протяжении 30-дней, а также при сочетанном воздействии ГКГ и мексидола

дола характеризуется полноценной нормализацией параметров и развитием адаптации со стороны системы гемостаза к данному виду стрессора.

Таким образом, 30-кратное курсовое применение мексидола приводит к развитию наиболее выраженных адаптационных резервов лишь в тромбоцитарном звене системы гемостаза, нормализация же остальных параметров в коагулограмме обусловлены действием гипоксического preconditionирования.

#### Список литературы

1. Малкова Я.Г., Кальченко Г. Использование различных моделей гипоксии в экспериментальной фармакологии. Молодой ученый. 2010; 3: 318-319.
2. Суховершин А.В., Пантин А.В., Суховершин Р.А., Кисарова Я.А., Куликов В.П., Беспалов А.Г. Восстановительное лечение больных неврастениями с применением гиперкапнической гипоксии в условиях бальнеологического курорта. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. 1 (52): 127-129.
3. Данилов А.Н., Лобанов Ю.Ф., Сероштанова Е.В., Белова О.Ю., Беседина Е.Б. Клиническое наблюдение за течением бронхиальной астмы у ребенка дошкольного возраста, тренирующегося в условиях гиперкапнической гипоксии на тренажере «карбоник». Современные проблемы науки и образования. 2013. 6: 594 – 603.
4. Печкина К.Г., Куликов В.П., Щербаков П.Л., Лобанов Ю.Ф. Лечение хронического эрозивного гастродуоденита у детей с использованием гиперкапнической гипоксии. Гастроэнтерология экспериментальная и клиническая. 2011. 1: 28-30.
5. Сенин И.П., Мишустин Ю.Н. Гиперкапническая тренировка как средство устранения тканевой гипоксии. Журнал ГрГМУ. 2006. 1:81-83.
6. Шахматов И.И., Вдовин В.М., Киселев В.И. Состояние системы гемостаза при различных видах гипоксического воздействия. Бюллетень СОРАМН. 2010. 2 (30): 131-138.
7. Schobersberger W., Hoffmann G., Gunga H. Interaktionen von Hypoxie und Hämostase – Hypoxie als prothrombotischer Faktor in der Höhe? Wien. Med. Wochenschr. 2005.155: 157–162.
8. Кузник Б.И. Клеточные и молекулярные механизмы регуляции системы гемостаза в норме и патологии. Чита: Экспресс-издательство. 2010: 832.
9. Новиков В.Е., Левченкова О.С., Пожилова Е.В. Preconditionирование как способ метаболической адаптации организма к состояниям гипоксии и ишемии. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. 1 (17): 69-79.
10. Беспалов А.Г., Куликов В.П., Лепилов А.В. Тренировки с гипоксической гиперкапнией как средство увеличения толерантности головного мозга к ишемии. Патология кровообращения и кардиохирургия. 2004. 3: 60-64.
11. Москаленко С.В. Система гемостаза у крыс при изолированном и сочетанном воздействии мексидола и гипоксической гипоксии с использованием метода тромбоэластографии. Фундаментальные и прикладные исследования. 2016. 27: 34-43.
12. Стратиенко Е.Н., Петухова Н.Ф. Поиск средств фармакологической коррекции гипоксических состояний. Вестник Брянского государственного университета. 2012. 4 (2): 232-234.
13. Срубиллин Д.В., Еникеев Д.А., Мышкин В.А. Антирадикальная и антиоксидантная активность комплексного соединения 5-окси-6-метилурацила с янтарной кислотой и его эффективность при гипоксических состояниях. Фундаментальные исследования. 2011. 6: 166-170.
14. Яснецов В.В., Смирнов Л.Д. Эффективность новых производных 3-гидроксипиридина, обладающих антиоксидантной активностью, при различных видах гипоксии. Труды международной конференции Биоантиоксидант. Москва. 2006: 292—293.
15. Куликов В.П., Беспалов А.Г., Якушев Н.Н. Эффективность гиперкапнической гипоксии в повышении толерантности головного мозга к ишемии. Вестник восстановительной медицины. 2009. 5: 22-31.
16. Council Directive of 24 November 1986 on the Approximation of Laws, Regulations of the Member States Regarding the Protection of Animals Used for Experimental and Other Purposes Directive (86/609/EEC). Official Journal of the European Communities L. 262: 1–29.
17. Хабриев Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. Москва:издательство ОАО Медицина. 2005: 832.

*Mukhamadiyeva Z.A.*

#### SOME DIFFICULTIES OF MEDICAL TRANSLATION

Department of foreign languages of SEI “Avicenna Tajik state medical university”. Tajikistan

**Relevance.** Currently, medical translation is becoming more and more popular, both in the pharmacological and medical markets. A huge number of people prefer to be treated abroad, rather than in their native country, numerous clinical studies are being conducted. The correctness of the translated medical text often depends on the life of the patient. Medical transfers do not forgive mistakes. Some such mistakes are caused by incorrectly translated histories of patients' illnesses and incorrectly translated medical contractions.

**Purpose of the study.** Comparison and translation of some medical terms or phrases that give incorrect meanings.

**Material and research methods.** Today, there are a lot of translators who offer a medical translation service, including people who simply know a foreign language well. What is the peculiarity of medical transfer? Can all people who speak the language at the proper level really translate medical topics? Discussions are also very frequent in various translation forums on the topic: "Who should translate medical texts by a doctor or translator?" There is no definite answer to this question.

**Study results and discussion.** Any bilingual individual can act as a medical interpreter. It is believed that any person

who speaks two languages can act as a medical translator. Of course, in a critical situation, the role of a translator can be taken by anyone who can somehow help clarify the situation. However, in the case of a pre-planned communication situation, it is more advisable to use the services of a professional medical interpreter. Only a competent specialist will be able to perform high-quality translation, take responsibility for the work done, comply with professional ethics and protocols and smooth out the cultural differences between communicants, thereby allowing each of them to feel as comfortable and natural as possible.

Translators believe that they can work without medical education, and doctors often claim that it is not necessary to graduate from a linguistic university in order to translate texts of specialized topics. However, it is obvious that along with good knowledge of native and foreign languages, the translator must have some of the skills and skills that are necessary for such translations. The translator should fully understand the context and specifics, and at the same time set out the material in sufficient detail and as much detail as possible.

In this case, if the translator is not a doctor, at least a basic understanding of medicine is necessary, if it is a question of translating the topic of "medical equipment" it is necessary to have minimal knowledge in the technical field. On translating medical reports, it is necessary to take into account whether this text is intended for patients or for doctors. In the first case, the translation must be adapted by deciphering incomprehensible terms and abbreviations.

In translations for doctors, the use of terminology, generally accepted medical abbreviations and Latin names is permissible. It is important to know the norms and rules in the field of medicine in the country of the source text and the country of the language studied. On translating oral conversations between a doctor and a patient, in addition to the knowledge and skills of the above factors, it is important to take a neutral position. In this situation, the translator should support the doctor in his explanations and help the patient when asking questions to the doctor. In my opinion, the basis of a successful conversation between a doctor and a patient with the help of an interpreter is: attention, understanding, good translation style and the ability to hear and listen.

If doctors try to avoid complex medical terminology in an oral conversation with a patient, then various difficulties often arise when translating written medical reports. Some translators translate too verbatim, for example: CT of the abdomen - translated as КТ живота, instead of CT of the abdominal organs КТ органов брюшной полости, MRT of Cranium, where doctors often mean brain MRI, translated as skull MRI, formation (образование) is often translated as education, although this word is used in another meaning, for example, education at school, at university and etc. [1, p.152], but in case of medicine it has the meaning as the *formation* of a cancer.

In order to learn how to translate such expressions, it is necessary to expand the lexical reserve by reading the discharge epicrisis of doctors and the source language. Working in tandem with a doctor, especially at the beginning of the journey, is simply necessary. Be sure to analyze the errors that the doctor corrected you, ask questions, discuss. In this case, it is important to be able to recognize the inaccuracies of your translation and try to improve them in the future. It is necessary to translate not words, but meaning, while remaining faithful to the original, proceed from the usual wording, not to let the syntax of a foreign text violate the syntax of the phrase in Russian.

Very often there are words, the so-called "False Friends" of the translator or inter-language homonyms - a pair of words in two languages, similar in spelling and/or pronunciation, often with a common origin, but differing in meaning. Public Health – Здравоохранение (не Публичная здоровья) [3, p.249], Angina – стенокардия(не ангина), Early death – преждевременная смерть (не ранняя смерть), Physical examination – медицинский осмотр (не физический осмотр), Normal/abnormal findings – результат рентгенографии: без патологий/с патологией (не нормальный/ненормальный), Active/inactive TB – открытая/закрытая форма туберкулеза (не активная/неактивная), to catch smallpox - заразиться оспой (не схватить) [3, p.245] .

The functions of the medical interpreter are to help overcome not only the language, but also the socio-linguistic barrier in communication between the patient and medical staff. Thus, the translator should be aware of the national specifics of the health system, the existing rules and standards of medical care, the functions and duties of medical personnel, etc. It is interesting to note that while the translation of the necessary medical documents tends to turn to professionals, in a situation of oral communication, it is not uncommon for a person with a high level of proficiency in both languages but no special training to play the role of mediator in the doctor-patient dialogue. However, just bilingualism is not enough. In view of the lack of knowledge of the specifics of the area in which he has to work, it is easy to make a mistake. And a translation error can turn into a medical error, with serious consequences. We believe that the situation of the interaction of the "doctor-patient" has its own specifics.

A similar sound/spelling of medical terms is not always an indicator of his belonging to the "false friends of the translator" and in this term a similar term "outwardly" really corresponds to, which is a direct correspondence. This is often due to the general origin of medical terms, the source is usually Latin, and borrowings from modern languages also take place. For example: Epilepsy – эпилепсия, Dermatitis – дерматит, Psoriasis – псориаз, Anemia – анемия, Thrombocytopenia – тромбоцитопения.

Morphological transformation during translation: Infectious disease – инфекционные заболевания, Migraine headaches– мигрень, Allergies– аллергия, Chlamydia (infection) – хламидии.

Addition reception: Weight history – история изменения веса, Endocrinology – эндокринологические заболевания, Neurological – неврологические заболевания, Skin – кожные заболевания, Hematology – гематологические заболевания, Gastrointestinal – желудочно-кишечные заболевания, Respiratory – респираторные заболевания, Asthma – бронхиальная астма, High cholesterol – повышенное содержание холестерина в крови, Psychological – психологические расстройства, Cancer – онкологические заболевания, Oxygen – медицинский кислород, Presenting problems – существующие проблемы со здоровьем, Abdomen – исследование области живота [1, p.153].

Descriptive translation: Current medical condition – состояние здоровья на момент поступления в клинику, Reason for seeking evaluation today – причины обращения, Psychiatric admission – служба помощи людям с психическими



заболеваниями, Prenatal classes – занятия для будущих мам.

Multiple meaning id est - polysemanticism of the term within a specific area of use in medicine: Follow-up – до обследование; повторный прием, Tape – медицинская лента; видео/аудио урок для борьбы с лишним весом, Session – осмотр; процедура Consistent correspondences when translating medical terminology: Congestive heart failure – сердечная недостаточность, on a regular basis – регулярно, clinical record form – история болезни стационарного больного. The following conclusions can be drawn from the analysis.

**Conclusions.** During translating medical documentation, you first need to remember that most medical forms have analogues or similar forms in the translating language. Thus, existing documents should be compared and translation adapted to the existing one. It is also necessary to take into account the similarities and differences between Anglo and Russian-language documents. English-language documents are distinguished by an abundance of information, which is provided mainly in the form of a questionnaire, that is, questions with answers. There are also a number of documents that are partially or entirely filled out by the patient himself, which is not typical of Russian-speaking analogues. Nevertheless, a significant number of English-language forms have unambiguous correspondence of sections in forms in Russian. Of particular importance is the problem of translation of lexical units. The most extensive group of vocabulary related to translation difficulties is abbreviations. The number of "false friends of the translator" is also significant. Among the most frequent methods of translation is descriptive translation and addition reception. It should not be forgotten that, despite the abundance of "false friends" medical forms often use terms that have direct correspondences in the translating language.

#### **References:**

1. Smetanina-Baldwin Yu. V. Communicative hedging tactics in the modern English-language discourse "doctor - patient" /Yu. V. Smetanina-Baldwin//Bulletin Pyatigorsk. state lingu. un. - 2009. - No. 3 (July-September). - S. 151-154
2. English. The textbook for medical schools and medical specialists. I.Yu. Markovina, Z.K. Maximova, M.B. Weinstein — Geotar-Med, 2013.-336.
3. Essential English for medical students. A.M.Maslova, Z.I. Winestein, L.S.Plebeyskaya, Geotar-media, 2015.-367.
4. Essential English for medical students (bachelor). Z.A.Mukhamadiyeva, S.K.Khamroeva. Dushanbe 2018. -191p.

*Mukhamadiyeva Z.A.*

#### **FEATURES OF TRANSLATION OF SOME MEDICAL TERMS**

Department of foreign languages of SEI "Avicenna Tajik state medical university". Tajikistan

**Relevance.** The problem of translation errors in the circles of the philological and translation society has been for many years. Translation is defined as the transmission of text content in one language by means of another language. It is impossible to deny the fact that in the translation of medical texts such errors can be human life, which imposes great responsibility on the medical translator, and the requirements for the quality of work of such a specialist are much higher than for the work of translators in other areas. In medical translation, the accuracy and rigor of the language come to the fore, the semantic differences of any kind, the possibility of a dual interpretation of the text are excluded; inaccuracy in the interpretation of special terms is unacceptable. Consequently, the translation of medical texts involves a number of difficulties and problems. One of the most pressing problems in the field of medical translations is the problem of the quality of the translation performed. As already noted, in addition to the ability to correctly speak the language and linguistic knowledge, the translator must have a significant amount of knowledge on certain medical topics.

**Purpose of the study.** In this report, we will try to explain some mistakes of translation in medical science.

**Material and research methods.** It should not be forgotten that there are several approaches that explain the essence of the problem under consideration. So, as an error, only the so-called "semantic distortion" can be considered, that is, a distortion of the meaning in which the corresponding statement or passage of the text will be misunderstood. Other shortcomings of the text are perceived only as stylistic errors, the role of which in the semantic structure of the text is very small [1, p.32]. In practice, there are usually two main types of translation errors: 1) errors arising under the influence of the native language, 2) errors whose causes are rooted in the structure of the foreign language itself. In the first case, we can talk about inter-language interference, in the second case we are dealing with intra-language interference. However, speaking of types of errors, it is also worth highlighting errors of a logical, lexical, stylistic nature, that is, to associate the type of error with the level to which the phenomenon belongs when translating which error is made. So, the logical level is the deepest, correlated with the sphere of human thinking. As for syntax and lexical levels, they belong to the language system, and the stylistic component determines the nature of the selection of units of different language levels [2, p.516].

The consideration of translation from the point of view of linguistics as a science clearly revealed the impossibility of achieving the absolute identity of the content of the original and the translation. The linguistic originality that any text possesses its semantic and meaningful orientation towards a specific language team with its own "background" knowledge and features of culture and historical development - all this cannot be completely "recreated" in another language. In this regard, translation does not imply the creation of an identical text, and the absence of such an identity is not proof that translation is impossible. If any elements of the translated text are lost during translation, this does not mean that the text is accordingly not translated. It is logical that it is possible to detect such a loss only when the text has already been translated and the translation is compared with the original. Cases where the peculiarity of the original cannot be reflected in translation are an example of a particular manifestation of the general principle of non-identical content of two multilingual texts.

It should be noted that the translation does not lose its communicative significance and performs the same functions as the text of the original, despite the lack of identity. There are elements of meaning in the content of the statement, which are "imposed" on the message by the semantics of language units, but do not matter to it. The translation of medical texts, often replete with specific concepts and terms, at the present stage is extremely popular, but at the same time almost the most difficult, requiring a high qualification of a translator.

The translation of medical texts implies that the specialist has extensive background knowledge, understands the meaning of the text and is able to work painstakingly and carefully with numerous dictionaries and glossaries, accurately checking each term. It should be noted that the availability of background knowledge in the translator of medical text is an essential and most serious requirement, the neglect of which can often lead to curious consequences. E.M. Solntsev identifies a number of specific problems that specialists face when translating medical texts in general and terms, in particular. Among the most important problems, according to Solntsev, we note: - the synonymy of terms, which in the environment of thermal scientists is considered undesirable and is considered as a reason for doubt about the terminology of lexical units. The researcher emphasizes that the medical community often opposes the standardization of medical terms, and with respect to some proposed options, we can talk about some failure linguistically. It is noted that the prospect of eliminating synonymy in the near future is extremely unlikely at the moment, since innovations in this area are being introduced slowly.

From our practice of teaching English our students which do many mistakes in their translations, for example: *face* (physiognomy); *person* (individual; personality), образование *education* is means elementary, secondary, university/higher education; *formation* (buildup, creation, establishment, origination, formation, forming, generation), язык – language (speech, conversation), *tongue* - is the soft movable part inside the mouth which one use for tasting, eating, and speaking; *joint* – (сустав) – (объединённый, соединённый, совместный), ткань- (fabric, material) – (tissue), кисть – (brush)- (finger), сердечный (warm)- (cardiac), examine- обследование – экзамен and etc.

The number of terms in modern science is steadily growing, many of them are very contradictory intertwined with each other; in addition, science has many conflicting schools and hypotheses, which leads to serious difficulties in translating medical terms. This problem is so acute for specialists in the field of medical translation that among them there is even a popular opinion. Sometimes the best way to make a medical text understandable to doctors is not to translate it at all, that is, to leave specific terms in the original language, without subjecting them to any transformations. For example, abscess, biopsy, chronic, contusion, epidermis, venous, cardio, gastro, osteo, medicine, doctor, clinic, temperature [3.p.186], remission, spastic [3.p.206], nervous, gastritis, epigastric, discomfort, symptom, carcinoma and etc.

Every student of medicine is required to study and memorize a list of prefixes, suffixes, and root words, gradually filling in their road map to the human body as they become more familiar with medical terminology. For example, *un-* - untreated, *sub-* - subfebrile, *over-* - overdosage [3.p.194]; *intra-* -intracellular, intracranial, intramuscular, intravenous[3.p.157]; *-less* – painless, harmless, *-full* – painfull, harmful and etc.

There are many medical abbreviations as: ESR - erythrocyte sedimentation rate; BMI - Body mass index, a measure of body fat based on height and weight; BP - Blood pressure; CPR - Cardiopulmonary resuscitation, a life-saving technique that's also called mouth-to-mouth resuscitation; ED/ER - Emergency department or emergency room; EKG - Electrocardiogram, a way of monitoring the heart and testing for problems; HR - Heart rate, expressed as beats per minute; OR - Operating room where surgeries are performed; Psych - Refers to psychiatry or the psychiatric ward; PT - Physical therapy, a type of treatment to help patients move and feel better.

Abbreviations are sometimes extremely difficult to understand and translate. Despite the presence of dictionaries of medical abbreviations, many abbreviations found in the medical text can be of an occidental nature, that is, be invented by the author of the text. Such abbreviations are not part of dictionaries and pose a serious problem when translating.

There are some terms that are international in nature and are a great help in the work of the translator. This situation is explained by the fact that most terms in the field of medicine are borrowed from the classical languages - Greek and Latin - and either slightly changed when moving to other languages, or retained their original sound. For example, *cancer* (Lat.) – рак (Rus.); *oxygenium* (Lat.) - кислород (Rus.) and etc.

As we know many surgical procedure names can be broken into parts to indicate the meaning. The term *pericarditis* for example, is used to describe inflammation in the outer layer of the heart. We can break the term down into three component parts: peri-card-itis, and each part of the word tells us something about the condition. The prefix *peri* means *surrounding*, the root word *card* means *heart*, and finally *-itis* means inflammation. The term *pericardiectomy*, *peri* means “surrounding,” the root word *card* means “heart,” and the surgical terminology suffix *-ectomy* was taken from Greek *εκ-τομια* = *act of cutting out* or an *appendectomy* is the surgical removal of the *appendix* it is also known as an *appendicectomy* means surgical removal of something, usually from inside the body. By changing the prefix and suffix, the medical term can be used to describe a different heart condition. For example, *bradycardia* means slow heart rate. In this case, the three parts of this term are: *brady* – card – *ia*. The new prefix is *brady* which means *slow* and *ia* which is translated to *a condition or state* that have a meaning of *slow heart rate* and etc.

Medical terminology is the language used to describe components and processes of the human body, medical procedures, diseases, disorders, and pharmacology. Simply put, it is the vocabulary that medical professionals use to describe the body, what it does, and the treatments they prescribe. The words within this system usually have prefixes, root words, combining vowels, and suffixes. These elements are combined to create specific terms that help describe various conditions of the human body. For the health care professional, it is imperative that precision is used in the way patients' physical conditions and diseases are described. Modern medical terms and terminology provides such precision and specificity. It facilitates effective communication and correspondence between physicians across borders and from different parts of the world. In addition, medical terminology is used in universities of medicine and other areas of the health sciences. A system of words, medical terminology can contain a prefix, root word, a combining vowel and a suffix to create medical terms. Medical terms describe medical aspects and diseases. Specific locations on the body are indicated by prefixes. The meanings of medical terms change with different beginnings and endings. Medical terms can contain multiple root words, combining vowels etc. A physician must be very precise when dictating a term. If a letter or word is misused or inadvertently changes, the result could be unnecessary tests and appointments. In addition, an unnecessary treatment or an incorrect diagnosis could occur. The rules that specify how the multitude of roots, prefixes, and suffixes can be combined are generally based in Latin.

## References:

1. Buzadzi, D.M. A new view on the classification of translation errors /D.M. Buzadzi, V.V. Gusev, V.K. Lanchikov, D.V. Psurtsev - Moscow, 2009. - 118 p.
2. N.K. Garbovsky. Translation theory: textbook and workshop for academic undergraduate studies / N.K. Garbovsky. - 3rd ed., Correct and additional - M.: Publishing House Yurite, 2018. - 387 p.
3. Essential English for medical students. A.M.Maslova, Z.I. Winestein, L.S.Plebeyskaya, Geotar-media, 2015.-367.
4. Essential English for medical students (bachelor). Z.A.Mukhamadieva, S.K.Khamroeva. Dushanbe 2018. -191p.

*Mukhamadieva Z.A., Najmiddinova D.M.*

## THE DEFINITIONS OF SOME MEDICAL TERMS AND THEIR CHARACTERISTIC DIFFERENCES

Department of foreign languages of SEI  
“Avicenna Tajik state medical university”. Tajikistan

**Relevance.** Translation is a complex and multifaceted type of human activity. Although they usually talk about translating from one language to another in reality, in the process of translation, there is not just a replacement of one language with another. The main requirement for translation is accuracy and completeness. No thought of the author should be missed or distorted. Depending on the type of translation, the consequences of changing the meaning of the original source can be supplemented differently, up to causing harm to human life, if we are talking, for example, about translation in medicine.

**Purpose of the study.** In this report, we will try to explain some definitions and translation of some medical terms and the group of words.

**Material and research methods.** The translator of scientific and technical literature should have a good knowledge not only of the relevant languages and topics, but also of scientific thinking, logical categories of a particular industry, including medicine. From this also follows the possibility of identifying the main specific laws of translation of scientific and technical literature, which provide the main task of translation - clear and clear information. Moreover, it can be argued that in some cases the translation of the scientific and technical text should be superior to the original. This paradoxical statement is quite valid and follows as a natural consequence of two requirements for the translator of scientific and technical literature:

- a) the translation must be accurate, i.e. transmit exactly what is contained in the original - no more, no less;
- b) there should be clarity and clarity in the translation - regardless of the degree of clarity of the original.

**Study results and discussion.** Theoretically, this is possible only within any one narrow specialty, for example, cardiology, traumatology, gynecology or ophthalmology. The translation must know the language which he/she does translation from one into another language. Undoubtedly, one can face the most difficulties during translation of medical topics. Symptoms of the disease, diagnosis, treatment regimens and rehabilitation measures, accompanying documents for medicines and medical equipment constitute an area where approximation of wording, inaccuracy of terms is unacceptable. It is a language of rigid forms and cliches, precision and asceticism. The translated material should contain carefully verified medical terminology in order not to be the cause of inaccurate diagnostics, incorrect interpretation of the achievements of science, and, as a result, a gross error in professional activity.

Nevertheless, qualitative translation of medical texts which has a complex terminology that is necessary for this knowledge of the features and classification of terms, the methods of their formation and the end of the methods of translation. Medical terms are characterized by such features as the presence of definition, maximum abstraction, lack of expression, stylistic neutrality, correlation with special concepts and strict logic. To correctly translate the term, it is important to know its word-forming and morphological structure. Their main classification by structure:

1. *Simple terms consisting of a single word:* **anemia** (a condition marked by a deficiency of red blood cells or of hemoglobin in the blood, resulting in pallor and weariness) – анемия - камхунӣ; **brain** - головной мозг - мағзи сар [2.p.154]; **health** (the state of being free from illness or injury) – здоровье - саломатӣ; **heart** – сердце – дил; **flu** (flu is an illness which is similar to a bad cold but more serious, it often makes you feel very weak and makes your muscles hurt) – грипп – зуком [3.p.43]; **germ** - зародыш, эмбрион; зачаток; зародиться; патогенный микроорганизм; возбудитель инфекции - ьанин, ьанин; рудия; пайдо шудан; микроорганизми патогенӣ; агенти сироятӣ;

**nerve** – нерв; асаб; **palate** (the roof of the mouth, separating the cavities of the mouth and nose in vertebrates) – ком, сақфи даъон; **ileum** (the third portion of the small intestine, between the jejunum and the caecum) - подвздошная кишка – рӯдаи кавора, дарозрӯда; **sepsis** – сепсис - сепсис (the presence in tissues of harmful bacteria and their toxins, typically through infection of a wound); **spine** – позвоночник, позвоночный столб – сутунмӯъра; **skeleton** (skeletal system, osseous system) - скелет, костная система - скелет, системаи устухон; **tumor** (a swelling of a part of the body, generally without inflammation, caused by an abnormal growth of tissue, whether benign or malignant) – опухоль - варам; **toxemia** (blood poisoning by toxins from a local bacterial infection) - отравление крови - захролудшавӣ аз хун; **tract** (системаи узвҳо- a system of organs) – тракт - аъзо [1.p.86].

2. *Complex terms, consisting of two words that are written together or through a hyphen:* **backbone** – позвоночник, позвоночный столб – сутунмӯҳра [2.p.87]; **collar-bone** – ключица – сутунмӯҳра; **forearm** - предплечье – кифт; **hepatocellular** - печеночно-клеточный, гепатоселлюляр [2.p.190], гепатоцеллюлярный – гепатоселлюлярӣ; **gall-bladder** (the small sac-shaped organ beneath the liver, in which bile is stored after secretion by the liver and before release into the intestine) - желчный пузырь - масона талха; **cardiomuscular bradycardia** – брадикардия, обусловленная поражением миокарда - брадикардия аз сабаби зарари миокард; **headache** (a continuous pain in the head) - головная боль - дарди сар; **stomachache** (pain in the stomach or abdominal region, as from acute indigestion)- боль в желудке - дарди меъда; **cardio-vascular** (means relating to the heart and blood vessels) - сердечно-сосудистый - дилу рағҳо [3.p.61]; **cholecystitis** (inflammation of the gall bladder) - холецистит, воспаление желчного пузыря - холесистит, илтиҳоби пӯсти ғалладона;

**anti-bacterial** (active against bacteria) – антибактериальный – антибактериалӣ; **endocarditis** (inflammation of the endocardium) – эндокардит, воспаление эндокарда - илтиҳоби эндокард;

**hemorrhage** (is the loss of a large amount of blood in a short time (hem/o means blood, and-rrhage means abnormal excessive fluid discharge). This term also means to bleed. - кровотечение; кровоизлияние – хунравӣ.

3. *Multi component terms with three or more words:*

**cardiodynamic profile of mitral insufficiency** - кардиодинамическая характеристика митральной недостаточности, хусусиятҳои кардиодинамикии регургитацияи митралӣ; **cardiopulmonary bypass** (of or relating to the heart and the lungs) - искусственное кровообращение - гардиши сунбӣ; **immune adhesion test**- реакция иммунного прилипания - ақсуламали иммунӣ; реакция иммуноагглютинация; **immune deposit disease** - болезнь с иммунными наслоениями, бемории кабаати масунӣ;

**immune fluorescence method** - иммунофлуоресцентный метод, усули иммунофлуоресценция;

4. *Terms consisting of several components:*

**cerebellopontodorsal tract**- мозжечково - понтодорсальный путь - роҳи мағзи сар -понтодорсалӣ; **cardiopulmonary resuscitation** (an emergency measure to revive a patient whose heart has stopped beating, in which compressions applied with the hands to the patient's chest are alternated with mouth-to-mouth respiration) - восстановление сердечной деятельности и дыхания - барқарорсозии фаъолияти дил ва нафаскашӣ; **cardiorenal hypertension**- реноваскулярная артериальная гипертензия - гипертония артерияи реноваскулярӣ; **electrocardiogram** the parts are: electr – o – cardi -o –gram, which has the meaning *electricity*, -o- vowel, *cardi* - heart, o - vowel, and the suffix -gram means *record*, it is a medical term which means *the record of the electricity in the heart* i.e. a record or display of a person's heartbeat produced by electrocardiography – электрокардиограмма – тасвири графикаи кори дил; **pericarditis** (the three parts of this term are: peri – card – itis, *peri*- means *surrounding*, -*card*- means *heart*, and the suffix -*itis* is *inflammation* so, the term *pericarditis* have the meaning of an inflammation surrounding the heart - перикардит (воспаление перикарда) - перикардит (илтиҳоби перикард).

**bradycardia** means slow heart rate, it has three parts: brady – card – ia, prefix *brady*- means *slow*, -*card*- means *heart*, suffix -*ia* have the meaning of *a condition or state*, which means *slow heart rate* – брадикардия, т.е. пониженная частота сердечных сокращений – брадикардия, яъне паст шудани набзи дил.

**Conclusions.** Coming out of this, one can distinguish such main ways of translating medical terms: transcoding (transcoding transcription, transliteration i.e. the text transfer in one alphabetical system by means of another alphabetical system); tracing; descriptive translation; translation with variant correspondence; translation equivalent.

It should be noted that in recent decades, linguistic literature has increasingly focused on the problems of learning the language of science as a special functional style and the category of language. Of course, this is primarily due to the progress of scientific knowledge, the development of new independent scientific directions, which are impossible without the exchange of information both within a certain language team and at the level of international contacts.

#### Reference

1. A.M.Maslova Essential English for medical students/ Z.I. Winestein, L.S.Plebeyskaya// Essential English for medical students. Geotar-media. Moscow. - 2015.-367.
2. I.Yu.Markovna, English /Z.K. Maximova, M.B. Weinstein//Textbook for medical universities for medical specialists. Moscow. - 2011.-C.366.
3. Z.A.Mukhamadieva Essential English for medical students (bachelor)/ S.K.Khamroeva //Essential English for medical students (bachelor). Dushanbe. - 2018. -191p.

*Mukhamadieva Z.A., Najmiddinova D.M.*

#### TRANSFORMATIONS OF SOME MEDICAL TERMS DURING THE TRANSLATION

Department of foreign languages of SEI “Avicenna Tajik state medical university”. Tajikistan

**Relevance.** In this article, we attempted to identify the transformation of characteristic features of some terms, more precisely medical terms in the general sense. Medical terms are used in the field of medicine and clinical settings that need to be used to accurately describe and define them. In addition, since the language of medicine is international, most terms are of Greek or Latin origin and their sound in various languages is almost identical. For example: cartilage, ligament, lumbar (relating to the lower part of the back), vertebra, coccyx, substance [1.p.61] and etc.

It is also a language of rigid forms and clichés, accuracy and asceticism. The translated material should contain carefully verified medical terminology, so as not to be the cause of inaccurate diagnostics, misinterpretation of the achievements of science, a gross mistake in professional activity. Having learned the style in general, we focused on terms, in particular medical terms, which are an integral component of the scientific and technical style in the field of medicine. And finally, we tried to directly identify the specifics of the translation of medical terms from English into Russian and Tajik.

**Purpose of the study.** Namely, we considered the classification by the structure of the medical term and their definitions since it needs to be known in order to avoid inaccuracies in translation.

**Material and research methods.** As for the translation of scientific and technical literature, this is a complex, painstaking, independent work, the fruit of intensive research work in the field of language and specific specialty. To carry out such work, it is desirable that the translator has extremely high qualifications, is fluent in the language of scientific and technical literature, both original and translation.

**Study results and discussion.** Due to some differences in the grammatical structures of two or three languages, it is necessary to use various kinds of transformations during the translation. Transformations carried out during translation are divided into four elementary types:

- permutation (a way, esp. one of several possible variations) - *formation, joint, examine, determine, involve, urgent* and

etc. [2.p.127];

- replacement (it means that the second thing takes the place of the first) – *intestinal absorption, temperature increase, digestive juices, acute pain, oral cavity, health protection* [1.p.37], *brain concussion, myocardial infarction, emergency station, heart failure* [3.p.110] and etc.;
- addition (you can use in addition when you want to mention another item connected with the subject you are discussing) – *family physician, lower extremity, upper extremity, connective tissue, radiated muscle* and etc.;
- exception (an exception is a particular thing, person, or situation that is not included in a general statement, or rule) - these types of transformations can be combined with each other, while acquiring the character of complex, complex transformations – *to lie under traction, plaster of Paris, infection of morphia* [3.p.132], *medical certification* and etc.

During translation you should not neglect consultations with specialists in a particular field of medicine, because without a special education you can always make a mistake and provide an inaccurate or incorrect translation of the term.

In any case, the translation of medical terms requires the translator to be sufficiently aware of the relevant field of knowledge and to comply clearly with the language in which the term is translated.

This article revealed and studied the features of the scientific and technical style in English. We got acquainted with its emergence and development, which is directly related to the development of different fields of scientific knowledge, different spheres of human activity. It is allocated the norms of the English written language with certain specific characteristics that underlie the style of modern English scientific and technical literature. Having learned the style in general, we focused on terms, in particular medical terms, which are an integral component of the scientific and technical style in the field of medicine. And finally, we tried to directly identify the specifics of the translation of medical terms from English into Russian.

Namely, we considered the classification by the structure of the medical term, since it needs to be known in order to avoid inaccuracies in translation and then according to the classification, we identified several methods of translation.

Here are the definitions and their differences and diversity of different concepts:

- The language style is "a kind of language used in any typical, social situation - in everyday life, in the family, in the formal business sphere, etc. - and differs from other varieties of the same language in the features of vocabulary, grammar and phonetics".
- Terminology is the core of the scientific style, the last, innermost circle, leading, and the most significant sign of the language of science.
- The term is a verbal designation of a concept included in the system of concepts of a certain field of professional knowledge.
- Medical terminology is a system of concepts denoting the conditions and processes that occur in the human body, diseases and their manifestations, methods of diagnosis, prevention and treatment of diseases, remedies, medicines and etc.
- Medical translation is the translation of texts and materials from such fields as medicine, pharmaceuticals, biology, biochemistry, ecology, medicine, medical equipment, etc.

**Conclusion.** Thus, the growth of terminology and the problem of its internationalization become very relevant. And this is explained by the fact that science does not stand still, the scientific and technical revolution is progressing at the speed of light, which ultimately leads to a huge increase in information in all areas of knowledge and scientific activity which involves the emergence of an immense number of new concepts and their names.

The peculiarity of the terminology is designed to serve a narrow special sphere. The medicine terminology is very extensive and each of the fields of medicine has its own private micro system. A feature of modern medical terminology is the appearance at once of a group of single-root, two-root or more words that have a medical direction testifies to living processes not only in the language of medicine, but also in the language as a whole.

#### Reference

1. A.M.Maslova Essential English for medical students/ Z.I. Winestein, L.S.Plebeyskaya// Essential English for medical students. Geotar-media. Moscow. - 2015.-367.
2. I.Yu.Markovna, English /Z.K. Maximova, M.B. Weinstein//Textbook for medical universities for medical specialists. Moscow. - 2011.-C.366.
3. Z.A.Mukhamadiyeva Essential English for medical students (bachelor)/ S.K.Khamroeva //Essential English for medical students (bachelor). Dushanbe. - 2018. -191p.
4. York: Oxford University Press, 2010. - 410 p. 16. Webster's New World Medical Dictionary. 3rd edition. - Hoboken,

*Mukhamedova I.G., Parpiev F.M., Mirzakarimov U.M., Majidov A.A.*

#### RECONSTRUCTIVE-RECOVERY TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOMYELITIS OF THE SHIN

Department of Traumatology, Orthopedics and Military surgery of ATSMU, Tajikistan

**Relevance.** Analysis of domestic and foreign literature has shown that many issues in the treatment of chronic osteomyelitis remain unresolved. Thus, the problem of filling, substitution of bone tissue defects arising from purulent-inflammatory processes has always been urgent. In order to reduce the possibility of developing relapse and to replenish the formed bone defect in purulent cavities, various types of plastic grafts, that have osteoconductive and osteoinductive effects are currently used. The study of the application of these methods is relevant and served as the basis for the performance of this work.

**Purpose of the study.** To analyze the effectiveness of bone auto - and xenoplasty in the surgical treatment of chronic osteomyelitis of the shin.

**Materials and research methods.** The paper considers the analysis of treatment of 127 patients aged 17 to 60 years and above for the period from 2014 to 2015. All patients underwent inpatient treatment at the NMC-RT in the orthopedic

department for chronic osteomyelitis of the shinbones. According to the retrospective analysis of case histories, 106 (82.8%) patients and 21 peroneal (16.4%) patients were noted among persons suffering from various forms of chronic osteomyelitis with tibia damage. There were 104 (73.5%) men, 24 (26.5%) women, aged 17 to 60 and above. All patients underwent radical surgical treatment of the osteomyelitis focus followed by replacement of the bone cavity.

**Research results.** According to the localization of tibia lesion in 46 (35.9%) patients, the osteomyelitis focus was observed in the upper third of the diaphysis. Moreover, in 15 (%) patients there was a simultaneous involvement of the metaepiphysis. Localization of the process in the condyles was in 25 (19.5%) patients, in 17 (13.2%) cases - in the distal tibia. In the central location of the cavities and well-preserved skin on the anterior surface of the lower leg, minor bone defects at all levels, without the threat of a pathological fracture, plastic (part of the ilium wing or fibula) was performed autograft in 86 (67.1%) patients, xenograft in 14 (10.9%).

The formation of large or periarticular bone cavities in 28 (21.8%) patients contributed to the implementation of combined plastics. At the same time, in 23 (17.9%) patients, the latter method was performed by the combined use of autologous bone with a xenograft. In 5 (3.9%) cases with a lack of bone tissue resources, the presence of extensive scars and fistulas in the proximal and middle third of the tibia, the operation was supplemented with muscle plastic. The gastrocnemius tissues muscle were used to replace the defect.

An early indicator of the effectiveness of treatment was the nature of the healing of the soft tissue wound. Healing of postoperative wounds by primary tension occurred in 74 (86%) patients with bone autoplasty, 11 (65%) patients with xenograftplasty and in 21 (75%) with combined types of plastics.

On studying long-term results, good results were observed in 50 (48.1%) patients who underwent bone grafting, in 12 (70.9%) patients with xenograftplastics and in 24 (70.9%) cases - with the combined use of auto- and xenograft. Analysis of clinical and X-ray material at various times of the postoperative period and the study of the structural foundations of interstitial integration showed that in using a xenograft, reparative-adaptive processes on the side of the bone bed are slowed down due to the tight fit of the plastic material, making it difficult for the germination of vessels and the development of newly formed bone tissue. On using an autograft, after 4 months, there was a restoration of the cortical layer of bone which was not inferior in density to adjacent bone areas, a decrease in the bone cavity with signs of callus formation in the area of the graft.

As a result of the study, it was confirmed that bone autoplasty, like xenoplasty, are effective methods for replacing osteomyelitis cavities. Xenograft plastic surgery can be an alternative low-traumatic method of filling medium and large bone cavities.

**Conclusion.** Thus, in the surgical treatment of patients with tibial osteomyelitis, bone auto-, xeno- and combined types of plastics provide positive results, realizing the potential capabilities of bone tissue. The correct choice of the type of plastic surgery allows obtaining positive results in 90% of cases, which gives the right to recommend the studied methods of bone plastic surgery in chronic osteomyelitis of the lower leg for practical use.

#### Literature:

1. Amiraslanov Y.A. Possibilities of using reconstructive and restorative operations in patients with osteomyelitis // Y.A. Amiraslanov, I.V. Borisov. - National Congress "Plastic Surgery": collection of materials. - Moscow, 2011. - M., 2011. --P. 121-123.
2. Batakov E.A. Topical issues in the treatment of chronic osteomyelitis. // E.A. Batakov. Samara Medical Journal. - 2006. - No. 1-2. - P. 79-80.
3. Zaitsev A.B. Reconstructive treatment of patients with lower leg osteomyelitis: abstract of a thesis ... doctor of medical sciences / A.B. Zaitsev. - Nizhny Novgorod, 2009. --32p.
4. The results of using different types of bone cavity replacement in the surgical treatment of patients with chronic osteomyelitis / S.A. Linnik [and others]. // Fundamental research. - 2012. - No. 7 (part 1). - P. 100-105.
5. Nikitin G.D. Surgical treatment of osteomyelitis / G.D. Nikitin [and others]. // S.Pb. - "Russian graphics".

*Najmiddinova D.M.*

## FORMATION AND DEVELOPMENT OF STUDENTS' COMMUNICATIVE COMPETENCE IN ENGLISH LESSONS

Department of foreign languages of SEI "Avicenna Tajik state medical university" Tajikistan

*"A high culture of spoken and written speech, good knowledge and sensitivity of the native language, the ability to use its expressive means, its stylistic variety are the best support, the most faithful help and the most reliable recommendation for each person in his social and creative activities." (V.V. Vinogradov).*

**Relevance.** Learning a foreign language is one of the main elements of the system of professional training of specialists. Knowledge of a foreign language in the professional sphere is necessary to be a competitive person in the labor market. Today, students need to use their knowledge in active practice, be able to work with information in a foreign language and apply it in their practice, which is one of the most important qualities of a highly qualified specialist.

**Purpose of the study.** The purpose of teaching a foreign language is the formation and development of communicative competence which means a set of language knowledge, skills, and skills that allow you to perform foreign language speech activities in accordance with the language norms of the language being studied. The formation and development of communicative competence is one of the most important aspects of teaching English.

**Material and research methods.** Competence in translation from Latin means a range of issues in which a person is well aware, has the ability, knowledge and experience. Communicative competence is the knowledge of complex communicative skills and skills, the formation of adequate skills in new social structures, knowledge of cultural norms and restrictions in communication, knowledge of customs, traditions, and etiquette in the field of communication [2.p.18].

**Study results and discussion.** During the entire period of teaching a foreign language, students form and develop



communicative competence, the components of which are:

- linguistic competence, that is, knowledge of a certain vocabulary of lexical, syntactic rules and the ability to use them to build coherent statements;
- Socio-linguistic competence, that is, the ability to use and transform language forms based on the situation of communication (context of who communicates with whom, about what, where, for what purpose, etc.), which determines the choice of language forms;
- discursive competence, i.e. the ability to perceive and generate a statement in communication;
- Strategic competence, i.e. the ability to resort to a communication strategy, verbal and non-verbal, to compensate for unfamiliar language material;
- sociocultural competence, that is, the desire to enter into communication with others, self-confidence, which involves putting yourself in the place of another, as well as knowledge of social relations in society and the ability to navigate them.

For the fruitful implementation of pedagogical activities, it is necessary to start with thinking and compiling syllabus (program) timing (overtime plan) work, since it serves as the basis for any work.

Syllabus and timing is a kind of foundation, and not only has the result of training depended on it, but also the guarantee of the teacher's self-confidence [3.p.6].

The basis of planning activities is design skills. The level of possession of these skills largely depends, I think, on the success of our professional activities.

Despite the fact that the lessons are planned in the textbook, in timing (overtime plans) and instructions are given to them in the book for the teacher and the task for the students, in reality everything is as follows:

- the textbook is designed for a certain average version of the group, and in our specific conditions the groups are not similar to each other. Students are different, their competence, ability and of course fundamental knowledge of the phonetic, lexical, grammatical rules of the vocabulary foundation, each student;
- no matter how the authors think about their textbook, live practice will always make something change in it.

Planning each lesson, I proceed from the main methodological principle of teaching a foreign language - the principle of communicability, which involves such an organization of the learning process, in which the main features of the real process of the communication culture of each student are simulated. As a result, students master the necessary minimum culture of speech skills and skills, that is, competencies, in order to use a foreign language as a means of communication within the subject and educational material provided for by the program and existing textbooks [2.p.22].

The communicative method is intended primarily as a means of teaching cultural speech. Speaking, being one of the types of human activity, serves in life as a means of communication.

Communication can take place both orally and in writing.

Oral communication assumes that a student must have two means of communication - speaking and auditing as types of speech activities. Writing and reading are required in writing.

Speaking is an expression of one's thoughts. This is the activity of one person, but at the same time, communication is always interaction with other people. Therefore, it is impossible to teach speaking without teaching communication, without creating speech conditions in the lessons.

Communicative competence is formed and developed in various types of speech activity, which is carried out both orally and in writing. In teaching foreign languages, practical speech (dialogues, openings, arguments) is one of the necessary components, since most of the spoken language is occupied by them (about 80%). Without these abilities and skills, it is impossible to conduct a full-fledged communication. Practical speech is based on an exchange of opinions, advice, and cues. During it, there is a constant switch from listening to speaking, i.e. from perception, forecasting, understanding to planning and generating your own speech.

Students must master the stock of practical and dialogical unities such as "question-answer", "advice", "suggestion (request) - response", vary the lexical and grammatical content of these unities, combine and transfer them to a new situation.

The most widely used forms of communication in various industries include dialogue, discussion, and conversation. Dialogue is a two-way exchange of information between people both in public and through mass media. In a broader sense, it is a horizontal transfer of information, in which the Communicator and the recipient take an equal part.

Discussion is a type of argument as a verbal contest. Debate – a public discussion of a controversial issue. Dispute – participate in a dispute, a public discussion on an issue. Debate – arrange a debate or debate on an issue. Debate – arrange a debate or debate on an issue. To argue is to participate in the debate, to publicly raise objections, refuting someone's views, opinions, expressing and defending their own point of view.

**Conclusion.** Thus, if a discussion is a public dispute in order to achieve the truth by comparing different opinions, then a polemic is a public dispute in order to defend one's point of view and refute the opponent's opinion. A conversation is a question – and-answer collective form of discussing various problems with a specific goal. Forms of communication include such as written, oral, and visual (we will discuss their content later). Various forms and types of communication are combined by communication functions. Let's look at them in more detail in the next question. In this article, I considered exactly about Dialogic (discursive, debut) speech as you know, in the methodology of teaching a foreign language, there is a method of teaching Dialogic (discursive) speech:

- 1) deductive (the "top-down" path, i.e. from the General to the particular)
- 2) inductive (the "bottom-up" path, i.e. from the particular to the General).

With the deductive approach, learning begins with a whole dialogical sample, which is a reference for building similar dialogues. The sample dialog consists of several dialogical units (phrases-clichés), the possession of which allows communication participants to pay more attention to the construction of new utterances, analogues of which are absent in the speaker's language experience. When teaching dialog speech, all forms of construction of affirmative, interrogative and negative sentences should be worked out. For the formation and development of speech competencies, abilities, this is carried out in

the choral pronunciation of speech units. Everyone is involved, the fear of insecure students is removed so that they can then express their opinions, during independent work I divide my students into groups and by topic group dialogues are held, discursive discussions where everyone tries to express their opinion and Supplement. In my lessons, I use an interactive method in which my actions are carried out with students and they are on their own. Another method is that, at the beginning, the entire dialogue is listened to using technology, in sound recording, or in my performance, and then I use questions to check the understanding of the dialogue. Then the dialog is listened to again base on the printed text and its reading is practiced. At home, students memorize the dialogue and play it back from memory. Next, I suggest new words to students for substitution, or students do it themselves. To teach students Dialogic speech using a sample text, I suggest that they do the following exercises and, of course, learn an active lesson vocabulary, where words are found and used in the dialogue, and create their own dialogues, openings, discussions in groups or in pairs.

#### Reference

1. Solovova, E. N. methods of teaching a foreign language: basic course of lectures: a guide for students of pedagogical universities and teachers / E. N. Solovova. – M: Enlightenment. – 2016.
2. Andreassian I.M. Innovative technologies mastering foreign language communication // Language Society in Belarus. - 2016 - № 2. - p.18-22.
3. Babinskaya P.K. Communicatively-oriented language training // Language Society in Belarus. - 2010 - № 4. - p.3-7.

*Najmiddinova D.M.*

### COMPETENCE-BASED APPROACH IN FOREIGN LANGUAGE CLASSES

Department of foreign languages of SEI  
“Avicenna Tajik state medical university”, Tajikistan

**Relevance.** Eloquence has been honored at all times. In different countries, during the highest upsurges of the culture of peoples, a science appeared about the mastery of speech, communication, persuasion by word.

**Purpose of the study.** The use of a competence-based approach in foreign language lessons. The subject of the research is the formation of the basic competencies of students - future medical workers in the process of learning a foreign language.

**Material and research methods.** Professional training of students of a medical university in the framework of the humanitarian cycle of disciplines.

Based on the purpose, object, subject and research, the following tasks were set:

1. Define the main ideas of the competence-based approach.
2. Analyze the essence of the concepts of "competence" and "competence".
3. Identify key competencies.
4. Outline the ways to implement the competence-based approach in teaching English.

Study results and discussion. The importance of proficiency in a foreign language lies in the fact that it raises the level of humanitarian education of students, contributes to the formation of the personality and its social adaptation to the conditions of the constantly changing multicultural world. Thus, it is difficult to overestimate the importance of mastering the types of speech activity at the university for everything that follows. This is a tool for his self-development, what makes possible his self-education, socialization, his further cognitive and personal development.

The beginning of the 21st century clearly shows that the processes of forming a new information environment, integrating Tajik education and the Tajik economy into the international system not only have a significant impact on the development of vocational education, but set a completely new level of requirements for the training of specialists, for the development of their true competitiveness.

For Tajik education, such problems as preservation of orientation towards the information-knowledge model and insufficient personal orientation of the educational process still remain.

Define the main ideas of the competence-based approach.

2. Analyze the essence of the concepts of "competence" and "competence".
3. Identify key competencies.
4. Outline the ways to implement the competence-based approach in teaching English. [1-25p]. This is possible only when education becomes a personally meaningful student activity.

Currently, in the context of the development of a new economy, in which mobile and highly qualified human capital becomes the main resource, a new education system is being established in Tajikistan. Important goals of education should be the development of students' ability to act and be successful, the formation of such qualities as professional universalism:

- competence combines the intellectual and skill components of education; the concept of competence includes not only cognitive and operational-technological components, but also motivational, ethical, social and behavioral; it includes learning outcomes (knowledge and skills), a system of habits [1-57p].
- the concept of "competence" is a procedural concept.
- the competence-based approach arose from the need to adapt a person to frequently changing technologies in production. Competence is the ability to change in oneself what should change as a response to the challenge of a certain situation while maintaining a certain core of education: a holistic worldview, values;
- competence describes the potential that manifests itself situationally, therefore, can form the basis for assessing only delayed learning outcomes. [1,28 p].

Competence - possession, possession by a person of the appropriate competence, including his personal attitude towards her and the subject of activity. Shifting the ultimate goal of education from knowledge to “competence” allows solving a problem



typical for Tajik education, when students can master a set of theoretical knowledge well, but experience significant difficulties in activities [2-24p]

Key competencies: The problem of selecting key (basic, universal) competencies is one of the central ones for updating the content of education.

1. Value-semantic competences. These are competencies in the field of worldview associated with the student's value orientations, his ability to see and understand the world around him, navigate in it, realize his role and purpose, be able to choose target and semantic settings for his actions and deeds, and make decisions.

2. General cultural competences. The student must be knowledgeable, have knowledge and experience of activities in matters of national and universal culture, spiritual and moral foundations of human and human life, cultural foundations of family, social, social phenomena and traditions, everyday and cultural and leisure spheres.

3. Educational and cognitive competencies. This is a set of student competencies in the field of independent cognitive activity, including elements of logical, methodological, general educational activity, correlated with real cognitive objects.

4. Information competencies. With the help of real objects (TV, tape recorder, telephone, fax, computer, printer, modem, copier) and information technologies (audio-video recording, e-mail, mass media, Internet) skills are formed independently to search, analyze and select the necessary information, organize, transform, save and transfer it.

5. Communicative competencies. Includes knowledge of the required languages, ways of interacting with people around and distant people and events, skills in working in a group, possession of various social roles in a team [3-17p].

6. Social and labor competencies mean the possession of knowledge and experience in the field of civil and social activities (fulfilling the role of a citizen, observer, voter, representative), in the social and labor sphere (rights of a consumer, buyer, client, manufacturer), in the field of family relations and duties, in matters of economics and law, in the field of professional self-determination.

7. The competencies of personal self-improvement are aimed at mastering the methods of physical, spiritual and intellectual self-development, emotional self-regulation and self-support.

General competences include: existential competence, ability to learn, Communicative language competence, includes: linguistic component (lexical, phonological, syntactical knowledge and skills), sociolinguistic component, pragmatic component (knowledge, existential competence and skills and know-how relating to the linguistic system and its sociolinguistic variation) [3-21 p].

Educational and cognitive competence.

The implementation of this competence has something in common with the technology of developmental education, the formation of skills in educational activities. The moment of joint goal-setting should be present in every lesson.

Information competence.

Teaching a foreign language provides enough opportunities to develop this competence. Today, computers have become part of the everyday life of most students, they have access to the Internet, use e-mail, and this is already a vital need for them.

Communicative competence.

Work on this competence realizes the most important function of teaching a foreign language - the communicative one. First of all, each person should be able to declare himself: introduce himself, communicate certain information about himself, etc [2-63p].

In writing, the formation of communicative competence can be talked about when a student is able to fill out a questionnaire, having provided the necessary information about him, can write a letter.

Social and labor competence.

Social and labor competence is inextricably linked with communicative competence. Mastering communicative competence means mastering various social roles. Therefore, the ability to conduct a dialogue, guided by their social roles is a very important skill that is formed throughout the entire process of learning a foreign language.

**Conclusion:** Consequently, the competence-based approach must be applied both on the scale of the entire educational process of an educational institution, and in the teaching methodology for individual disciplines. The contribution of the "foreign language" discipline to the formation of students' personal competencies is great, since today a foreign language goes beyond a purely academic subject and becomes an instrument for the formation of a specialist of a new formation, ready for self-education, creativity and capable of comprehending the cultural heritage of the country of the language being studied, correlating it with the native culture and its place in the world historical context.

#### References:

1. Andreev A. Knowledge or competence? // Higher education in Russia.-2005.-№2.-C.3-11
2. Bermus A.G. Problems and prospects for the implementation of the competence-based approach in education. -<http://www.eidos.ru/journal/2005/0910-12.htm> Zimnyaya I.A.
3. Key competencies are a new paradigm of educational outcomes. -OE Lebedev. Competence approach in education. -<http://www.nekrasovspb.ru/publication/cgi-bin/publ.cgi?event=3&id=22> L.O. Filatov. Competence-based approach to the construction of educational content as a factor in the development of the continuity of school and university education // Additional education.-2005.-№7.-P.9-11.
4. A.V. Khutorskoy. Definition of general subject content and key competencies as a characteristic of a new approach to the construction of educational standards ". -[Http://www.eidos.ru/journal/2002/0423.htm](http://www.eidos.ru/journal/2002/0423.htm)

## IMPROVING THE LANGUAGE CULTURE OF STUDENTS IN THE LESSONS OF THE ENGLISH LANGUAGE

Department of foreign languages of SEI  
"Avicenna Tajik state medical university", Tajikistan

**Relevance.** Eloquence has been honored at all times. In different countries, during the highest upsurges of the culture of peoples, a science appeared about the mastery of speech, communication, persuasion by word.

**Purpose of the study.** The goal is not for the student to know as much as possible, but to be able to act and solve problems in all situations. The priority means for this are the culture of speech and the culture of communication. Mastering language, speech is a necessary condition for the formation of a socially active personality.

**Material and research methods.** Learning to speak clearly and grammatically correctly, to have a well-tuned voice, to express one's own thoughts in a free creative interpretation in oral and written form, to be able to express one's emotions by various intonation means, to observe speech culture and to develop the ability to communicate is necessary for everyone. Therefore, I consider the development of speech activity one of the most important tasks at the present stage of teaching students. The subject of the research is ways of developing the speech activity of students in English lessons.

**Study results and discussion.** Speech is a broad sphere of human activity. For the development of speech activity, the following levels of work are distinguished: 1. Pronunciation level - pronunciation work is planned in three directions: technique - it includes correct breathing, diction; orthoepy - optimization of the practical assimilation of the orthoepic norms of the English literary language by students; intonation is a sound means of language, with the help of which the speaker and the listener select the utterance and its semantic parts in the flow of speech. In conclusion, I would like to note that teaching the types of speech activity is a condition for the successful educational activity of a student within any educational field. Thus, it is difficult to overestimate the importance of mastering the types of speech activity at the university for everything that follows. This is a tool for his self-development, what makes possible his self-education, socialization, his further cognitive and personal development. In accordance with the above, the goals were determined: study the state of the problem in theory and practice [3-20p]:

- to reveal the role and importance of speech activity in the educational process;
- to determine the extent to which the formation of speech activity in primary school is realized.

E. Sapir, calling speech the historical heritage of the collective and the "product of long-term social use", approaches the explanation of the Reformed, but at the same time he claims that speech is not a simple activity, but "an extremely complex ... system of adaptive reactions in the brain ... organs of articulation and hearing, aimed at achieving the ultimate goal of communication", that is, gives a definition of what Saussure meant by speech activity [4-36p]. Sapir does not consider speech acts in detail and does not even introduce such a concept [2-32 p].

An extensive group of borrowed words is made up of the terms of modern office work, computer and information technology. There is no need to use many loan words. However, the names of new technology, everyday words are disseminated through the media; reports are created by journalists, containing a mixture of borrowed, vernacular and slang words.

Linguo-aesthetic analysis of a literary text helps to master the norms of the English literary language, the accuracy of expression in accordance with communicative consistency, and the acquisition of skills in constructing rich speech. As a teacher of English and literature, as well as a person who is sensitive to the culture of the Russian people, to the language, as a representative of this rich culture, reflecting all its features, it is not enough for me to have knowledge of linguistics and literary studies. My need is to spread knowledge and thus improve the General culture, in particular the language culture, of native English speakers has been working as a teacher since 2002. After meeting the students I was to teach, I found that, regardless of good academic performance, high potential, learning ability, and creativity, they have a low language culture.

The language of the students is a mixture of linguistic layers of irregular speech (jargon, vernacular) with literary units of the language; their texts are replete with crude-expressive lexemes and simplified syntactic constructions. Eloquence, the ability to speak correctly, expressively and accurately has always been a necessary part of a personality's culture [2-15p].

For centuries, it has historically established, consolidated and accumulated, as in a treasury, the cultural traditions of the people, the achievements of masters of the word, under whose influence the speech and linguistic consciousness of all native speakers of the English language were formed.

Pedagogical foundations of the formation of speech culture The attraction of literary texts as samples is necessary, since in the process of working on the culture of speech, the influence of dialectisms, common words, jargon, clericalism, verbal cliches, excessive borrowings duplicating common English words interferes. In school practice, considerable attention is paid to teaching correct speech in the field of grammar and spelling. But it is important to teach speech skills, the ability to choose the most stylistically accurate, justified, expressive, intelligible language version [3-41p]. Today the socio - economic situation in the country is reflected in the general state of the sphere of culture and education.

But in recent years, a new trend has emerged: in connection with the increasing importance of education, in society, familiarization with cultural values has become one of the ways to achieve the intellectual development of the individual, strengthen its authority, success in achieving social provisions. The study of the development of the culture of speech in the conditions of school practice allows us to state the presence of contradictions between the importance of the task and the insufficient theoretical and methodological development of the problem, the lack of proper attention to it; the discrepancy between the goals facing the teachers of the English language and literature and the attitude towards these subjects in practice. The presence of these contradictions made it possible to formulate the main problem of the study as determining the conditions for the development of the culture of students' speech in the process of linguo-aesthetic analysis of literary texts on the basis of the interaction between the study of the English language and literature as the art of the culture of speech is an integral part of a person's personal characteristics [1-52p]. Possession of a high culture of speech is an important condition for the

professional success of an individual. Wrong, primitive speech can have a detrimental effect on the assessment of a young person's professional activity. The culture of speech is a complex and multifaceted phenomenon, therefore, in the process of research, I considered several areas of scientific knowledge: issues of the culture of speech from the point of view of pedagogy, psychology of speech, psychology of education, aesthetics, linguistics, literary criticism, cultural studies. The basis for the formation of a high culture of speech is the idea of a speech ideal, a model existing in the human mind, in accordance with which normative rich speech develops.

Authentic speech patterns for students are literary artistic texts, which should be considered as works of art, where the model will be primarily the narration of the author himself [5-10p.].

The creation of a model for the formation of the culture of speech of students in the process of linguo-aesthetic analysis of a literary text was carried out on the basis of the harmonious development of the aesthetic consciousness of students

Fiction is the art of words. Everything that is accessible to thought is accessible to the word, and all spheres and areas of reality are accessible to thoughts. In recent decades, styles of language and styles of speech have been intensively studied, especially in works of fiction.

At present, it is possible to achieve a high position in society only by having a sufficient knowledge of the culture of speech. Speech and aesthetic culture are closely interrelated. Aesthetic culture as a highly developed ability of an individual regulates all forms of social activity of an individual in specific circumstances of life, emotional culture helps people to collect and evaluate information, manifesting itself in the content and form of actions and actions.

**Conclusion.** The study identified the features of the art of speech as a source of the formation of a culture of speech, the development of thinking, linguistic consciousness, the personality of a modern schoolchild in general, theoretical and practical possibilities for the further development of the personality of students were revealed by forming their culture of speech as a pedagogical means of their moral and aesthetic education.

At the end of the last academic year, characterized by continuous work to improve the speech culture of students, the diagnosis of the state of the language of students and their feelings of patriotism was repeated. It can be argued that the work done has given good results. It is noted:

- a meaningful approach to the educational process,
- passion for the history of the language and respect for this representative of English culture,
- the ability to objectively assess the current state of the language,
- the ability to analyze linguistic phenomena, to assess them,
- the readiness to use their speech abilities to the fullest in any communicative event,
- awareness of the importance of a clean and beautiful language for preserving the culture of

#### **References:**

1. Formanovskaya N.I. Communication culture and speech etiquette. - M.: Ikar, 2002 p.-58.
2. Lvov M.R. Fundamentals of speech theory. - M.: Academy, 2003. P-15
3. Raisky S.I. Work on speech errors in statements and compositions. - M.: Bustard, 2006 p-36: 41
4. Rosenthal D.E., Golub I.B. Stylistics secrets. Good speech rules. - M.: Iris press, 2004.p-20;36
5. Murashov A.A. A culture of speech. - M., 2003. P-10

*Najmiddinova D.M.*

### **FORMATION OF SOCIO-CULTURAL COMPETENCE IN THE PROCESS OF VOCATIONAL AND LANGUAGE TRAINING OF SPECIALISTS IN INTERCULTURAL COMMUNICATIONSOME DIFFICULTIES OF MEDICAL TRANSLATION**

Department of foreign languages of SEI  
"Avicenna Tajik state medical university", Tajikistan

**Relevance.** The modern stage of development of society is characterized by increased attention to improving the process of education and upbringing.

**Purpose of the study.** The competitiveness of a person in the modern labor market, according to experts, largely depends on his ability to acquire and develop skills, skills and competencies that can be used in relation to a number of situations. Knowledge that is theoretical in essence and encyclopedic in breadth, which for a long time was the main goal of the educational process, is now becoming a means.

The competence-based approach to teaching is manifested in the development of a new activity for the subject, when he acquires the ability to perform non-algorithmic (new for the student) actions.

**Material and research methods.** Competence is an immediate result of education, expressed in the mastery of students with a certain set of methods of activity. Since it is impossible to master an activity (as opposed to an action) through imitation, the student begins to manage his activity, using (integrating) various educational results (knowledge, skills, abilities), forming his own "resource package" necessary for the formation of competence.

Competence in education - a set of knowledge, skills, and abilities formed in the process of teaching a particular discipline, as well as the ability to perform any activity.

**Study results and discussion.** The system of language education should be focused on improving the quality of professional training of a creatively thinking specialist who can independently extract and process authentic information. However, there are real contradictions between outdated conservative didactic models of language education and the need to develop such models that could satisfy the needs of specialists due to the new social situation, as well as the urgent need for interstate and inter professional exchange of information.

For high-quality psychological and practical training of a graduate of a higher educational institution of culture

today, the means of the traditional education system are not enough. This, in turn, exacerbates the problem of finding adequate methods and educational technologies. Insufficient orientation of students of non-linguistic universities to foreign language professional communicative activity puts the problem under study to the rank of urgent. Competence as a result of education is expressed in the mastery by students of a certain set of methods of activity in relation to a certain subject of influence. Its significance lies in the fact that, mastering any method of activity, the student gains experience in appropriating the activity, forms a personal "resource package", which constitutes the second layer after self-management, necessary for the formation of competence.

Competence is understood as the ability and readiness of an individual to act based on knowledge, experience, and values, inclinations that are acquired through training, focused on the individual's independent participation in the educational and cognitive process.

It is assumed that the adjustment of human behavior to an infinite variety of life situations is associated with the general ability to "mobilize acquired knowledge and experience in a certain situation".

Everything related to competencies is related to the experience and activities of the subject; outside the situation and activities, competencies do not manifest themselves. Competence is manifested as a set of knowledge, abilities and skills that allow the subject to adapt to changing conditions. Essentially, competence is the ability to act under certain conditions. Without knowledge, there can be no competence, but knowledge itself is not yet competence, moreover, without competence, knowledge may not manifest itself, therefore, in modern teaching technologies, the task is to form certain competencies in parallel with teaching knowledge, and after that, the manifestation of competence is checked on the basis of knowledge.

It is recommended to distinguish between competence and skill. Skill is an action in a specific situation, it is a manifestation of preparedness and the ability for practical and theoretical actions, it is the provision of the ability to perform accurately, quickly and consciously actions based on the acquired knowledge and life experience, which, being improved and automated, turn into skills. Skills are actions performed automatically.

Formation of the language competence of students on the basis of the developmental potential of traditional methods and techniques of teaching. One of the conditions for the formation of the language competence of students is such a use of traditional methods and techniques of teaching, when their implementation leads not only to the assimilation of the content of the educational material, but also to the acquisition by students of the ability to expand knowledge on the basis of what has been learned, to solve non-standard problems associated with the analysis of outwardly similar language units, identifying the features of the compared phenomena and indicating their differences. This orientation of teaching requires attention not only to the teaching, but also to the developing potential of the methods and techniques used in teaching. Each method has its own structure, its elements are educational actions: teaching techniques and teaching techniques used in the interrelated activities of the teacher and student. The method determines the direction and nature of educational activity, the method concretizes the actions of the teacher and student.

Reception is "a specific operation of interaction between a teacher and a student in the process of implementing a teaching method" [1.39(6), 6]. When choosing a method, it is necessary to be based not only on the goals of teaching, but also on the developmental tasks of schoolchildren, since the methods and techniques also include a developmental function, on the basis of which, in parallel with the assimilation of knowledge by students, the formation of their language competence can also be carried out [2.45(6), 487-502]. In its formation, two stages can be distinguished: mastery of knowledge (methods of forming knowledge) and the transition from concepts and rules to facts of language (methods of forming skills). Within each group, the methods are differentiated depending on the nature of the student's activity into receptive, reproductive and productive. The perception of knowledge through the teacher's word and through the theoretical material of the textbook is oriented towards the receptive activity of students. The cognitive activity of students with such forms of acquiring knowledge is, as it were, minimal. Nevertheless, in terms of competence-based training, tasks such as drawing up a plan for the teacher's message, selecting similar examples, preparing questions for classmates on the content of the topic being explained can be set here [3.6(2), 78-93]. The formation of the language competence of students in the process of submitting the studied material by the teacher also includes the inclusion of elements of problem statement in his message, when the analyzed phenomenon is revealed by the students in evidence, based on the disclosure of connections and dependences existing between the studied or previously studied units, on the basis of appropriate argumentation. This method of explanation activates the thinking of students, makes them follow the logic of presentation.

The object of perception for the student in this case is not only the final conclusion (new knowledge), but also the whole course of reasoning. Students are also introduced to methods of proof. The studied linguistic phenomenon in the teacher's explanation is usually presented in the aggregate of its constituent features. The teacher shows their relationship and interdependence, which serves as a model for students to analyze the unit being studied. This is the method of knowledge [2.45(6), 487-502] formation most often used in Tajik language lessons, since it corresponds to the specifics of the subject and the tasks of developing students' thinking. Its use creates favorable conditions for the formation of the language competence of students.

**Conclusions.** By organizing the observations of students, the teacher gives them the opportunity to understand the nature of the phenomenon being studied, helps to distinguish between its identifying and random, not defining features, shows the sequence of characteristics of the analyzed unit. It is believed that "teaching English, a teacher can purposefully train students in improving such mental (logical) operations as comparison, analysis, synthesis, abstraction (highlighting the essential features of phenomena), generalization, classification". Such an organization of training creates conditions for mastering the ability to use the acquired knowledge in new and sometimes non-standard situations, when, through the performance of logical operations, students develop their cognitive abilities, learn to transfer the operations they have mastered to the qualification of situations and even to mastering others academic subjects".

To keep the knowledge gained in memory, the student must repeatedly return to it and reproduce the formulations of rules or definitions of concepts, lists of facts of the language. Knowledge is better retained in consciousness, in the formation of

which the student himself took part. Logical memory is more reliable than visual and auditory memory. Therefore, it is necessary to consolidate knowledge, which is based on the reproductive activity of students and is aimed at their conscious assimilation. Intercultural communication is communication carried out in conditions of cultural, linguistic, social, behavioral and other differences of its participants.

#### References:

1. Aba, D. (2015). Towards a cross-cultural communication competence tool for academic mobility purposes. *Journal of Cross-cultural communication*, 39(6), 6.
2. Aba, D. (2016). Addressing intercultural experience and academic mobility in higher education. *Journal of Cross-cultural communication Research*, 45(6), 487-502.
3. Akizhanova, D. M., Zharkynbekova, S. K., & Satenova, S. K. (2018). The Zipf's law and other ways of identifying culture-specific linguistics units. *Space and Culture, India*, 6(2), 78-93.

*Nigey N.V., Plashcheyaya E.V.*

### ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF FORMATION OF SKILLS OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS OF THE AMUR STATE MEDICAL ACADEMY

Department of medical physics of THE Amur state medical Academy.  
Blagoveshchensk. Russia

**Relevance.** In modern conditions, the problem of organizing independent work of students is becoming very relevant, since the share of classroom classes in the total amount of time allocated for studying disciplines is decreasing.

Independence in academic work contributes to the development of the student's interest in the material being studied, develops the ability and need to independently acquire knowledge, which is very important for a specialist with a higher education. The process of independent educational work forms the ability and habit to reflect on the content of knowledge of the mastered industry and its professional tasks.

**Purpose of research.** The purpose of the study was to test the effectiveness of the developed methodology for developing independent work skills among students of the medical Academy when studying the discipline "Medical Informatics".

**Method of research.** During the training experiment, the following methods were used: conversations with teachers and students, observation of students, and experimental teaching using developed educational materials.

**The results of the study and their discussion.** We have developed an algorithm for forming students' independent work skills:

1. Read the lesson topic carefully.
2. Determine the motivational characteristics of this topic.
3. Formulate the purpose of the lesson.
4. Read and answer questions for self-monitoring of initial knowledge on a given topic.
5. Answer questions for self-preparation for the lesson.
6. Solve the proposed tasks for self-training.
7. read carefully the approximate basis of the lesson and highlight the main points of the proposed topic.
8. Pass the control and measurement materials of the level of knowledge acquisition:
  - solve a practical task (practical and situational task);
  - solve a test task.
9. Compare the responses received with the standard responses.
10. Read the main and additional literature.

Let's consider the organization and algorithm for forming independent work of students on the example of the topic "Introduction to medical Informatics".

#### *Motivational characteristics of the topic:*

The study of these aspects will lay the Foundation for further effective study and use of medical Informatics in the modern information society. The development of skills in the use of medical Informatics is necessary in the practical work of a future doctor. Studying this topic will increase the level of information consciousness and culture of students.

When starting to study this topic, you need to:

1. Read the lecture carefully.
2. Carefully read the manual "Introduction to medical Informatics. The concept of Informatization of healthcare in Russia".

#### *Tasks for self-training:*

##### Task 1.

Compare terms such as data, information, and knowledge with definitions. Give examples of data, information, and knowledge. Some definitions are provided below:

1. a Set of all current situations in objects of this type and ways to move from one description of the object to another.
2. Information presented in a form suitable for its transmission and processing by automatic means, with possible participation by automated means with a person.
3. Data that is organized in a certain way, has meaning, meaning and value for its consumer, and is necessary for their decision-making, as well as for the implementation of other functions and actions.

##### Task 2.

Solve a situational problem:

You received an email with a picture attached to it.



1. If You find this message the information?
2. For whom this message may contain any information? Why?
3. What is meant by the term "medical information" in relation to computer processing of data?

*Control and measurement materials of the level of knowledge*

1. Solve the task 1. Solve the task

Compare terms such as data, information, and knowledge with definitions. Give examples of data, information, and knowledge. Some definitions are provided below:

1. Information about persons, objects, facts, events, phenomena and processes, regardless of the form of presentation.
2. facts, figures, and other information about real and abstract persons, objects, objects, phenomena, and events that correspond to a particular subject area, presented in digital, symbolic, graphic, audio, and any other format.
3. type of information that reflects the knowledge, experience and perception of a person - a specialist (expert) in a particular subject area.

2. Solve the test tasks

1. THE OBJECT OF STUDY OF MEDICAL INFORMATICS:

- 1) medical information
- 2) information processes in medicine
- 3) computer
- 4) information technology

2. THE DEGREE OF ACCESSIBILITY OF INFORMATION IS INFLUENCED BY:

- 1) availability of data
- 2) availability of adequate methods
- 3) access to the computer
- 4) access to medical equipment

The formation of students' independent work skills was tested using serial and final sections. Serial cross-sections were conducted at the end of each cycle, during which students complete at least four works.

To process the results of the study, the coefficient of completeness of operations (K) and the coefficient of skill development ( $\gamma$ ) were used. The statistics of the sign criterion were also used. To process the results of the study, the coefficient of completeness of operations (K) and the coefficient of skill development ( $\gamma$ ) were used. The statistics of the sign criterion were also used.

**Conclusions.** As the results of our research have shown, the method we have created allows us to effectively develop independent work skills among students of the medical Academy when studying the discipline "Medical Informatics". Students studied the practical tasks offered to them with interest. There was also an increase in their cognitive interest in this discipline.

**List of references.**

1. Drosina V. V. context-intensive approach to the organization of creative independent activity. – M., 2008.
2. Information technologies in health management of the Russian Federation: textbook. the allowance/under the editorship of A. I. Vyalkov. Ed.2-e, Rev. and additional-M.: GEOTAR-Media, 2009. -248c. - ISBN 978-5-9704-2146-8
3. Kobrinsky B. A., Zarubina T. V. Medical Informatics: Textbook. M: ed. "Academy", 2013.

*Normatova M.A., Juraeva N.S.*

**BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN**

Department of Public Health and Medical Statistics with a course of History of medicine SEI "Avicenna Tajik State Medical University". Tajikistan

**Relevance.** Despite significant improvements in cancer treatment approaches, breast cancer remains a global health concern and represents actually a key biomedical research priority. Breast cancer is the most prevalent cancer affecting women worldwide and according to some prognostic studies the incidence and mortality rates will rise dramatically in the coming years. Breast cancer that develops in young people has increasingly drawn the attention of researchers. Latest research shows that breast cancer is probably the primary cause of cancer-related deaths in women younger than 45 years [1]. This form of cancer appears to be extremely heterogeneous and possesses biological properties that are potentially aggressive and complex. Adverse pathological causes, including high-grade tumors, estrogen receptor negativity, and HER2 overexpression, are associated with breast cancer in young women. This has a significant negative effect on local recurrence rates and overall survival [2]. In comparison, younger women also appear to have a later stage of breast cancer than their older counterparts, which further illustrates the worst result [3]. A study of modifiable risk factors suggests that long-term oral contraceptive use

and elevated dietary intake of animal fat are linked with an increased risk of premenopausal breast cancer [4]. In premenopausal women, non-modifiable risk factors such as family history and genetic mutations account for elevated chances of breast cancer [5].

**The purpose of research.** To describe the features of the course of breast cancer in young women.

**Material and methods of research.** Desk review.

**Results of the study and their discussion.** Breast cancer in young women presents a significant concern for patients, families and health care providers. While breast cancer diagnosis is much less frequent in women under 40 years of age, manifestations of the pathology may lead to much dramatic outcomes than in older counterparts, as it appears to be more aggressive at a later stage and have a worse prognosis. This may result in more loco-regional recurrences and distant metastases, leading to the worse outcome of breast cancer among young women [6]. The numbers in early onset of breast cancer differ across the world's demographics and regions. In low/middle income countries (LMIC) a higher prevalence of early onset of breast cancer among females was reported in comparison with high-income countries (HIC). Moreover, time of breast cancer occurrence differs from one population to another. Thus in the United States, the prevalence of breast cancer in young women often ranges according to race and ethnicity. Breast cancer in women over 45 is more frequent in whites than in blacks. However, black women under the age of 35 have more than double the prevalence of invasive breast cancer and three times the mortality from breast cancer compared to young white women. Conversely, there is a lower incidence of breast cancer in native American women aged 20-44 [7].

Early onset of breast cancer appears not to be directly linked to westernization or living conditions, but a poor association between the level of national income and early onset breast cancer can be observed [8]. In various locations, genetic factors can play a role in influencing incidence of early onset of breast cancer, but their role alone cannot account for the international difference in risk. About 3 percent of all cases of breast cancer in the UK arise due to BRCA1 or BRCA2 mutations [9], while this figure elevates to up to 40 percent in Ashkenazi Jews [10]. While rare, TP53 mutations are the causative agent for breast cancer in Li-Fraumeni syndrome, which appears to affect women between the ages of 20 and 40 years. Some populations in Southern Brazil, for example, have a moderately high TP53 mutation level, approximately one in 300 women [11].

Although several trials have demonstrated a positive outcome of exercise with respect to the risk of breast cancer [12], some trials have failed to demonstrate this [13]. Physical exercise was correlated with a 23 percent decrease of breast cancer incidence among 64,777 premenopausal women. However, exercise was not found to be associated with early breast cancer risk in a prospective study involving 218,169 subjects in 9 European countries conducted in 2007 [13]. Overall, a systematic analysis of 76 studies on this subject found that a major preventive effect was confirmed by 53% of studies, a non-significant risk reduction was found by 37%, and only 10% did not find a correlation. Results from retrospective trials are contradictory with respect to diet. Although several retrospective analyses of fruit and vegetable intake found a little advantage in lowering the risk of breast cancer in premenopausal and postmenopausal women [4], the Nurses' Health analysis showed approximately 50% higher risk of breast cancer in premenopausal women who eat a high diet of animal fat, but not in women who eat a high diet of vegetable fat. In addition, laboratory and human evidence indicate that extra virgin oil-rich Mediterranean diets are associated with decreased chances of breast cancer.

It has been widely agreed that young age at diagnosis associates with a poorer health result relative to their older equivalents [14], based on several prospective and retrospective research undertaken in the last two decades. Regardless of menopausal status, this remains true as age is still a contributing factor for premenopausal women [15]. Furthermore, for women younger than 40 years of age, breast cancer mortality rates are comparatively higher than for older women in all histological subtypes and stages [16]. Several studies suggest that known prognostic pathological factors, such as higher grade of differentiation, presence of lymphovascular invasion, higher mitotic rate, lower ER/PR expression, and higher HER2 expression [17] contribute for a poor outcome of breast cancer in young age. Some reports propose that differential gene expression present a significant role across different age groups [18].

**Conclusion.** Breast cancer at young women is rare, but it is more severe and has a worst prognosis. Time of breast cancer occurrence differs from one population to another. Knowing the true effect of age on prognosis may determine an outcome of the treatment. If age is actually an independent factor, consequently more intensive therapy should be applied for young women in comparison to the older ones with same psychological and pathological characteristics.

#### References

1. Anastasiadi Z. Breast cancer in young women: an overview. / Z. Anastasiadi, G. D. Lianos, E. Ignatiadou, H. V. Harisis, M. Mitsis// *Updates Surg.* – 2017. - 69(3). – P.313-317.
2. Anders C.K. Breast carcinomas arising at a young age: unique biology or a surrogate for aggressive intrinsic subtypes?/ C. K. Anders, C. Fan, J. S. Parker, L.A. Carey et al// *Journal of Clinical Oncology.* – 2011. – 29(1) – P.18-20.
3. Ferguson N.L. Prognostic value of breast cancer subtypes, Ki-67 proliferation index, age, and pathologic tumor characteristics on breast cancer survival in Caucasian women/ N. L. Ferguson, J. Bell, R. Heideil, S. Lee, et al// *Breast Journal.* -2013.- 19. –P.22-30.
4. van Gils C.H. Consumption of vegetables and fruits and risk of breast cancer./ C. H. van Gils, P. H. M. Peeters, H. Bas Bueno-de-Mesquita, H. C. Boshuizen, et al//*JAMA.*-2005. – 293.- P.183-193.
5. Anders C.K. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. / C. K. Anders, D. S. Hsu, G. Broadwater, C. R. Acharya, et al//*Journal of Clinical Oncology.* - 2008.-26. - P.3324-3330.
6. Han W. Young age: an independent risk factor for disease-free survival in women with operable breast cancer. / W. Han, S. W. Kim, In Ae Park, D. Kang, et al// *BMC Cancer.* – 2004. – 4.- P.82.
7. Shavers V.H. Racial/ethnic variation in clinical presentation, treatment, and survival among breast cancer patients under age 35./ V.L. Shavers, L. C. Harlan, J. L. Stevens//*Cancer.* – 2003. – 97.- P. 134–147.



8. Narod S.A. Breast cancer in young women./ Narod S.A. //Nat Rev Clin Oncol. -2012. – 9. - P. 460-470.
9. Prevalence and penetrance of BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based series of breast cancer cases. Anglian Breast Cancer Study Group. Br J Cancer. – 2000. – 83. - P.1301-1308.
10. Warner E. Prevalence and penetrance of BRCA1 and BRCA2 gene mutations in unselected Ashkenazi Jewish women with breast cancer/ E Warner, W Foulkes, P Goodwin, W Meschino, et al// J Natl Cancer Inst.- 1999. – 91. – P.1241-1247.
11. Palmero E.I. Detection of R337H, a germline TP53 mutation predisposing to multiple cancers, in asymptomatic women participating in a breast cancer screening program in Southern Brazil / E. I. Palmero, L. Schüler-Faccini, M. Caleffi, M. I. W. Achatz et al//Cancer Lett. – 2008. – 261. –P.21-25.
12. Maruti S.S. A prospective study of age-specific physical activity and premenopausal breast cancer/ Sonia S Maruti, Walter C Willett, Diane Feskanich, Bernard Rosner, Graham A Colditz// J Natl Cancer Inst.- 2008. -100. –P.728-737.
13. Lahmann P.H. Physical activity and breast cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition/ P. H. Lahmann, C. Friedenreich, A. J. Schuit, S. Salvini, et al// Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. – 2007.- 16. P.36-42.
14. Bharat A. Patient and tumor characteristics associated with increased mortality in young women (< or =40 years) with breast cancer / A. Bharat, R.L. Aft, F. Gao, J.A. Margenthaler//J SurgOncol. – 2009. – 100.- P.248-251.
15. Dubsy P.C. Young age as an independent adverse prognostic factor in premenopausal patients with breast cancer /P. C. Dubsy, M. F.X.Gnant, S.Taucher, S.Roka et al//Clin Breast Cancer.- 2002. – 3. P.65-72.
16. Anders C.K. Breast cancer before age 40 years / C. K. Anders, R. Johnson, J. Litton, M. Phillips, A.Bleyer//Semin Oncol. - 2009. – 36. –P.237-249.
17. Figueiredo JC et al. Influence of young age at diagnosis and family history of breast or ovarian cancer on breast cancer outcomes in a population-based cohort study. / J.C. Figueiredo, M. Ennis, J. A. Knight, J. R. McLaughlin, et al// Breast Cancer Res Treat. – 2007. – 105. – P.69-80.
18. Azim HA et al. Elucidating prognosis and biology of breast cancer arising in young women using gene expression profiling /H.A. Azim Jr, S. Michiels, P.L. Bedard, S. K. Singhal, et al// Clin Cancer Res. – 2012. -18. P.1341-1351.

*Normatova M.A.*

### HUMAN COLORECTAL CANCER

Department of surgical Disciplines №2 of KHSMU, Tajikistan.

#### INTRODUCTION

Human Colorectal Cancer (CRC) is the 2nd highest death-causing cancer in the world within the last few decades (Ricci-Vitiani et al., 2007). According to the statistics, the scale of incidence of CRC is higher in the developed countries with better living standards rather than in countries with low economic level (Hermsen et al., 2002, Douglas et al., 2004, Martin et al., 2007). Colorectal neoplasm can be induced by two factors. Approximately 5% of colorectal malignancy occurs due to genetic alterations inherited in an autosomal dominant mode whereas majority of CRC cases develops sporadically (Hermsen et al., 2002, Douglas et al., 2004, Martin et al., 2007).

#### CRC AS CONSEQUENCE OF GENETIC MUTATIONS

CRC represents a multistage process with various clinical manifestations and histological alterations. CRC initiation and progression occurs as a result of sequential aggressive gene mutations and epigenetic alterations (Grady and Carethers, 2008). It has been documented that there are approximately 80 genes with amino acid-altering mutations which encountered in individual colorectal cancers. However, many of these mutations are probably harmless nature; and according to the following reviewers, only around 15 of them may contribute to the CRC pathogenesis (Sjoebloom et al., 2006, Wood et al., 2007).

These driver mutations lead to the disturbance in the intracellular signaling pathways involved in the processes such as proliferation, differentiation, cell adhesion and migration, apoptosis, DNA stability and repair (Sjoebloom et al.,2006). In addition, it is well known that the accumulation of oncogenes and down regulation of tumour suppressor genes, arising as consequence of the impact of various factors, lead to the initiation of tumorigenesis (Powell et al., 1992).

Moreover, it was determined that CRC develops according to the adenoma-carcinoma model with involvement of various gene mutations contributing at the specific stage of malignant transformation in colon (Figure 1).

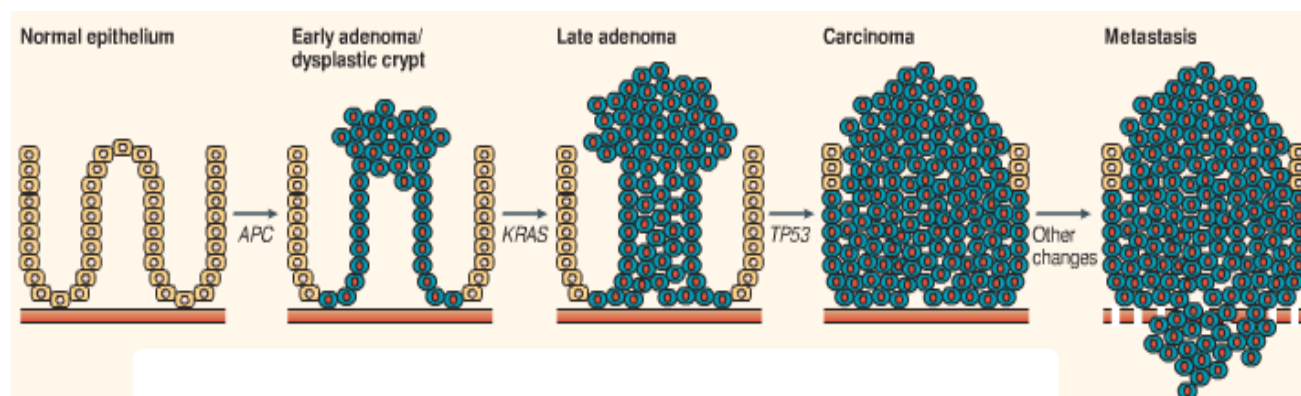


Figure 1: **The adenoma-carcinoma model.** The schematic chain of events involving various genes contributing to the CRC carcinogenesis at different stages starting with normal epithelium through adenoma to malignant process with spread to distal systems [Adapted from (Davies et al., 2005)].

As it has already been reported, mutations of tumour suppressor gene APC (Adenomatous polyposis coli) is associated



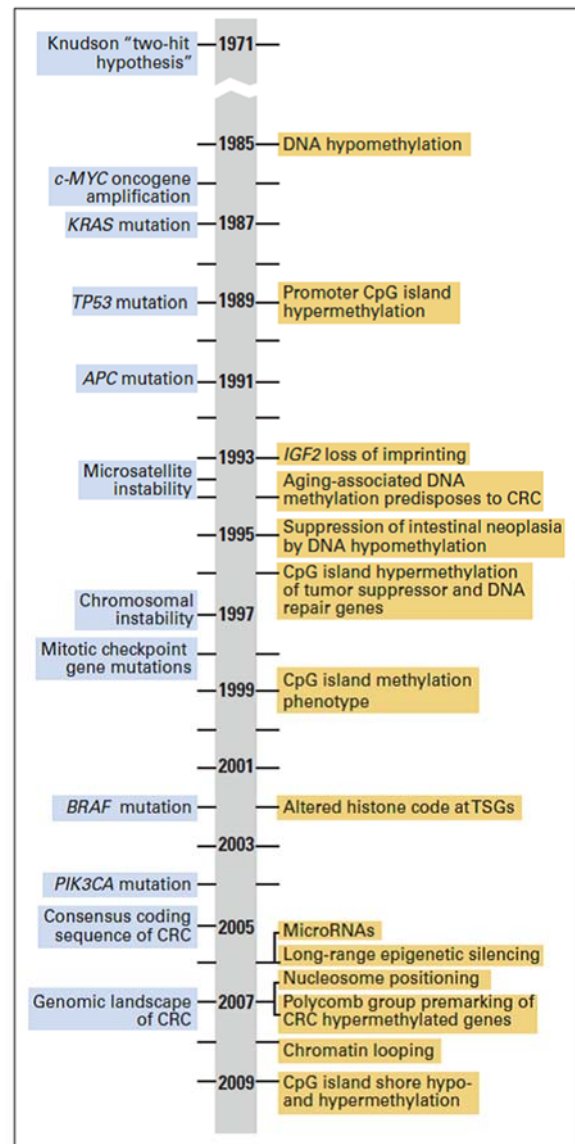
with CRC development (Wang et al., 2012b). Likewise, there is a range of other somatic gene mutations which are encountered in CRC pathogenesis. Thus, mutant Kristen rat sarcoma viral oncogene (KRAS) is identified in approximately 50% of CRC cases whereas mutant tumour protein 53 (TP53) is found in 60% and transformed growth factor/bone morphogenic protein/SMAD4 in 10-20% (Hermsen et al., 2002, Douglas et al., 2004, Martin et al., 2007). Another causative factor of CRC is E3 ubiquitin ligase FBXW7, a member of F-box family proteins that regulates diverse cellular processes via interaction with various proteins, including c-Myc, cyclin-E, C-Jun, Notch, and Mcl-1. It has been reported that loss of function and mutation of FBXW7 occur in a wide range of human malignancies including CRC where mutation of FBXW7 occurs in 9-15% of CRC cases (Babaei-Jadidiet al., 2011, Cheng and Li, 2012). Furthermore, recent studies have implicated FBXW7 in causing chromosomal instability (CIN) (Rajagopalan et al., 2004) which is considered one of the contributing carcinogenetic factors and refers to one of the types of genomic instability. Indeed, the prevalent role in the development and progression of CRC belongs to genomic instability which is subdivided into chromosomal instability (CIN) and microsatellite instability (MSI). According to the recent studies, occurrence of aberrations is significantly higher in CIN+ samples compared with MSI+ samples in human CRC. In addition, most of CRC cases (~85%) are caused by CIN and characterized by an elevated number of chromosomal losses and gains (Hermsen et al., 2002, Douglas et al., 2004, Martin et al., 2007). This condition of abnormal chromosomal content within cancer cells is termed as aneuploidy. It has been suggested that alterations in proteins responsible for double-strand break repair, kinetochore function, and chromatid segregation may lead to aneuploidy.

Arising out of this, it has been proposed that CIN arise on a genetic basis, and occurrence of somatic mutations in cancer CIN genes are encountered in approximately 10% of CIN cancers (Wang et al., 2004). Indeed, recent results have demonstrated that mutational inactivation of tumour suppressor FBXW7 provokes upregulation of cyclin E and hence determines CIN (Rajagopalan et al., 2004). These data support the hypothesis that chromosomal instability in tumour cells is a consequence of genetic alterations (Rajagopalan et al., 2004).

#### ROLE OF EPIGENETICS IN THE DEVELOPMENT OF CRC

In early studies, CRC has predominantly been determined as a genetic pathological process which arises due to sequential accumulation of genetic abnormalities. However, with recent evidences, it is considered that histological progression of CRC is presented by possibly a combination of both genetic and epigenetic alterations (van Engeland et al., 2011). Epigenetic alterations are presented by inheritable changes in gene expression that do not induce the interruption in DNA sequence structure. However, it is well established that disturbance in epigenetic regulations underlies alterations in every stage of gene regulation, including DNA methylation, loss of imprinting, posttranslational histone modifications, nucleosome positioning, chromatin looping, and small non-coding RNA (van Engeland et al., 2011). The assembly of gene mutations and epigenetic alterations involves signaling pathways which regulate the hallmark behavior of cancer. This creates the fertile ground for the development of benign adenomas and further promotion and progression of the malignant process. In order to elucidate the background of epigenetic alterations in cancer it is essential to understand normal structure of chromatin and physiological functions in which chromatin is involved.

Figure 2: **Contribution of genetics and epigenetics into development of CRC.** Schematic demonstrates a chronological arrangement of discoveries depicting on the nature of CRC causes where genetic alterations marked as blue and epigenetic ones as yellow [Adapted from (van Engeland et al., 2011)]



#### References

1. Ricci-Vitiani, L. et al. Identification and expansion of human colon-cancer-initiating cells. *Nature*. 2007; 445:111-115.
2. Hermsen, M. et al. Colorectal adenoma to carcinoma progression follows multiple pathways of chromosomal instability. *Gastroenterology*. 2002;123(4):1109-19.
3. Douglas, E. J. et al. Array comparative genomic hybridization analysis of colorectal cancer cell lines and primary carcinomas. *Cancer Research*. 2004;64(14):4817-25.
4. Martin, E. S. et al. Common and distinct genomic events in sporadic colorectal cancer and diverse cancer types. *Cancer Research*. 2007;67(22):10736-43.
5. Grady, W. M. & Carethers, J. M. Genomic and epigenetic instability in colorectal cancer pathogenesis. *Gastroenterology*. 2008;135(4):1079-99.

**Introduction.** As of 2018, there were 37.9 million people in the world living with the human immunodeficiency virus (HIV). Despite the widespread use of various antiretroviral therapy (ART) regimens, liver diseases, including those caused by viral hepatitis B (HBV) and C, turned out to be the second leading cause of death among HIV-infected patients. The commonality of the ways, infection mechanisms and HIV and HBV transmission factors predetermines the high frequency of these viruses in risk groups coinfection [1]. Differences in the prevalence of coinfection are associated with variability in HBV prevalence across geographic regions. Mutual viruses interference can lead to a deterioration in liver function and poor patient survival. However, the data on the coinfection prevalence cannot be considered completely reliable, since they are based on the HBsAg detection in HIV-infected individuals, while one of the chronic hepatitis B forms, latent or occult hepatitis B (OBI), is characterized by undetectable HBsAg levels in blood plasma in the HBV DNA presence in liver tissue and extremely low viral load levels in the blood up to undetectable [2]. The data inconsistency on the OBI prevalence among HIV-infected individuals is most likely associated with different diagnostic algorithms used to detect occult HBV. Due to the availability of effective antiviral therapy with a simplified treatment algorithm, acting against both HIV and HBV, the treatment of patients with coinfection has become more affordable. ART leads to a decrease in HBsAg production and is able to counteract HBsAg-driven inhibition of the immune response, but does not completely interrupt HBV replication. While the therapy is aimed at reducing the HBV viral load, it has been shown that in HIV-positive patients with serologic markers of convalescence, the HBsAg absence can often be associated with the HBsAg-negative disease development.

**Aim.** To assess the prevalence of chronic viral hepatitis B in people with newly diagnosed HIV infection and to provide molecular genetic characteristics of the identified virus isolates.

**Materials and Methods.** Plasma samples were used from 196 patients residing in the Northwestern Federal District. Samples were examined for HBsAg, anti-HBcore IgG antibodies, anti-HBs IgG, anti-HBe IgG, HBV DNA. To obtain the hepatitis B virus whole genome nucleotide sequence, asymmetric PCR was performed using extended oligonucleotides; at the second stage, PCR was performed using the amplification product of the first reaction and one of the nested pairs overlapping primers jointly flanking the complete HBV genome, as shown earlier [3].

**Results and Discussion.** The age of patients in the group varied from 18 to 65 years and averaged  $36.5 \pm 14.7$  years. The number of men prevailed in comparison with women - 63.3% and 36.7%, respectively, no statistically significant differences were found.

HBV serological markers were detected in 79.6% of patients with newly diagnosed HIV infection. At the same time, HBsAg was detected in 5.6% of patients, which corresponds to the data on the incidence of HBV + HIV co-infection in the Northwestern Federal District. When assessing the other serological markers prevalence, it was shown that anti-HBcore IgG antibodies are found in 62.24% of cases, anti-HBe IgG antibodies - in 27.55%, anti-HBs IgG antibodies - in 52.55% of cases.

HBV DNA was detected in all HBsAg-positive patients and in 13.5% of HBsAg-negative individuals, which was 12.75% of the total group. Thus, HBV DNA was found in 18.36% of HIV-infected individuals. When analyzing the HBV incidence depending on gender, it was shown that infection occurs more often in men (12.75%) than in women (5.6%), but no significant differences were found ( $p = 0.51$ ). Among HBV DNA-positive persons, men accounted for 69.4% and women - 30.6%. A similar ratio persisted among HBsAg-positive and negative groups: men accounted for 63.6% of the HBsAg-positive group and 72% of the HBsAg-negative group. Among patients in whom HBV DNA was detected, HBV serological markers were detected only in 63.8% of cases. At the same time, HBsAg and anti-HBcore IgG were simultaneously detected in 22.2% of cases, that is, in 72.7% of HBsAg-positive individuals. Anti-HBcore IgG antibodies were detected in 19.4% of cases, anti-HBs IgG antibodies - in 8.3% of patients. In 13.8% of cases, anti-HBcore IgG and anti-HBe IgG, as well as anti-HBs IgG and anti-HBcore IgG, were detected simultaneously. In 13.8% of patients with detectable HBV DNA, none of the serological markers we analyzed was found. When HIV-infected patients were tested for HBsAg alone, 69.4% of HBV DNA could not be found to be HBV coinfecting.

Based on the phylogenetic analysis of 36 HBV isolates obtained from patients with newly diagnosed HIV infection, it was shown that HBV genotype D prevails in the examined group (91.7%) compared with genotype A (8.3%). The distribution of HBV subgenotypes is presented in the following ratios: D2 - 55.6%, D1 - 22.2%, D3 - 13.9%, A2 - 8.3%.

HBV serological subtype was determined based on the HBsAg amino acid sequence. Serotype ayw2 is represented in 25%, ayw3 - 44.44%, ayw4 - 5.56%, adw2 - 8.33% of cases, in 16.67% of cases ayr serotype was determined.

The HBV nucleotide sequence in the occult form of the disease course, as a rule, does not differ from the nucleotide sequence of the so-called "wild-type" virus in the HBsAg-positive form. In the studied group among HBV samples, natural polymorphic variants in different regions of the virus genome are shown for all samples. Mutations, presumably capable of playing a clinical role by changing the protein amino acid sequence, were identified in the reverse transcriptase region in 91.6% of patients, in the SHB region in 83.3%, while mutations were simultaneously found in the RT and SHB regions in 80.5% of patients. Mutations in the Core and Precore regions were found in 72.2% and 27.7% of patients, respectively. Mutations analysis in the reverse transcriptase region revealed three HBsAg-negative isolates (8.3%) of HBV with drug resistance mutations to lamivudine, entecavir, telbivudine, and tenofovir, which are amino acid substitutions in the HBV polymerase gene at positions L180M, T184A, M204V. The same mutations, to one degree or another, were found in different regions of the world in ARVT-naive patients with HIV + HBV coinfection [4]. The most common mutations in the study group were P127T / L (47.2%) and A128V (30.5%), both mutations were simultaneously present in 25% of patients. In all samples with drug resistance mutations, escape mutants were simultaneously present. Thus, substitutions D144E, G145R were detected in a sample with pharmacoresistance mutations L180M, M204V, substitutions A128V and P127T in a sample with three resistance mutations L180M, T184A, M204V, and in a sample with one resistance mutation M204V, the P127T

mutation was present. Possibly, the escape mutants presence is associated with detecting OBI cases in patients previously vaccinated against HBV [5]. When analyzing the regions of the basal nucleus promoter, Precore and Core, 22.2% of patients with the double mutation A1762T / G1764A, 25% with the G1896A mutation, in one case, all three substitutions were found. The double mutation A1762T / G1764A is associated with decreased transcription of Precore mRNA and decreased HBeAg production. The G1896A mutation is associated with the stop codon appearance at position W28 and the inability to synthesize the e-antigen of the hepatitis B virus. The G29D mutation, also associated with the development of cirrhosis and HCC, was found in 5.5% of patients. In the Core region, 77.7% of patients had mutations in one of the codon replacement hot spots - 87, 97, 112 and 130, which can play a role in immunomodulation in CHB.

**Conclusions.** The occult CHB high prevalence among HIV-infected individuals with newly diagnosed HIV infection, as well as the identification of drug resistance mutations, escape mutants and mutations associated with the liver disease progression, the fibrosis development, cirrhosis and HCC, indicates a lack of HBV detection by the currently used time by methods based on the HBsAg determination. Analysis of the HBV genetic structure, early virus mutations detection in patients with CHB can help predict the clinical course and disease progression, complications with ART.

#### References.

1. Ganesan M., Poluektova L.Y., Kharbanda K.K., Osna N.A. Human immunodeficiency virus and hepatotropic viruses comorbidities as the inducers of liver injury progression // *World J. Gastroenterol.* – 2019 – v.25. – p. 398–410.
2. Raimondo G., Locarnini S., Pollicino T., et al. Update of the statements on biology and clinical impact of occult hepatitis B virus infection // *J Hepatol.* - 2019. - v.71(2). - p.397-408.
3. Ostankova Yu. V., Semenov A.V., Totolyan A.A. Detection of hepatitis B virus in blood plasma at low viral load // *Clinical laboratory diagnostics.* - 2019. - T. 64. - No. 10. - p. 635-640.
4. Akanbi O.A., Harms D., Wang B., et al. High frequency of drug resistance mutations in the HBV genome in ART-experienced HIV-coinfected patients in southwestern Nigeria // *Antivir Ther.* - 2019. - v.24(7). - p.521-528.
5. Aghakhani A., Mohraz M., Aghasadeghi M.R., et al. Occult hepatitis B virus infection and S gene escape mutants in HIV-infected patients after hepatitis B virus vaccination // *Int J STD AIDS.* - 2016. - v.27. - p. 967–972.

*Pichugova A.N., Chaykin N.P., Morozov A.M.*

### FREQUENCY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER LOCAL ANESTHESIA

Tver State Medical University, Tver, Russian Federation

**Introduction.** Unsuspected physiological reactions during operation named after “operative stress” could be avoided by using anesthesia. These reactions include neurosis, reflections which lead to defections of hemodynamics and water-electrolytic balance [1].

Nowadays general anesthesia is one of the most difficult anesthetization techniques. Nearly every type of narcosis associated with peri- and postoperative complications. It decreases quality and enhances cost of treatment and cause growth of mortality rates [2, 3].

At the same time in case of having, chronic diseases or contraindication to general anesthesia local anesthesia can be used as an alternative method. Nevertheless, it is characterized with local and general toxic effect, which means the necessity of personal treatment while choosing drug and its dose for every patient.

To sum up it is need to be said that despite of the high risk of postoperative complications after different techniques of anesthetization it is hard to imagine modern surgery without it. Investigation and research of modifiable risk factors could help to avoid them in future [4].

**The aim.** The aim of this research is to find out risk factors, which could cause occurring of postoperative complications after regional and spinal anesthesia.

**Material and methods.** According to the results of interviewing 226 people in Tver’s district, the meth-analysis was made by using “Google Forms” platform. The investigation was conducted during 2019 – 2020 years. 27 people younger 18, 171 between 18-35 years, 17 between 35-50 years, 7 between 50 – 70 and 3 older than 70 years old were asked. The article is divided into two parts: analysis of postoperative complications after regional anesthesia in dentist’s practice and analysis of postoperative complications after spinal anesthesia. Some of the interviewed people have different types of operations with using unequal types of anesthesia in anamnesis.

Estimation of the results was based on the computation of received answers and detection of dependence postoperative complications frequency after anesthesia from technique of the manipulation.

**Results of the investigation and discussion:** it was found out that 212 of asked have ever been to the dentist where regional anesthesia was used. After analysis of the answers it occurred that there was different time period between injection of local anesthetic and start of an operation: from 2-4 minutes (22,2%), 5-8 minutes (50,9%), 10-15 minutes (21,2%), more than 15 minutes (5,7%).

It is important that dependence between this period and amount of postoperative complication was found out. Frequency of postoperative complications among patients whose operation started in 5-8 minutes after local anesthetic injection is 50, 76%, but in cases where operation was started in 10 minutes and more the frequency is only 21, 21%.

According to the received information it occurred that patients whose operation was started in 2-4 minutes after local anesthetic injection had vertigo or intraoperative pain in 19% and lost consciousness in 8,5%. Whereas the frequency of the complications among the patients whose operative intervention started not earlier than in 10-15 minutes is two times lower and loss of consciousness developed only in 2,2%. Appearing of vertigo and tachycardia is the result of development of pain syndrome and feeling of fear. It explains the detection of given conditions among people, who were endured with operative intervention in 2-4 minutes after local anesthetic injection.

Analysis of the answers among people (107) who had operation with spinal anesthesia showed that time period between injection and operation were: 2-4 minutes (19, 6%), 5-8 minutes (36, 4%), 10-15 min. (32, 7%), more than 15 minutes (11, 2%). Complications developed among 54,2% patients.

In this part of the investigation, the same dependence was found out. Frequency of postoperative complications in cases where named period was about 2-4 minutes is 71%; 5-8 minutes is 46%; 10-15 minutes is 54%; more than 15 minutes is 50%. It is important to notice that the biggest changing is placed after increasing time period from 2-4 minutes to 5 minutes and more. This point is the main difference between the results of the first and second blocks.

Such symptoms as headache, dyspeptic disorders, muscle ache and spasms represent clinical finding of usual postoperative complications. Its' frequency does not depends on the time between injection and start of operation. Nevertheless, it is easy to find out changing of developing itching from time action of local anesthetic after the end of operation. To analyze this changing two periods of local anesthetic time action were taken: 2 hours after operative invention and more than 4 hours. In the first case, only 3,7% of patients were complaining about itching and in the second there were 18,5% complaining. Presumably, such complication could be caused by the high toxicity of local anesthetics such as bupivacaine and etidocaine, which are used for enduring operations.

**Conclusions.** Basing on the kept investigation dependence between frequency of complications in postoperative period and duration of time interval from injection local anesthetic till start of surgery was found out. The common result both for regional and spinal anesthesia is decreasing of frequency of postoperative complications after increasing of the named period.

At the same time faster dynamic of decreasing of frequency of postoperative complications is noted in cases with using regional anesthesia in dentist's practice. In this situation received answers can be the result of noncompliance of time frames and big amount of patients coming in one day.

The results for spinal anesthesia characterize decrease of complication rate after increasing of time interval to 5-8 minutes. Farther increasing does not characterized with significant changes.

Thus, the results of this study require attention to the time frame of the planned surgical intervention in order to expand them, if possible, which will lead to an increase in the quality of the treatment being performed.

#### **Literature list:**

1. Choice of local anesthetic in local anesthesia / A.M. Morozov, Y. E. Minakova, A.N. Sergeev, P.G. Pahomov, M.A. Pahomov // VNMT. – 2020. - №1.
2. Anesthesia. Everything about narcosis/ E. A. Sytova // BМIK. - 2014. - №5.
3. Alizadeh R., Renal effects of general anesthesia from old to recent studies / R. Alizadeh, Z.A. Fard // J Cell Physiol. – 2019. - 234(10):16944-16952
4. Features of local anesthesia and possible complications in ophtalmosurgery / V.V. Mjasnikova, S.N. Sahnov, A.O. Marcinkevich, M.V. Golovataja // Local anesthesia and treatment of acute pain. - 2018. - №3.

*Romashkina O.A.*

### **FROM OUR EXPERIENCE OF WORK WITH VARIOUS SPLINTING STRUCTURES IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTITIS**

Department of Prosthetic Stomatology National Pirogov Memorial Medical University Vinnytsya, Ukraine

**Actuality.** World Health Organization reports that the oral diseases take the important place among the most common non-infectious diseases [1] including severe periodontal pathology that can cause tooth loss, and according to experts' opinion it take the eleventh place among other common diseases in the world [2]. The treatment of periodontal diseases is known to be the complex one, and to involve the therapeutic treatment as well as surgical and prosthodontic methods. During the prosthodontic treatment a doctor splints the mobile teeth in order to distribute the masticatory pressure in the uniform way, and to prevent these teeth from the traumatic action of the horizontal overloading [3]. There are various methods of mobile teeth splinting e.g. splinting with the help of glass fiber, and cable-stayed splinting.

**Aim of research.** We compared the results of splinting of the mobile front lower teeth made by the GlasSpan system, and made by cable-stayed splinting in the patients who suffered from the periodontal pathology in 1 year, in 2 years, and in 3 years after the prosthodontic treatment.

**Materials and methods of research.** The research has been fulfilled on 20 patients, and their age was 25-34, and their diagnosis was the chronic localized periodontitis, 1<sup>st</sup> degree. In the first group the splinting of mobile front teeth in mandible was carried out in 10 patients with the help of GlasSpan system by the indirect method, and in the second group the splinting of one and the same area was fulfilled in 10 persons by single strand reinforcing thread. In the first group we fixed the mobile teeth in the desired position with the help of composite material in the aproximal contact points. Then we took the impressions by alginate impression material, and we poured the master casts with the help of super gypsum. After that we studied the patient's master cast in the dental surveyor in order to find and to paint the areas of the future splint's localization. We put a thin layer of translucent hybrid composite resin on the master cast at the level of contact points of teeth and moistened GlasSpan by unfilled binder adhesive. Then we placed the GlasSpan on the patient's master cast from the oral side at the level of the contact points and we pressed the material through the composite's layer in such a way that it touched the teeth tightly. Later we eliminated the access of composite and made the splint's curing in both sides of splint step by step. Later we put the layer of composite resin moderately filled on the splint, and we designed the splint making its surface smooth. Then we eliminated the access of composite material from the approximal dental surfaces, and made curing of the smooth layer. After that a dental technician made the complete and total curing of the splint in the dental oven (10 min, +120). After the complete curing we replaced the splint from the master cast, and made its finishing. Then we put primer and a thin layer of unfilled binder adhesive, and cured it. Later we put a layer of filled hybrid semi-translucent composite material and

put the splint making its curing step by step, or tooth by tooth, in the oral as well as lingual dental surfaces. In the second group we use the special aramid thread to fix the mobile lower teeth together. First of all we prepared the mobile teeth in such a way that we made the special horizontal grooves on the lingual as well as oral dental surfaces by a bur, and those grooves reached along the whole dental surfaces to contain the stretched aramid thread in order to give the teeth more stability. The splinting thread should cover each tooth in the patient's dentition alternately from the oral and from the lingual sides. The threads intersect in the interdental spaces, and form the figure of eight. By gripping and twisting the free ends, a sufficient thread tension is maintained. Then we etched the interdental spaces containing the nodes by acid, then we treated the areas with an adhesive, and filled them by composite of a fluid consistency, and we cut off the ends of the threads. After that we filled the grooves and made masking the aramid threads with the help of composite cement. At the end we made finishing of the splint.

**Results of research and their discussion.** Our studies found that gum disease due to poor oral hygiene was observed in 2 patients who used splints made by GlasSpan during 1 year, and in 1 patient who used cable-stayed splinting during the same period of time. Two years later gingivitis was observed in 1 patient who used GlasSpan splint, and in 1 patient who used the cable-stayed splinting. Three years later the gum's inflammation took place in 2 patients who used the splint made by glass fiber, and in 3 patients who used the cable-stayed splinting. No breakage or peeling of the splinting structures was observed in any of the observation periods

**Conclusions.** The above results allow us to conclude about the optimal choice of the GlasSpan system and cable-stayed splinting for long-term temporary teeth splinting in the complex treatment of the chronic localized periodontitis of the first degree.

**Literature.** 1. World Health Organization, World Oral Health Report 2003/ Published 2003. Accessed 15 February, 2018.

2. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries. 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016//Lancet. – 2017. –Vol. 390 (10100). - P.1211-1259.

3. Ряховский А.Н. Влияние механической нагрузки на ткани пародонта / А.Н. Ряховский, Н.К. Логинова, С.А. Котенко//Стоматология. – 2010. - №3. – С.72-75.

*Salikhova Ye.Yu.<sup>1</sup>, Niyazova J.I.<sup>1</sup>, Victor Z. F.<sup>2</sup>*

#### **ADAPTATION CAPABILITIES OF A BRAZIL STUDENT IN THE CLIMATIC AND SOCIAL CONDITIONS OF KAZAKHSTAN**

<sup>1</sup>Department of Morphology and Physiology,

“Karaganda Medical University”, NCJSC. Kazakhstan.

<sup>2</sup>Faculty of Medicine ,UNIVÁS, Minas Gerais. Brazil.

**Relevance.** In order to ensure the quality of medical education in accordance with world standards, to increase its attractiveness and competitiveness for future doctors, various types of academic mobility have been widely introduced in recent years.

The International Federation of medical students' Associations (IFMSA) contributes to the development of the research potential of medical universities.

The Standing Committee on Research Exchange (SCORE) has a wealth of experience in improving the research skills of students, which they have combined with the opportunity to study the culture of another country. SCORE currently offers over 3,000 research projects that medical students from all over the world can participate in. This program provides future doctors with the opportunity to get acquainted with scientific research, its diversity in any country. The project is carried out within a month on the basis of a medical university of the host country and includes a mandatory acquaintance with the culture and customs of the country. The student finds himself in new climatic and social conditions. The success of this mobility, during which the student not only participates in research, but also has to prepare and defend his scientific project upon completion of mobility, depends on the adaptive capabilities of the student's body. Some authors have suggested that most migrants experience an initial “culture shock” that has serious consequences for their ability to work and live an active life.

Thus, the issue of adaptation of students to new environmental conditions in the active process of academic mobility is current interest.

#### **Purpose**

To study the adaptive reactions of a Brazilian student's organism with changing of climate and life conditions.

Compare the reserve capabilities of the Brazilian student's body with the adaptive reactions of Kazakhstan students.

To achieve this goal, functional changes in the cardiovascular and respiratory systems of a student from Brazil in new social and climatic conditions, who arrived to carry out a scientific project in Kazakhstan under the SCORE program from December 5 to January 3, were studied, with daily monitoring of all parameters. The registration, interpretation and comparative analysis of HRV indicators in 2nd year students (13 boys, 11 girls) of Karaganda State Medical University (Kazakhstan) with HRV indicators of a Brazilian student was carried out.

**Research methods.** The most important life support system and an indicator of adaptive capabilities is the human cardiovascular system. The condition of the cardiovascular system was assessed by the dynamics of heart rate, SBP, DBP, PP and oxygen saturation percentage. Evaluation of the respiratory system was carried out according to the determined parameters of external respiration: TV, inRV, exRV, VC (spirometry). The analysis of heart rate variability was used to assess the body's adaptive reactions. The functional condition of regulatory systems was determined by the method of heart rate variability, analyzing the main indices of cardiointervalography: M, SD, Mo, AMo, VR(variation of range) and integrated

parameters: VPR (vegetative index- parameter of the rhythm), IVE (index of vegetative equilibria), IARP (indicator of the adequacy of regulatory processes), SI (stress index of regulatory systems).

All indicators were recorded before and after moderate physical activity in the form of 20 deep squats with throwing out the arms. The program "Poly-Spectrum-Express-Analysis", electrocardiograph "Cardipia-200", spirometer-pneumotachometer "Spiro C-100", pulse oximeter KMP-RO70 were used.

**Research results.** The results of our study showed the predominance of modulating sympathetic-parasympathetic regulatory influence over humoral-metabolic and central ergo tropic regulatory stimuli in Kazakhstani students studying at KSMU. The values of RRNN, Mo, RRmax, RRmin are higher, and the value of AMo and the value of complex indicators: IVE, IARP, VPR, SI are lower in Kazakhstani boys than in girls, which indicates a more pronounced activity of the parasympathetic department of autonomic regulation in boys compared to girls.

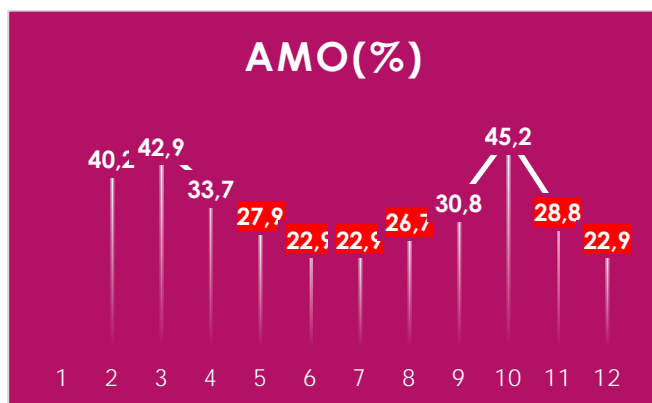
The girls have a balanced state of the VNS, as indicated by a moderate increase indicated above the norm of SDNN, VR, IARP, and a decrease in the mean duration of the RR interval (M) and Mo. The functional state is satisfactory.

The revealed moderate predominance of parasympathetic activity in boys indicates the optimal state of the regulatory systems and ensures a more economical functioning of the CVS when exposed to stress factors.

The first week of a Brazilian student's stay in Kazakhstan is characterized by a pronounced "background vagotonia of rest condition". The student experienced the impact of a sharp change in climatic conditions from +30 degrees summer temperatures in Brazil to -30-35 degrees December severe winter in Kazakhstan.

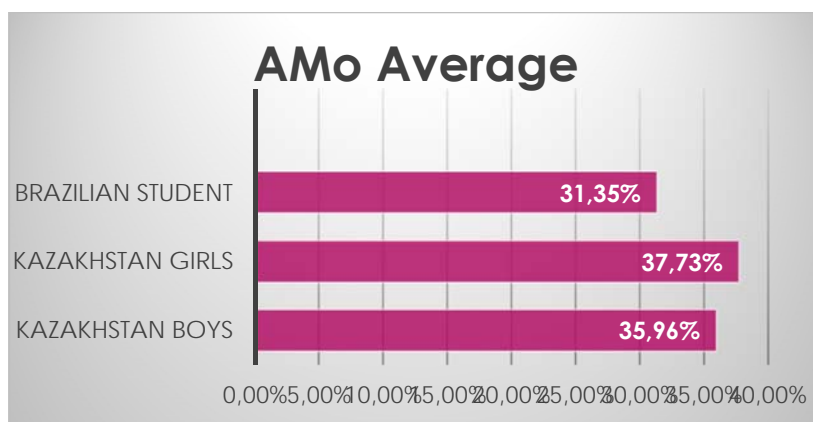
With moderate physical exertion, a decrease below normal in such indicators of HRV as VR, IVE, VPR was revealed, which indicates a shift in the autonomic balance towards parasympathetic activity and indicates the predominance of autonomous regulation of the heart rhythm. The result of this regulation type was a rapid adaptation to the new living conditions during the first week.

The predominance of parasympathetic regulation is moderate, which ensures the optimal state of regulatory systems and speaks of a good functional state and high stress-resistance of the organism.



**Figure 1.** Dynamics of the AMo of a Brazilian student in the first days of his stay in Kazakhstan.

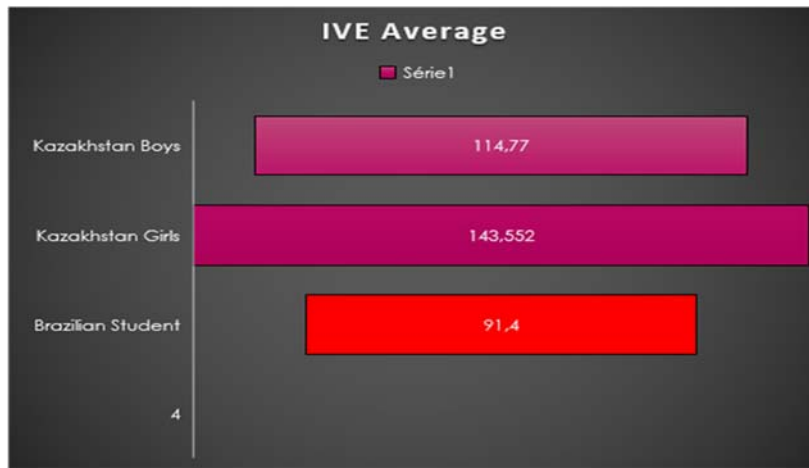
A moderate predominance of parasympathetic regulation in a Brazilian student is clearly shown in Fig. 2. Fig. 1 shows a graph of AMo registration for a Brazilian student from the first day of his stay in Kazakhstan. Despite the sharp change in climatic, social conditions and the predominance of emotional euphoria that accompanies new meetings and acquaintances, this indicator does not exceed normal values of 30-50% and does not show either an increase in the activity of sympathetic regulation, or the appearance of the effect of centralization of heart rhythm control.



**Figure 2.** Average AMo values for Brazilian and Kazakh students.

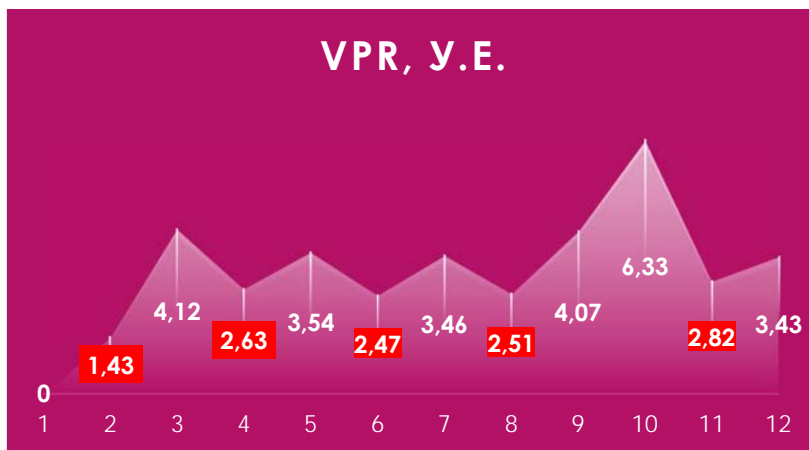
A more pronounced activity of the parasympathetic division of the ANS in a Brazilian student, in comparison with Kazakhstani boys, is shown by a comparative analysis of the autonomic balance index (Fig. 3).





**Figure 3.** The result of a comparative analysis of the IVE of Brazilian and Kazakh students.

From the very first day of a Brazilian student's stay on Kazakhstani soil, he maintains the activity of an autonomous regulation circuit (normal VPR indices fluctuate within 3-10), which indicates the adequacy of regulation processes (Fig. 4). From the personal data: the arrived student has extensive experience of academic mobility and by the 4th year has visited more than 10 countries of the world.



**Figure 4.** Dynamics of the activity of the autonomous regulation contour of the Brazilian student.

**Conclusion.** The Brazilian student was found to have the optimal state of regulatory systems, which allowed him to quickly adapt to the new climatic and social conditions of Kazakhstan.

After moderate physical exertion, the Brazilian student, like the Kazakh boys, showed a moderate prevalence of parasympathetic regulation. However, the activity of the parasympathetic division of the ANS is more pronounced in the Brazilian student.

**Inference.** Taking into account the high load on the body of students participating in academic mobility, which is caused by a sharp change in climatic and social conditions in a short period of time, it is necessary to provide the ability to determine the reserve capabilities of adaptation mechanisms in all candidates before the start of mobility, using the HRV method. This will reveal the individual characteristics of the candidate's adaptation, which will prevent possible depletion of adaptation mechanisms and help to successfully complete the research project, enjoying the pleasure of getting to know the new culture of the host country.

**References:**

1. Abdikerimova G.I., Kulanova D.A., Umbitaliev A.D. Problematic aspects of academic mobility in the Republic of Kazakhstan. / International Economic Forum 2014. Ivan Kushnir Institute of Economics and Law, 2010-2019 // URL: <http://be5.biz/ekonomika1/r2014/2033.htm> (date accessed: 15.04.2019).
2. Berry, J.W. A psychology of immigration // Journal of Social Issues. - 2001. - №3 ( 57) - P.- 615-631.  
Berry, J.W. (2001) "A psychology of immigration" Journal of Social Issues, 57:615--631. Published online 2020.
3. Maydell – Stevens E., Masgoret A.M., Ward T (2007) - Problems of psychological and sociocultural adaptation among Russian-speaking immigrants in New Zealand, available on: <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj30/30-problems-psychological-sociocultural-adaptation-russian-immigrants-p178-198.html> on December 25th 2017
4. McCraty R., Shaffer F. Heart Rate Variability: New Perspectives on Physiological Mechanisms, Assessment of Self-Regulatory capacity, and health risk. Glob Adv Health Med. 2015 Jan; 4(1): 46–61. Published online 2015 Jan 1. doi: 10.7453/gahmj.2014.073
5. Fedorovskaya E. Methodology and content of research-oriented research education. // URL: <https://edugalaxy.intel.ru/> (date of access: 27.03.2019).

**PREVALENCE OF HBSAG-NEGATIVE HBV INFECTION DIAGNOSTIC MARKERS IN A COHORT OF LABOR MIGRANTS, NORTHWESTERN FEDERAL DISTRICT, RUSSIA**

Laboratory of HIV Immunology and Virology, St. Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Russia

**Introduction.** Due to the high rates of globalization and labor migration, one of the leading factors of the change in the circulation pattern of the hepatitis B virus (HBV) is currently migration. This leads to a change in the structure and dynamics of morbidity, to the spread of atypical genotypes of viruses. Therefore, the study of this target group is of particular interest. Since the prevalence of infectious diseases in countries providing the main flow of immigrants is higher than the average prevalence among the population of the Russian Federation, foreign citizens arriving in the Russian Federation pose a potential threat of the spread of diseases [1].

**Purpose of the study.** The study aims to analyze of the prevalence of the main diagnostic markers of HBV in the group of migrants.

**Materials and Methods.** Samples of blood plasma of 493 foreign citizens undergoing medical examination in order to obtain work permits at the Department for Migration of the Northwestern Federal District were tested. We analyzed the presence of serological (HBsAg, anti-HBs, anti-HBcore IgG) and molecular markers (HBV DNA) using commercial test systems. Additionally, all samples were examined using the St. Petersburg Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after V.I. Pasteur "method based on nested-PCR, which allows detecting HBV DNA in biological material at a low viral load [2].

**Results and Discussion.** Men and women in the analyzed group are represented in equal proportions in the age range from 18 to 90 years. More than 77% of the surveyed citizens belonged to 9 out of 44 represented countries, including Ukraine, Uzbekistan, Kazakhstan, Belarus, Moldova, Armenia, Tajikistan, Azerbaijan, China.

Analysis of the prevalence of HBV serological markers demonstrates the following distribution of analytes: HBsAg (+) - 2.4%, anti-HBs (+) - 29.2%, anti-HBcor IgG (+) - 16.4%. in the following combinations: HBsAg (+) and anti-HBcor IgG (+) - 2.0%, anti-HBs (+) and anti-HBcore IgG (+) - 9.5%. Serological markers of HBV were detected in 36.5% of samples. There were no seropositive patients for all three HBV markers.

According to the ELISA results, 1.6% of HBsAg-positive cases among women and 3.3% among men were revealed in the study group, which can be explained by the greater awareness of women about parenteral infectious diseases and motivation to preserve their health, according to sociological data on foreign workers in St. Petersburg [3]. 75% of all HBsAg-positive cases in the study group occur in citizens of three countries with the highest frequencies within subgroups: Moldova (12.0%), Tajikistan (11.1%), Uzbekistan (6%).

The anti-HBcore IgG marker is most common among people who arrived from Tajikistan (50%), Kyrgyzstan (33.3%), Azerbaijan (30.8%), Uzbekistan (28.4%). They account for 43.2% of all anti-HBcore IgG-positive samples. The frequency of occurrence of markers in a cohort of labor migrants arriving in the Russian Federation, as a rule, exceeds the average level of prevalence in regions of permanent residence, which may be associated with the migration of socially disadvantaged groups of the population.

Using the method for detecting HBV DNA at a low viral load based on nested-PCR, HBV DNA was detected in 8.9% of cases. Among them, 6.5% of the samples are HBsAg-negative (occult) infection, which is determined by the presence of a circular covalently closed HBV DNA in the liver of an infected person in the absence of hepatitis B surface antigen in the peripheral blood, which complicates detection and epidemiological control. At the same time, infectivity and other risk factors, characteristic of the HBsAg-positive disease form, remain [4]. Migrants from countries not only in the South and Southeast (Vietnam, Moldova, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan), but also in the Northwest (Latvia, Lithuania, Belarus) have a significant potential for the spread of the HBsAg-negative disease form. Due to the widespread HBsAg-negative HBV infection prevalence, the assessment of the hepatitis B virus prevalence requires the use of modern highly sensitive molecular diagnostic methods. Early hepatitis B cases detection, as well as labour migrant workers vaccination, is of great importance, since it can significantly reduce the risks of further transmission of the virus, reduce the risk of severe complications of chronic hepatitis B and mortality [5].

**Conclusions.** Serological methods fundamentally do not allow detecting HBsAg-negative form of hepatitis B, and therefore the use of molecular biological approaches for detecting HBV DNA is recommended. The prevalence of HBsAg-negative infection determines the need for screening this patients group using molecular research methods in order to timely detect the virus and choose the correct therapy.

**References.**

1. Alsakhir N. D. et al. Prevalence of serological markers of viral hepatitis among labor migrants arriving in the Russian Federation // *Journal of Infectology*. - 2017. - T. 9. - No. 2. - S. 80-85.2.
2. Ostankova Yu. V., Semenov AV, Totolyan AA Detection of hepatitis B virus in blood plasma at low viral load // *Clinical laboratory diagnostics*. - 2019. - T. 64. - No. 10. - S. 635-640.
3. Ivanova L. Yu. Awareness of labor migrants from different regions about dangerous infectious diseases: HIV, STIs, tuberculosis, hepatitis (based on a survey of foreign workers in St. Petersburg) // *Social aspects of population health*. 2015. No. 4.
4. Raimondo G. et al. Update of the statements on biology and clinical impact of occult hepatitis B virus infection // *Journal of hepatology*. - 2019. - T. 71. - №. 2. - C. 397-408.
5. Myran D. T. et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for and vaccination against hepatitis B virus among migrants in the EU/EEA: a systematic review // *International journal of environmental research and public health*. - 2018. - T. 15. - №. 9. - C. 1898.



**Relevance.** Chronic lymphocytic leukemia (CLL) is a tumor disease resulting from mutations in the B-lymphocyte genome. The main function of B-lymphocytes is to provide humoral immunity. The final stage of B-lymphocyte development in the body is an immunoglobulin-secreting of plasma cell. B-lymphocytes in CLL do not develop into plasma cells due to changes in the cellular genome. This leads to a sharp decrease in the patient's body production of immunoglobulins, which include all antibodies.

The modern era in CLL therapy began in the middle of the twentieth century, when data were obtained on a decrease in lymphoid proliferation under the influence of steroid hormones. The most important event in the development of CLL therapy was the appearance of alkylating drugs. The first of these, chlorambucil, is currently in use. Chlorambucil therapy or its combination with prednisolone in cases of a slow increase in leukocytosis makes it possible to control the manifestations of the disease for a certain time. The life expectancy of patients with CLL with this therapy is 55-60 months. Cyclophosphamide is often used instead of chlorambucil. Therapy with chlorambucil or cyclophosphamide and their combination with prednisolone in the vast majority of patients allows only partial remissions to be obtained. The desire to improve the existing results led to the creation in the 70-80s of the XX century. combined treatment regimens including cyclophosphamide, prednisolone, vincristine and any of the anthracyclines (Rubomycin, Adriblastin or Idarubicin). The most widely used schemes are COP, CHOP and CAP.

These schemes allow in most patients to achieve a reduction in the size of the lymph nodes and spleen and to reduce the number of leukocytes, and as a result of several courses in 30-50% of patients to get even complete remissions, which, however, always turn out to be short-form. International randomized studies have shown that life expectancy with these regimens does not exceed that obtained with CLL with chlorambucil and prednisolone.

In recent years, a major event in the treatment of CLL has taken place in the world - purine analogs have been synthesized and introduced into clinical practice, the appearance of which has been called a "peaceful revolution" in the treatment of CLL. The most effective of these for CLL is fludarabine. On treating with fludarabine, remissions, often complete, can be obtained in most patients, including those refractory to all other drugs. But the information about the effectiveness of this drug is different, sometimes contradictory.

**Aim.** To determine the efficacy of the new drug fludarabine in patients with resistant and refractory forms of chronic lymphocytic leukemia in the dry hot climate of Tajikistan.

**Materials and research methods.** Under our supervision there were 35 patients with chronic lymphocytic leukemia. The disease duration from 1 to 5 years. Of these, from 15 to 30 years old - 9 patients, 30-60 - 27 patients, men - 23, women - 12. In the anamnesis, all patients received chlorambucil (leukeran) 0.2 mg / m<sup>2</sup>, orally. After 3-5 years, all patients developed resistance to chlorambucil.

In all patients, 3 or more groups of lymph nodes and severe hepatosplenomegaly were affected. All patients in the hemogram showed hyperleukocytosis from 30 • 10<sup>9</sup> / l to 430 • 10<sup>9</sup> / l, lymphocytosis, different levels of thrombocytopenia and anemia. In the myelogram, all patients showed bone marrow hyperplasia, an increase in blast cells from 11 to 45%, a sharp increase in mature lymphocytes up to 92%.

Chronic lymphocytic leukemia was verified on the basis of the study of hemogram, myelogram and cytochemical reaction of the bone marrow.

All patients were prescribed fludarabine 40 mg / m<sup>2</sup>, orally x 5 days, 5 courses with an interval of 28 days under the control of a general blood test. All patients received auxiliary therapy (hepatoprotectors, antibiotics, infusion therapy up to 2 liters per day, blood components).

**Results and their discussion.** Clinical remission was achieved in 6 patients after the first course of fludarabine, in 1 patient - complete clinical and hematological remission. After the 5th course, 5 patients achieved complete clinical and hematological remission, 23 patients achieved clinical remission (complete contraction of the liver and spleen, but with a high level of mature lymphocytes in the general blood count and in bone marrow punctate). In 6 patients, due to the development of side effects of the drug (nausea, vomiting, diarrhea), fludarabine treatment was canceled. 1 patient died due to the development of lysis syndrome.

**Conclusions.** This study indicates that fludarabine is highly effective in the treatment of resistant and refractory forms of chronic lymphocytic leukemia.

#### REFERENCES

1. Bakhtina V.I. Factors influencing the course and outcome of chronic lymphocytic leukemia according to the data of hematological hospitals of the Krasnoyarsk Territory / V.I. Bakhtina, I.V. Demko, A.N. Narkevich and other // Clinical oncohematology. - 2016. - №4. - P. 413-419.
2. Fiyas A.T., Frenkel B.I. Chronic lymphocytic leukemia: diagnosis and treatment // Journal of the GrSMU. - 2011. - № 4 (36). - P. 93-97.
3. Jain P, Rai KR. Overview of recent developments in chronic lymphocytic leukemia. South Asian J Cancer. 2012;1(2):84-89. doi:10.4103/2278-330X.103721
4. Markovtseva M.V. Gender aspects of comorbid pathology in patients with chronic lymphocytic leukemia // Cellular Therapy and Transplantation. - 2018. - №3. - P. 82-83.
5. Natalia P.L. Chemotherapy, infusion therapy: the role of a nurse // Cellular Therapy and Transplantation . 2018. №3.

**Summary.** Occupational activity is known to be associated with the possibility of developing occupational diseases under the influence on the workers' organism of adverse factors of the production environment and the labor process [1]. From the standpoint of occupational medicine, ferrous metallurgy is characterized by the presence of numerous sources of occupational hazards: dust, gaseous toxic substances, radiant and convective heat, noise, vibration, electromagnetic and magnetic fields, high severity and intensity of work [2, 3].

**The aim of the study.** Assess occupational risks to the health of workers employed in the metallurgical industry.

**Materials and methods.** To study the occupational risks to the health of workers employed in the metallurgical industry in Zaporozhe region and the leading metallurgical enterprise there were collected, analyzed and summarized materials on occupational diseases: "Journals of occupational diseases" (F. № 363) and "Records of occupational disease (poisoning)" (F P-5). 513 cases of occupational morbidity were registered in Zaporozhe region and 70 cases were selected at the investigated metallurgical enterprise. Their analysis on absolute and intensive indicators was carried out on 10 thousand workers, the nosological structure, structure depending on length of service and age of workers on area and on the investigated enterprise is defined.

**Research results and their discussion.** The metallurgical complex of Zaporozhe region includes ferrous and non-ferrous metallurgy enterprises, it is a complete technological system consisting of enterprises of extraction and processing of iron ore, production of coke and ferroalloys, smelting of cast iron and steel, as well as rolled enterprises. The largest number of cases of occupational pathology is registered at ferrous metallurgy enterprises and occupies 77,84 % of the total number of cases in metallurgy, the last 9,3 % of cases are registered in non-ferrous metallurgy.

It is established that 169 cases of occupational diseases were registered at metallurgical enterprises of the region, which amounted to 87,1 % of the total number of cases in the region. In the structure of occupational morbidity by nosological forms, the largest percentage is accounted for dust pathology – 42,3 %. The next ranking is occupied by vibration-noise pathology – 40,5 %, of which 21,9 % is vibration disease and neurosensory deafness – 18,6 %. In third and fourth place there are diseases of the musculoskeletal system, namely deforming arthrosis, which are – 7,4 % and radiation cataracts 5,6%. Among occupational diseases, which have a small percentage in the structure, there is polyneuropathy – 3,2 % and chronic chemical intoxication – 0,9 %. The largest number of victims are males – 70,7 %, cases reported in women amounted to 29,3 %.

The largest share among the victims was made by workers aged 50–59 – 46,2 % and aged 40–49 – 37,8%, and also the share of victims over 60 was high – 8,3%. The lowest percentage had employees aged 30–39, respectively 7,7 %. The average age of employees with registered cases of occupational disease was 50±0,6 years.

If we take into account the length of service in the conditions of harmful and dangerous production factors, the diagnosis of occupational disease is established in 5,7 % of employees with work experience up to 10 years, 27,1 % – with work experience 10–19 years, 41,8 % - with work experience of 20–29 years and 25,3 % – with work experience of more than 30 years. The average length of service of employees with an established occupational disease was 24,2±0,7 years.

The analysis of occupational morbidity at the leading metallurgical enterprise shows that the largest number of them are respiratory diseases, the share of which is 43,3 % of the total number of cases. In terms of nosological forms, chronic obstructive pulmonary diseases occupy the largest share among respiratory diseases – 75,9 %, followed by dust and dust bronchitis – 20,7 %, and pneumoconiosis 3,4 %.

In second and third place in the overall structure are diseases caused by physical factors, namely vibration disease – 28,4 % and neurosensory deafness, which is 18 %. Other forms have a small number of cases and account for 4,5 % of diseases of the musculoskeletal system and 3,4 % of radiation cataracts.

In the analysis of occupational morbidity by etiological factors of the production environment that caused the disease, it was found that the largest number of cases in this company arose from exposure to industrial aerosols and dust – 54,1 %, among which the largest share is fibrogenic dust (free silicon dioxide) – 59 %. Occupational diseases caused by physical factors accounted for industrial noise – 16,7 %, general and local vibration – 23,6 %, physical and static stress – 4,2 %, exposure to infrared radiation – 1,4 %.

It was found that depending on the age of employees, the largest number was registered among employees aged 50–59 – 50 % and employees aged 40–49 – 34 %. A smaller number of cases were registered in employees over 60 years of age – 14 % and employees aged 30–39 years – 2 %. The average age of employees who were diagnosed with occupational diseases at this enterprise was 52,4±1,1 years.

Depending on the length of service of employees, it was found that the largest number of employees had a length of service of 20–29 years – 40 % and 30 years or more 36 %. Other cases were reported in workers with 10–19 years of service – 20 %, and the lowest number of cases was registered in workers with 10 years of experience – 4 %. The average length of service of occupational diseases at the enterprise was 27,1±1,3 years.

Among the victims, the largest number was registered in men – 64 %, the latest cases in women 36 %.

It was found that during the investigated period the largest number of cases of occupational diseases were registered in the following divisions of the enterprise: open-hearth shop – 22 %, smelting shop – 12 %, metallurgical furnace repair shop (MFRS) and agglomeration shop.

Occupational morbidity in the open-hearth shop in nosological forms did not differ from other departments and in the first place there are respiratory diseases – 47,1 %, the next ranks were occupied by vibration disease – 23,6 %, neurosensory deafness – 17,6 % and radiation cataract – 11,8 %. The largest number of cases was registered with crane drivers – 56,6 %, as well as with open-hearth steelmakers, steel bottlers, locksmiths and repairmen. The average age and seniority of employees who were diagnosed with an occupational disease were 48,4±2,6 and 27,1±2,5, respectively. Among the factors that caused the occurrence of occupational diseases, 55,5 % were industrial dust and industrial aerosols, 16,7 % each were industrial noise and vibration, and 11,1 % were infrared radiation.

Analysis of occupational morbidity in the smelting shop showed that the leading nosological form in this shop is respiratory diseases (50 %), in second place there are vibration disease and neurosensory deafness of 20 %, in last place goes radiation cataract, which amounted to 10 %. Cases were registered among such professions as crane driver, painter, site foreman, among which the largest number were crane drivers – 43 %. Among the main factors of the production environment

that caused occupational diseases, fibrogenic dust, which contains free silicon dioxide and chemicals in the air of the work area, is 63,6 % of cases, 18,2 % of cases are caused by vibration and 9 % of cases are caused by exposure to infrared radiation and industrial noise. The average age and length of service of workers with occupational diseases was 52,7±1,3 years and 22,3±3,4 years, respectively.

In the MFRS there were registered cases among such professions as refractories, locksmith-repairman and site foreman. Occupational respiratory diseases account for 80 % of the total number in the shop, the other 20 % account for neurosensory deafness. The average age and seniority of employees with an occupational morbidity is 48±1,4 years and 20,8±1,8 years, respectively. The main factor that contributed to the emergence of occupational diseases in this shop is fibrogenic dust of free silicon dioxide and industrial aerosols – 80 % of cases.

**Conclusions.** The main industry that forms occupational morbidity in Zaporizhzhia region is the metallurgical industry – 87,1 %, among which more than half of cases were registered at ferrous metallurgy enterprises – 77,8 %. The main forms of pathology among employees of regional enterprises are dust pathology – 42,3 % and vibration-noise pathology – 41,4 %. The main reason for the formation of occupational diseases, respectively, is the dust and gassiness of the air of the working area (50,4 %). The largest number of occupational diseases is observed among people with work experience of 20–29 years – 42 %; depending on age at persons of 50–59 years – 43 %. The average level of occupational diseases at one of the leading metallurgical enterprises was 2,99±0,41. The largest share in the structure is occupied by diseases of the respiratory system (43,4 %), vibration disease (28,4 %) and occupational neurosensory deafness (18 %).

#### List of references.

1. Севальнев А. И. Снижения влияния профессиональных рисков на здоровья работников модернизированного металлургического предприятия / А. И. Севальнев, Л. П. Шаравара, А. И. Черняк // Запорізький медичний журнал. – 2015. – № 1 (88). – С. 87–90.
2. Сюрин С. А. Условия труда и профессиональная заболеваемость на предприятиях горнодобывающей и металлургической промышленности Мурманской области / С. А. Сюрин, А. А. Ковшов // Здоровье населения и среда обитания. – 2020. – № 1 (322). – С. 34–38.
3. Lipatov G. Ia. Chemical air pollution of the occupational environment as a factor for professional risk for workers of main occupations in the copper and nickel metallurgy / G. Ia. Lipatov, V. I. Adrianovskii, O. I. Gogoleva // Gig. Sanit. – 2015. – Vol. 94 (2). – P. 64–67.

*Shukurova D.A., Sohibova Z.N., Safarova S.R.*

### CHANGES IN THE MOLECULAR STRUCTURE SEEDS OF TARAXACUM OFFICINALE WIGG DEPENDING ON THE INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS

Department of Histology SEI ATSMU. Tajikistan.

**Relevance.** The processes of the formation of the molecular structure of medicinal plants against the backdrop of constant biosphere pollution are affecting their medicinal properties, which is a topical task of life science. Almost all climatic zones - from subtropical to arctic - are found in a Tajikistan. The rock formations of the country contain all chemical elements which are evidently present in all links of the biosphere. Besides, annual summer dust storms are also a carrier of many harmful factors affecting the ecology of the region.

On the other hand, huge areas of glaciers in the mountains serve as the main link in the condensation of regional waste products and emissions, which are accumulated over time and then get into mountain rivers. Considering that mountain rivers are the main source of drinking water for the regions, they become the main carriers of precipitated particles that can cause changes in plants. Anthropogenic pollution of the environment can cause changes in plants at the chemical and anatomical levels [1]. One of the effective methods for studying these changes is IR spectroscopy.

The constituent parts (leaves, stems, and roots) of the dandelion (*Taraxacum officinale* Wigg) were studied by IR spectroscopy. It was found that the place of growth affects the process of structure formation of the plant [3], which in turn, affects their medicinal properties.

**Aim.** To conduct an IR spectroscopic study of plant seeds growing in various environmental conditions.

**Material and methods.** Dandelion seeds were collected from plants growing in various environmental conditions: near and far from the motorway. To obtain IR spectra, the samples were preliminarily washed with distilled water, then processed with CCL<sub>4</sub> and dried at room temperature for a day in a desiccator. The dried sample was thoroughly grounded in a mortar. To record the IR absorption spectra, 10 mg of the test sample was thoroughly mixed with 600 mg of a spectrally pure KBr mono-crystal powder to get tablets, which were then pressed in a special poisson under vacuum. The IR spectra were recorded on a SPECJRD-75 IR two-beam spectrophotometer under the frequency range of 4000-400cm<sup>-1</sup>.

**Results and discussion.** Significant differences were observed in the IR spectra of samples collected in various locations with various environmental factors in the frequency range 1800-1200cm<sup>-1</sup>. The observed clear absorption band with V<sub>max</sub> at 1720 cm<sup>-1</sup>, characteristic of dandelion seed samples collected along and far from the highway of the city of Dushanbe. In the spectra of samples collected from the tributaries of the Siyoma River (Igizak, Big Igizak, and Small Igizak) it appears as a weak protrusion. The maximum of the absorption band 1620 cm<sup>-1</sup> in the spectra of the samples shifts towards low frequencies by 20-30 cm<sup>-1</sup> and lies at 1600 cm<sup>-1</sup>, while the half-width expands. Changes in the position of V<sub>max</sub> and the intensity of some bands lying in the frequency range of 1480-1200 cm<sup>-1</sup> were also observed.

The observed changes in the position of the V<sub>max</sub> band of 1620 (+10) cm<sup>-1</sup>, related to the absorptions of the C = O (AMID-1) group in the spectra of dandelion seed samples collected along and far from the road, in comparison with the spectra of samples collected in other localities, possibly associated with the formation of carboxyl COOH groups during the formation of the structure.

To confirm the formation of strong intermolecular hydrogen bonds in the structures of the constituent parts of some samples of dandelion seeds, cation-exchange was carried out using copper sulfate salts (CuSO<sub>4</sub>). Comparative analysis of the IR absorption bands before and after cation exchange shows that there is a significant shift in V<sub>max</sub> characteristic bands.

The change in the position of the maximum of the IR absorption bands in the region of valent vibrations of hydroxyl groups (3800-3000 cm<sup>-1</sup>) included in inter- and intramolecular hydrogen bonds in the spectra of seeds after interaction with CuSO<sub>4</sub> salts indicates a different strength of their hydrogen bonds [2] and characterize, as noted above, the specificity of the formation of the physicochemical structure of the constituent parts of organic substances of dandelion seeds in the process of biosynthesis.

## Vmax position and energy of intermolecular bonds for vibrations of hydroxyl groups of dandelion seeds before and after cation exchange

Collection sites	Cation exchange		$\Delta\nu=\nu_0-\nu$	E, kJ
	$\nu_0$ , before	$\nu$ , after		
Close to motorway	3300	3275	25	1,8
Close to motorway	3300	3370	70	5,8
Small Igizak	3240	3315	75	5,53
Igizak	3300	3345	45	3,27
Big Igizak	3300	3364	34	2,46

To maintain the objectivity of the assessment of spectral changes, the energy of intermolecular interactions of the groups contributing to absorption in the frequency ranges 3800-3000cm<sup>-1</sup> and 1800-1500cm<sup>-1</sup> was evaluated using the technique described in works mentioned above[4]. The obtained values of the energy of intermolecular interactions indicate that the contribution of hydrogen bonds to the IR absorption spectra of dandelion seeds differs by more than three times.

**Conclusions.** As a result of spectroscopic analysis of the dandelion seeds, depending on the place of their growth, it was found, that:

- the maximum of the absorption band in the area of manifestation of inter- and intra-molecular hydrogen bonds in seeds depends on the place of their growth;
- the assessment of the energy of intermolecular hydrogen bonds according to the data of IR spectroscopy of seeds shows that the highest energy is present in the samples of seeds collected from plants growing far from the highway.

### Literature:

1. Velikanova N.A. Improvement of the method of quantitative determination of water-soluble polysaccharides in plantain leaves / N.A. Velikanova [et al.] // Creation of new physiological active substances. Voronezh, 2013.-P.216-220
2. Ilyashenko N.V. Influence of the anthropogenic factor on the chemical composition of medicinal and fodder plant materials / N.V. Ilyashenko Author. Cand. dis. - Tver. 2012. —32p.
3. Solovyova V.A. Medicinal plants of traditional medicine. / V.A. Solovyova-OLMA Media Group, M., 2012. P. .
4. Formation of hydrogen bonds in medicinal dandelion (*Taraxacum officinale* Wigg) depending on the place of their growth / T. Shukurov [et al.] // DAN RT, 2011. - T. 51. # 3. P.193-199

*Shukurova D.A., Sohibova Z.N., Imamberdieva M.A.*

## FEATURES OF TEACHING MICROANATOMY FOR FOREIGN STUDENTS IN ENGLISH

Department of Histology SEI ATSMU. Tajikistan.

**Relevance.** The current conditions require a medical university to pay particular attention to fundamental subjects since they create the basis for effective learning in clinical departments. In this regard, the questions of increasing the level of knowledge among junior students are especially acute. The current state of medical science requires such competencies as the willingness to adhere to continuing education, the ability to work independently with information, and make decisions. The number of foreign students increased in ATSMU. The task of using a differentiated pedagogical approach depending on the level of training of the students, both local and foreign [1, 2].

Over several years, the departments of ATSMU has been training doctors from foreign countries in English. The teaching of foreign students at a medical university has its own specificities. In this regard, the continuity of disciplines, which is associated with a sufficient level of knowledge in fundamental subjects, acquires great importance.

**Aim.** To prepare foreign students studying in English to the subject of microanatomy in the framework of higher medical education.

**Material and methods.** Studying microanatomy, students receive knowledge that is used in subsequent courses, therefore, the presentation of the material should ensure a high degree of knowledge survival. Teachers may face the task of increasing the effectiveness of educational activities, which will ensure a high level of knowledge in the subject. The educational process should be focused on the formation of professional competencies that allow students to think creatively, to use the amount of scientific information in basic disciplines for the perception of clinical disciplines, and provide responsible decisions in diagnosis and treatment.

Working with foreign students requires a search for adequate means and technologies of the education process [3].

There are various ways to intensify the learning process. We use the following technique in our work:

- the use of techniques (traditional and innovative) that have the greatest teaching abilities;
- increasing the individual practice of each individual student in this area of knowledge during classroom and extracurricular activities;
- stimulating the intellectual activity of students.

**Results and discussion.** The working team of the department developed and published guidelines in English. These textbook can be used to improve the efficiency of students' independent work, both in and outside the classroom. It helps foreign students to identify tissues and organs, as well as interpret all structures of a microanatomy specimen and sketch the results into an album for practical exercises, where all signatures are made using terminology, grammar, and the style of presenting information in accordance with the lexical, grammatical and stylistic norms of modern English.

Communicative behavior, that is reflecting human qualities, social and group characteristics in a foreign audience should be analyzed from the socio-cultural features point of view, which leads to increased requirements for the qualifications of teachers. A good result during the first years of study is the preparation of basic texts on each topic. This makes it easier for the student to get the basic concepts of the subject and makes it possible in the future to expand and deepen knowledge in a particular area in related and clinical disciplines of subsequent courses.

To achieve psychological willingness for educational activities, the teacher's purposeful work is required to minimize psychological stressors: the correct organization of training sessions, the establishment of a comfortable microclimate in the study group. The classic teaching techniques are still very effective. These are monological methods of presenting knowledge by the teacher through lectures, the final word in a practical lesson, when the teacher logically, consistently sets out the material, gives it a holistic, complete form. Oral presentation of the material is used in combination with other methods: dialogical - interview, testing, practical work. This combination allows to activate the cognitive processes, increase the intellectual load, and improve the assimilation of knowledge.

One of the most important goals facing theoretical disciplines is to create the foundations for the development of clinical thinking of the future doctor. We try to solve this learning problem by offering students situational tasks that simulate a real situation, require building a logical appeal, and making a specific decision.

**Conclusion.** The quality of education of foreign students depends on the systematic control of knowledge in the traditional form of oral questioning, which makes it possible to find out the initial level of knowledge and the quality of self-study; frontal survey, in which the knowledge of a large number of students is tested; test control of knowledge; solving situational tasks; tests of practical skills; demonstration of the ability to work with a microscope; determination of tissue accessory; distinguishing the most important structures and thereby the possibility of a reasoned conclusion on the microscopic subject.

It needs to emphasize that the teacher, his experience, competence, literacy, loyalty, objectivity, and communication skills are of great importance in teaching foreign students, especially in the first years. Thus, only a highly professional implementation of the educational process taking into account the specifics of teaching and can contribute to the successful formation of the professional competencies of a future doctor.

#### Literature:

1. Baidurin S.A. The effectiveness of stimulation training for medical students in the development of practical skills / S.A. Baidurin, N.A. Rutenko, A.S. Idrisov // JSC "Astana Medical University". Collection of abstracts of the conference "Medical Education". M., 2012.S. 125-128.
2. Barinov E.F. Methodological support of teaching histology, cytology, embryology to foreign medical students / E.F. Barinov, Y.B. Tchaikovskiy, S.A. Kashchenko // Ukrainian morphological almanac. - 2013. -T.11, № 1. - C.95-98.
3. Odintsova I.A. Teaching histology, embryology, cytology in the context of reforming higher education / I.A. Odintsova // Morphology. - 2013 - issue, - T.143, p. 81-85.
4. Uçar, H., & Kumtepe, A. T. (2018). Integrating Motivational Strategies into Massive Open Online Courses (MOOCs): The Application and Administration of the Motivation Design Model. In K. Buyuk, S. Kocdar, & A. Bozkurt (Eds.), Administrative Leadership in Open and Distance Learning Programs (pp. 213-235). Hershey, PA: IGI Global.

*Suleymanov S.F., Nazarov J.-S.E., Mansurova M.Kh.*

### IMMUNE SHIFTS IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER DISEASE AND THEIR IMMUNOREHABILITATION

Department of Microbiology, Virology and Immunology of BSMI named after Abu Ali Ibn Sino. Uzbekistan

**Actuality.** Duodenal ulcer (DU) occupies an important place in the structure of diseases of the digestive system. According to world statistics its prevalence among the adult population of all countries reaches from 7 to 10%. The etiology of DU associated with *Helicobacter pylori* (HP infection) is associated with contamination of the mucous membrane (MM) of the gastroduodenal zone - GDZ (gastric MM - GMM and DMM) with these cytotoxic strains of these bacteria [1-3].

The development of various forms of gastroduodenal pathology depends on the resistance of the microorganism, and HP pathogenic strains can show their cytotoxic effect only when the immunobiological properties of the human body are reduced against the background of the developed immunodeficiency status [4-6].

**The purpose of this study** was to study the parameters of immunity in patients with DU and conduct antihelicobacter and immunocorrecting therapy in them.

**Materials and methods.** 52 patients with DU were examined, of whom 37 (71.2%) were men and 15 (28.8%) women aged from 23 to 54 years. The duration of ulcerative history was on average  $6.2 \pm 2.4$  years. The diagnosis of exacerbation of DU was confirmed endoscopically. The average size (diameter) of the ulcers was 0.9 cm. Contamination of the GMM was determined by urease test. All patients showed a high degree of HP-infection. Depending on the treatment, the patients were divided into 2 groups: the 1st group (n = 28) received an eradication regimen consisting of Omeprazole (40 mg/day), De-nol (480 mg / day), Tinidazole (1000 mg/day) for 2 weeks; in the 2nd group (n = 24), the same treatment regimen with the 1st group was used, supplemented with Thymoptinum (Uzbekistan) (1 ml of 0.01%) solution subcutaneously every other day; for a course of 10-12 injections).

Cellular immunity was studied using monoclonal antibodies to CD receptors ("Sorbert Ltd", Russia) of the Institute of Immunology of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. T-lymphocytes were determined (total population - CD3); T-helpers (subpopulation Th - CD4); T-suppressors (Ts subpopulation - CD8); B lymphocytes (subpopulation of CD19) and immunoregulatory index (IRI) - CD4 / CD8. The level of serum immunoglobulins of classes A, M and G was determined according to Mancini (1968). Circulating immune complexes (CIC) were detected by Hascova. Immunological examination was carried out for 2-5 days after the patient was hospitalized, and also 1 month after the treatment. The control group for comparison of immunological parameters was 36 practically healthy individuals (25-55 years).

**Table 1. Dynamics of changes in cellular immunity in patients with DU in the process of immunomodulatory therapy (M ± m).**

Indicators		Patients of the 1 <sup>st</sup> group	Patients of the 2 <sup>nd</sup> group	Control group
	A	39 ± 1,2***	43 ± 2,3**	
	B	42 ± 1,4***	64 ± 2,6***	
	A	25 ± 0,9***	23 ± 1,1***	
	B	28 ± 1,4***	44 ± 1,6***	
	A	15,1 ± 1,4	16,5 ± 1,3	
	B	16,2 ± 1,6	19,1 ± 1,0	
	A	1,6 ± 0,2**	1,5 ± 0,2*	
	B	1,7 ± 0,1*	2,3 ± 0,2	
	A	11 ± 1,2**	11,7 ± 1,5	
	B	13 ± 1,6	17,2 ± 2,1	
	B	19,6 ± 0,7***	18,7 ± 0,5**	

Note: A - indicators before treatment, B - indicators after treatment; \* - p<0.05; \*\* - p<0.01; \*\*\* - p<0.001 compared to control.

**The results of research and their discussion.** In a retrospective analysis of the results of immunological examination presented in the tables 1, 2 it was found that the acute phase of DU was accompanied by a decrease in the level of the general population of T-lymphocytes (CD3). Differences were found in groups with different outcomes of eradication therapy: patients with the 1st group had a lower T-cell content in the blood than patients with the 2nd group. Also in both groups there was an imbalance of T-cell subpopulations with a decrease in their helper share (CD4) and an increase in the number of suppressors (CD8); a significant decrease in IRI and B-lymphocytes (CD19) was registered, which indicates profound changes in reactivity in patients with DU.

With exacerbation of DU in both groups, a significant decrease in IgA and IgM levels was observed with a simultaneous increase in IgG indices ( $p < 0.01$  in the 1st;  $p < 0.001$  in the 2nd group), which indicates violations in the humoral component of the immune system. Changes in immune homeostasis are also accompanied by a significant, 3-fold increase in the level of the CIC ( $p < 0.001$ ).

**Table 2. Dynamics of changes in humoral immunity in patients with DU in the process of immunomodulatory therapy ( $M \pm m$ ).**

Indicators		Patients of the 1 <sup>st</sup> group	Patients of the 2 <sup>nd</sup> group	Control group
	B	13 ± 1,6	17,2 ± 2,1	
	A	2,2 ± 0,3	2,3 ± 0,4	
	B	2,5 ± 0,5	2,9 ± 0,2	
	A	1,3 ± 0,1*	1,2 ± 0,2*	
	B	1,02 ± 0,2***	1,5 ± 0,2	
	A	20,4 ± 0,6***	19,4 ± 0,8**	
	B	19,6 ± 0,7***	18,7 ± 0,5**	

Note: A - indicators before treatment, B - indicators after treatment; \* -  $p < 0.05$ ; \*\* -  $p < 0.01$ ; \*\*\* -  $p < 0.001$  compared to control.

The formation of a peptic defect is not only the result of local damage to the DMM against an imbalance of aggression and the protection of HP microbial contamination, but also a consequence of a breakdown in adaptation, an imbalance in the immune system. DU in most patients is associated with intestinal dysbiosis, microbial antigens of which can cause sensitization and exacerbate the immune deficiency in DUD patients [1, 2]. Healing of the peptic defect was achieved in a shorter time with successful eradication of HP (in the 1st group - for  $24.8 \pm 1.2$  days with an eradication efficiency of 59%; in the 2nd group - for  $17.3 \pm 0.46$  days with an effectiveness eradication 86%). After treatment, patients with the 1st group had lymphopenia; the level of the total population of T-lymphocytes CD3 (Table) was reduced, as was its helper CD4 fraction ( $p < 0.01$ ) with a high level of CD8 suppressors, which was significantly different from the corresponding parameters of the 2nd group. A reduction in the IRI to 1.5 at a rate of 2.1 confirms the imbalance in the CD4 / CD8 system in patients with ineffective eradication.

Patients of the 2nd group, after immunocorrective therapy, showed an effective increase in the number of T CD3, B cells (CD19) (Table), with a simultaneous increase in the proportion of Th (CD4) and IRI to 2.3 (normal 2.1), which was much higher than similar values from the 1st group ( $p < 0.001$ ). Apparently, a positive shift in the functioning of the T-cell (an increase in CD3, CD4 and a decrease in CD8) component of the immune system contributes to the eradication of HP. In addition, an increase in B-lymphocytes (CD19) and IgA levels was observed in this group compared to the data before treatment ( $p < 0.001$ ) (Tables 1, 2).

**Conclusion.** Thus, DU in the recurrence stage is characterized by a deep deficit of most of the parameters of the body's immune system with a high HP infection of GMM and DMM. Predictors of ineffective eradication are a significant decrease in the number of CD3, CD4 and IRI, as well as a decrease in the concentration of IgA. On the contrary, clinical and endoscopic remission of patients of the 2nd group (immunomodulating therapy) was accompanied by a significant increase in the parameters of cellular-humoral immunity, which positively affected the results of eradication and immunocorrective therapy.

#### List of References:

1. Белоусова, И.Б. Макаренко В.К. Применение квадротерапии при Helicobacter pylori-инфекции / И.Б. Белоусова // Современные научные исследования и инновации. 2014. – № 11. – Ч. 3 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2014/11/37827> (дата обращения: 14.09.2020).
2. Исаева, Г. Ш. Биологические свойства и вирулентность / Г.Ш. Исаева, Р.И. Валиева // Helicobacter pylori КМАХ – 2018.– Том 20, №1. – С. 14–23.
3. Файзуллина, Р. А. Факторы патогенности и вирулентности Helicobacter pylorii их роль в развитии хеликобактер-ассоциированной гастродуоденальной патологии / Р.А. Файзуллина, Е.В. Абдуллина / Патология. – № 1 (49) март. – С. 74–78.
4. Polunina, T. E. Modern therapy of gastric ulcer and duodenal ulcer / T.E Polunina // Medical Council. – 2011. – № 3–4. – С. 82–86. (In Russian).
5. Suleymanov, S. F. Application of Immunotherapy in Patients with the Duodenal Ulcer Diseases / S.F. Suleymanov // LVI Intern. Corres. Sci and Pract. Conf. «International Scientific Review of the Problems and Prospects of Modern Science and Education» (Boston. USA. March 24-25, 2019). – 2019. – P. 81–83.
6. Immune Status in Patients with Duodenal Ulcer and Influence on her Immunomodulatory Therapy / S.F. Suleymanov, M.Kh.Mansurova, G.U. Sagdullayeva, J.-S.E. Nazarov // AJMR. – 2019, December. – Vol. 8, Iss. 12. – P. 84–87.

*Tereshchenko L.V., Zambrovskaya L.V.*

#### CHARACTERISTIC OF THE MAIN DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE PROCESS OF DIGITALIZATION

Department of Social Pharmacy, National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Relevance.** Information technologies penetrate into all spheres of human life, significantly expand their capabilities and simplify work. The health care system is also the target of the introduction of information and communication technologies. The potential contribution of e-health and m-health to increasing the availability of medical and pharmaceutical provision for the population is widely recognized. The concept of e-health comes from the definition of "the cost-effective and safe use of information and communication technologies in support of health care and related areas" (1). The importance of

the development of this area for health is evidenced by the fact that the Global E-Health Observatory has been created at the World Health Organization. Since 2003, European cooperation has been carried out in accordance with the E-Europe Action Plan and the Public Health Action Program. Elements of e-Health (e-Health) are actively implemented in medical practice and in the work of pharmacies in all countries.

**The purpose of the study.** Analysis of the health system based on the use of modern information technologies.

**Material and research methods.** The methodological basis of the work was a review of the modern concepts of the development of world health care and pharmaceutical management. Research methods: historical, comparative, analytical, etc.

**The results of the study and their discussion.** EHealth and mHealth are technologies that bring services closer to patients in line with the "Health – 2020: European policy framework and strategy for the 21st century and the Global Strategy for Human Resources for Health: Workforce 2030". The literature review identified several examples of the use of e-health and m-health technologies in the digitalization of health services, including the introduction of electronic health records, electronic prescriptions, and other information technology use data. Data analysis shows that e-health and m-health can be used as tools to respond to challenges such as healthy aging, universal and equitable access to pharmaceutical health care services in the context of the growing burden of chronic disease. (2) In particular, e-health and m-health are demonstrating their potential in the following areas: formation of a system of national information resources; facilitating the provision of personalized, patient-centered pharmaceutical care at an affordable cost; increasing the availability of a wide range of services at all levels of medical and pharmaceutical care; improved decision-making about therapy and treatment prescription by optimizing interactions between different health care providers; improving the efficiency of managing patients with chronic diseases in long-term institutions and at home; formation of legal, organizational, scientific, technical, economic, financial, methodological and humanitarian prerequisites for promoting the development of a healthy lifestyle and self-help.

**Conclusions.** Information technology: a Paradigm for resilient health care to future challenges, which provides examples of the successful use of information and communication technologies in integrated health care and pharmaceutical delivery.

#### References.

1. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: //WHO Regional Office for Europe - 2013.
2. The contribution of eHealth and mHealth to improving the performance of the health workforce: a review Renewing Health Project (Final Report). //Brussels: European Commission.- 2014.

*Tolstikova E.A., Mumin Mustapha A.*

#### FEATURES OF TRAINING PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS IN GHANA

Pediatrics 3 and neonatology department. Dnepropetrovsk Medical Academy. Ukraine

**Topicality.** Every year the number of foreign students, including from the African continent, studying at the Dnepropetrovsk Medical Academy, which is one of the best medical universities in Ukraine, is increasing. Among the African countries currently represented, a certain number are students from Ghana, a state located in West Africa with a population of about 28 million.

With the literacy rate of Africa around 65% and Ghana around 75%, education has always been the landmark and backbone of every government. Twenty years ago, the literacy rate was around 40% which made the country set goals to achieve increased literacy rate within twenty years. The childhood mortality rate was very high as well so pediatrics education and infrastructure was of key interest. Educational and health reforms were seen across the country and massive infrastructure on school's universities and hospitals were put up across the whole of Ghana. It all began by making primary and Junior high school education mandatory and free for all by the government and free primary healthcare for children under the age of 18 years. Three years ago the senior high school education was also made free and accessible for all and a standard health insurance for all Ghanaian no matter the age [1].

**Purpose of the study.** To describe the features of training public health professionals in Ghana.

**Material and research methods.** Some features of the training of specialists in the health care system of Ghana are analyzed by studying the basic methods of the system of higher medical education in Ghana.

**Research results and their discussion.** There are 6 medical schools in Ghana, 5 public controlled by the government with government subsidies and minimum tuition fee and one private. Medical schools have their training sessions in teaching hospitals which are specifically dedicated to healthcare professionals training and medical care. Some medical schools however have polyclinics in the universities, owned by the universities and dedicated to training of medical students during their clinical rotations. It is mandatory that aspiring medical students pass their secondary school examination with distinction in the specialty of general science where they study physics, mathematics, chemistry and biology as elective subjects. Due to the number of medical schools and slots available for the training, each university takes about 120 students. However, we have more than ten thousand applicants by the end of the examination making medical school a very competitive field of entry and only the very best gets the chance to study medicine in Ghana. The distinguished students after application write entrance exams organized by the university and are later interviewed to see if they can be future professionals.

Medical educational systems are divided in two types: the traditional system and the Problem Based Learning system. Currently the widely used and modest system is the Problem Based Learning (PBL) where students are always given clinical scenarios and learning objectives to research in groups. During the first three years, students study the basics of medicine and the remaining three years are dedicated to clinical practice and studies.

For most medical schools, pediatrics education begins only in fifth and sixth year of medical education. At the beginning of the cycle every medical student is assigned a supervisor who is an experienced doctor in the hospital where they are to practice. Every student during the pediatrics cycle is assigned three beds in the ward where they specifically have to study the case dynamics of their patients each and every day and discuss it with their supervisor. During this period, they have 1-2 hours lectures 2-3 times every week where about 100 students in a hall are lectured by a professor on specific pediatrics topics. During their time in the pediatric ward, the junior doctors, senior doctor and even consultants discuss with them randomly about issues affecting their patients. In no specific order they are sometimes trained on some maneuvers or some important practical experience but that is totally subjective on the hospital staffs available in the specific ward. The disadvantage of the system is you might have your whole cycle without discussing some pediatrics topics because there was no

such case in the ward during your clinical rotations.

After 8 weeks of wards practice an examination is organized which is normally OSCE based. The students prepare on the basic practical knowledge needed in the course such as assessing physical and mental developments, resuscitations tactics and stabilizing patients before contacting their senior colleague. At the end of the year they write a multiple choice question (MCQ) organized by the university's administration and during the summer break, they travel to rural areas for community outreach. During this period there are to access problems, find solutions and work under healthcare centers with less facilities. The fifth year pediatrics studies are determined on clerking of patients and finding causes of diseases however the sixth year pediatrics course is dedicated to treatment.

The curriculum of studies is almost the same like other countries which are continuously revised based on World Health Organization and Ghana health service guidelines and recommendations [2].

The COVID 19 pandemic however changed the educational system of Ghana when it started spiking. We recorded our first cases in late March 2020. Due to social distancing protocols, the President of the Republic shut down all gatherings including educational institutions and universities. The university polyclinic and teaching hospitals were limited for patient use only and some of which were even converted to COVID 19 treatment centers. Education for medical students and pediatrics students continues remotely where they are sent study material and sometimes have zoom classes.

The rate of infection started decreasing in July leading to loosening of social restricting protocols. The easing process started by resuming offline classes in batches where final year students resumed school for two months. During these two months, their syllabus is packed and are supposed to write their final exams by the end of the second month. Protocols like social distancing are massively observed in the universities, free masks and hand sanitizers were provided by the government to all the final year students. It is also prohibited as part of the protocol to have mass gatherings and to practice in the children's clinical wards. After they are done with their exams, the next batch begins their offline class for the next two months in that same order. At the moment 4th year medical students are on campus learning to write their final exams [3].

**Conclusions.** In conclusion, it should be emphasized that the system of training public health professionals in Ghana is quite modern and continues to improve, mainly meeting the high requirements for training specialists in higher medical education. The educational interventions described and improved access to health care have helped reduce overall and child mortality in Ghana.

#### **List of literature.**

1. Strachan, DL. Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities / Strachan DL., Källander K, ten Asbroek AH, et al. // *Am. J. Trop. Med. Hyg.* – 2012. – Vol. 87, № 5. – P. 111–119. doi:10.4269/ajtmh.2012.12-0030 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
2. Donne Kofi Ameme. Training Ghanaian frontline healthcare workers in public health surveillance and disease outbreak investigation and response / Donne Kofi Ameme, Kofi Mensah Nyarko, Edwin Andrews Afari, Simon Antara, Samuel Oko Sackey, Fred Wurapa / *Pan. Afr. Med. J.* – 2016. – Vol. 25, № 1. -Published online 2016 Oct 1. doi: 10.11604/pamj.supp.2016.25.1.6179 PMID: PMC5257016
3. [http://sgs.ug.edu.gh/sites/sgs.ug.edu.gh/files/Sch\\_PHealth.pdf](http://sgs.ug.edu.gh/sites/sgs.ug.edu.gh/files/Sch_PHealth.pdf)

*Valutite D.E., Ostankova Yu.V., Semenov A.V*

### **DRUG-RESISTANT MUTATIONS OF HEPATITIS C VIRUS IN PATIENTS WITHOUT PREVIOUS THERAPY.**

Institut Pasteur in Saint-Petersburg for Research in Epidemiology and Microbiology of Federal Service

**Relevance.** More than 80% of patients with acute hepatitis C resolve their illness into chronicity. Thus, there is no doubt about the need for effective antiviral therapy [1]. Direct antiviral drugs (DAAs) have shown good results in achieving a sustained virological response - in more than 98% of cases. However, some patients may not respond to therapy due to the occurrence of mutations associated with drug resistance of the hepatitis C virus to DAAs [2].

**Objective.** To identify drug resistance mutations of the hepatitis C virus in patients without prior therapy.

**Materials and methods.** We used blood samples from 23 patients with chronic viral hepatitis C who had not previously received treatment with drugs of direct antiviral action. The viral load of the hepatitis C virus was determined using the AmpliSens HCV-Monitor-FL kit according to the manufacturer's instructions. Virus genotyping was performed using the AmpliSens HCV genotype-FL kit according to the manufacturer's instructions. The nucleotide sequences of three regions (NS3, NS5a, NS5b) associated with resistance mutations for each sample were obtained.

**Results.** The distribution by genotypes was as follows: 1a-7% 1b-56% 3a-37%, respectively. As a result of the analysis of regions NS3, NS5a, NS5b, resistance mutations were identified in two cases (8.7%). One of the patients was found to have an amino acid substitution of glutamine for lysine at position 80 in the NS3 region. This mutation is the reason for a decrease in the sensitivity of the virus to the drug Simeprevir. Another patient had an amino acid substitution of alanine for lysine at position 30 in the NS5a region. This mutation is the reason for a decrease in the sensitivity of the virus to the drugs Daklatasvir and Ledipasvir.

**Conclusions.** Patients who are naive about DAA treatment are also likely to have nucleotide substitutions in three regions, leading to a lack of response to therapy. Thus, conducting an analysis for the resistance of WASH to DAA before prescribing therapy will adequately prescribe the therapy.

#### **Bibliography**

1. Global epidemiology of hepatitis C virus subtypes and resistance mutations as determined by sequencing // Welzel, T. M., Bhardwaj, N., Hedskog, C., Chodavarapu, K., Camus, G., McNally, J., & Jacobson, I. (2017) // *Journal of Hepatology*, 67, 224-236
2. Modern view of resistance to drugs of direct antiviral action in the treatment of viral hepatitis C // Kitchatova V.S., Kyuregyan K.K. // *Infectious Diseases: News. Opinions. Training.* - 2019. - T. 8. - No. 2 (29).



MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC ADAPTIVE CHANGE OF KIDNEYS IN THE EARLY TERMS  
IN HIGH ALTITUDE

Department of Human anatomy and Latin medical terminology named after Ya.A. Rakhimov  
SEI Avicenna TSMU .Tajikistan

**The actuality of the problem.** Investigations devoted to the study of the adaptation of the organism to various environmental conditions are relevant, have national economic importance, especially for our mountainous republic. It is known that the process of active transport, which underlies the functional status of the kidney, determines the high energy consumption and oxygen consumption by the tissues of kidneys.

**The aim of the work.** To study the complexes of histological, histochemical and morphometric characteristics of adaptive changes in the kidney, which cause the restructuring of the vessels of the microcirculatory link of the organ during the adaptation of the organism to the factors of high mountains.

**Materials and research methods.** The morphological and morphometric study of vascular and tissue formations was studied on 30 sexually mature dogs of both sexes weighing 10-15 kg, which were raised into the mountains of Anzob pass, an altitude of 3375 meters above sea level. The object of the study was whole and total preparations of different parts of the kidney and its fibrous capsules. After the animals were slaughtered, the kidneys were removed, their weight was measured, and by a safe blade was cut into a standard number of pieces. The kidneys were fixed into 10% of neutral formalin solutions.

**Research results and their discussion.** It is currently considered that the structure of organs vessels, the nature of their branching are in accordance with the specific structure of the blood supplied organ, the peculiarities of its functions. This fully applies to the circulatory system of the kidney, which is closely related to its structure and function. The implementation of the vital functions of the kidneys is associated with the structural features of their blood vessels and capillaries inside the organ.

We have studied 30 kidney preparations. It has been established that each kidney is supplied with blood by one renal artery (a. Renalis) with a diameter of 0.3 - 0.5 cm, which extends from the abdominal aorta and is the main source of arterial nutrition of the kidney. Along with the renal artery, the so-called transcapsular arterial branches take part in the blood supply of the kidney. Many anastomoses were found between the ordinal arteries of the fibrous capsule and the blood vessels of the kidney itself. After entering into the portal of the kidney, the aorta is divided into 7-9 interlobar arteries or arteries of the 2nd order (aa. Interlobares) with a diameter of 0.3-0.5 mm, which pass between the pyramids in the medullary substances to the border zone. Here, Arcuate arteries (aa. Arcuatae) or arteries of the 3rd order, with a diameter of 350-450 microns depart from the interlobar arteries, located in the connective tissue layer between the cortex and the medullary substances. On preparations stained according to Weigert, we were able to identify elastic fibers that form the outer and inner membranes in the walls of the ordinal arteries of the kidney. It can be seen that the elastic fibers of the outer layer of the wall of the arcuate artery, intertwining with each other, form a reticular structure, and the inner elastic membrane forms a marked sinuous tape. Interlobular arteries (aa. Interlobulares) or 4th order arteries with a diameter of 70-90 microns go from the arcuate arteries to the cortical substance, giving rise to numerous intralobular arteries, from which the bringing glomerular arterioles begin. From the superior intralobular arteries, the afferent arterioles with a diameter of  $28.54 \pm 0.48$  microns are directed to the short and intermediate nephrons, and from the lower ones - to the juxtamedullary substances.

In the wall of bringing arterioles, there are accumulations of smooth muscle elements that regulate blood flow in the network of capillary glomeruli.

As the caliber of arterioles decreases, the number of muscle elements in their wall decreases markedly. The bringing arterioles, entering the capsule of glomeruli, disintegrate into capillary loops.

**Conclusion.** The obtained results indicate that vascular and tissue rearrangements in the dog's kidney are due to high plasticity, reserve capacity of intraorgan vessels and nephron elements under the action of high altitude environmental factors unusual for unadapted animals. Processes of rearrangements are reversible and have a compensatory and adaptive nature, which should be taken into account when developing therapeutic and preventive measures for the successful adaptation of the body to high mountain conditions.

**Literature:**

1. Pwaller .R.,Ritinger . Quantitative morphology of the rat Kidney // Int. J. Biochem. - 1980. V.12. 1-2. -p. 17-22.
2. Jamison R.L. Short and long loop nephron. // Kidney Int. - 1987. -V.31. - N.2. - P. 597-605.
3. Clapp W.L., Modsen K.M., Uerlander J.W., Fisher C.C. Intercalated cells of the rat inter medullary collecting duct // Kidney Int. - 1987. -V.31. - N5. - P. 1080-1087.
4. Altachul R. Endothelium. I is development, morphology function and pathology. - Macmillan. New York. - 1954.
5. Beewres R. The vascular organization of the Kidney // Ann. Rev. Physiol. - 1980. - 42. - P. 331-342

<sup>1</sup>Zvyagintseva T.V., <sup>2</sup>Myronchenko S.I., <sup>3</sup>Naumova O.V.

MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC SKIN CHANGES OF GUINEA PIGS EXPOSED TO LOCAL  
ULTRAVIOLET IRRADIATION UNDER THE EFFECT OF METHYLURACIL OINTMENT WITH  
SILVER NANOPARTICLES

<sup>1</sup>State Institution «Romodanov Neurosurgery Institute of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv,  
Ukraine

<sup>2</sup>Department of Normal and Pathological Physiology, National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

<sup>3</sup>Department of Pathological Anatomy, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Relevance.** Exposure to ultraviolet radiation on the skin significantly disrupts its morphological and functional state. Morphofunctional skin disorders in the area of local ultraviolet irradiation actualize the problem of developing therapeutic and prophylactic measures based on the mechanisms of the damaging effect of ultraviolet radiation [1]. Recently, a new substance has been created that contains methyluracil (it has an anti-inflammatory effect) and silver nanoparticles (SNPs) [2]. The substance was obtained at the International Center for Electron-Beam Technologies of E.O. Paton Electric Welding Institute of the National Academy of Sciences of Ukraine (the method of obtaining SNPs, proposed by academician BO

Movchan [3], consists in electron-beam evaporation and condensation of substances in a vacuum). On the basis of the substance, together with PJSC "Chervona zirka" methyluracil ointment with SNPs was made [2].

**The goal** is to study the effect of methyluracil ointment with silver nanoparticles on morphological and morphometric changes in the skin of guinea pigs after local ultraviolet irradiation.

**Materials and research methods.** The studies were carried out on 78 albino guinea pigs weighing 400-500 g, divided into 4 groups: group 1 - intact animals; 2 - animals exposed to local ultraviolet irradiation, control, without treatment; 3 - animals exposed to local ultraviolet irradiation using a 10% methyluracil ointment (OJSC Nizhny Novgorod Chemical and Pharmaceutical Plant "Nizhpharm", Russia); 4 - animals exposed to local ultraviolet irradiation using an ointment containing methyluracil and SNPs. Erythema was induced by irradiation of the shaved area of the skin using a mercury-quartz irradiator OKN-11-M, placed at a distance of 10 cm from the animal, for 2 minutes [4]. The ointment was applied to the damaged area of the skin 1 hour before, 2 hours after irradiation, and then every day until the erythema disappeared. After 2 hours, 4 hours, on the 3rd and 8th days, the fragments of the irradiated skin were examined using histochemical and morphometric methods [5]. The preparations stained by histological and histochemical methods were examined using an Olympus BX-41 microscope using Olympus DP-Soft software (Version 3:1).

**Research results and their discussion.** Under the influence of ultraviolet irradiation in the minimum erythema dose, inflammatory-degenerative changes in the skin develop in guinea pigs, which reached the highest severity on the 3rd day after irradiation and are characterized by thickening of the epidermis (1.8 times relative to intact animals), loss of intercellular contacts with tissue vacuolization in the area of the dermo-epidermal junction, the appearance of leukocyte infiltration of the dermis, apoptotic changes in epidermal cells (sunburn cells), focal proliferation of fibroblasts, the density of which increases 1.9 times compared with the group of intact animals, pronounced changes in collagen and elastic fibers of the dermis in 100% animals. In the early post-erythema period (8th day), proliferative-hyperplastic and degenerative changes, including those of a dystrophic nature, grow in the skin, which are confirmed morphometrically (violations of the structure of collagen and elastic fibers were revealed). On the 8th day after ultraviolet irradiation, the thickness of the epidermis reaches its maximum: it exceeds the norm by 3.4 times, mainly due to the prickly, granular and stratum corneum. The density of fibroblasts on the 8th day is also maximum, exceeding the norm by 3.8 times.

Under the conditions of using methyluracil ointment, microscopic and morphometric examination of skin preparations reveals in the first three days mainly morphological signs of the exudative phase of acute inflammation, the intensity of which is most pronounced up to 3 days of the study and is characterized in all observations by circulatory disorders (vascular congestion, edema of the dermis and epidermis with loss of intercellular contacts with vacuolization of tissue in the area of the dermo-epidermal junction), the marginal standing of leukocytes with their subsequent migration outside the vascular wall and leukocyte infiltration of the dermis in 50% of cases, alternative changes (vacuolar dystrophy and apoptosis of the epidermal cell (50%), focal lesions of the connective fibers (66.7%). On the 3rd day of the experiment, signs of proliferative activity of cells in the epidermis and dermis begin to be recorded, which is morphometrically confirmed by a significant increase in the thickness of the epidermis and the density of fibroblasts in the papillary layer of the dermis compared to intact animals. Up to 8 days, the severity of hyperplastic and dystrophic processes in the epidermis decreases, and in the dermis there is a focal increase in the proliferative and synthetic activity of fibroblasts with the initial manifestations of stromal collagenization at the loci of damaged connective fibers. At the same time, in comparison with the control group, this process in the study group is less pronounced, which is morphometrically confirmed by a significant decrease in the density of fibroblasts in the papillary dermis.

The use of methyluracil ointment with silver nanoparticles showed that within 2, 4 hours and 3 days of the experiment, increasing exudative processes develop in the skin, among which discirculatory changes in the form of hyperemia and edema of tissues prevail, which take place in all studied cases, in 50% of observations are accompanied by a weakly expressed dermo-epidermal activity, in 33.3% - leukocyte infiltration of the dermis. Alternative changes in the skin are characterized by vacuolar dystrophy and apoptosis of epidermocytes in 50% of cases, foci of damage to collagen and elastic fibers in 33.3% of cases. Along with exudative and alternative changes, the proliferative activity of skin cells appears on the 3rd day. In morphometric studies, the thickness of the epidermis and the density of fibroblasts in the papillary layer of the dermis significantly increase in comparison with intact animals. On the 8th day of the experiment, discirculatory changes are not recorded in the skin, the intensity of dystrophic and proliferative processes in the epidermis decreases. In the dermis, at the loci of the previous damage to the connective fibers, there is an increase in fibroblast hyperplasia with an uneven thickening of the bundles of collagen fibers of the reticular layer. However, morphometric indicators of the intensity of proliferative processes in the epidermis and dermis are significantly lower than in the corresponding period in the control group, which is associated with the less common nature of previous injuries in the study group. Thus, both ointments neutralize the negative effects of ultraviolet radiation. At the same time, methyluracil ointment with silver nanoparticles is more effective.

### Conclusions.

1. Methyluracil ointment and methyluracil ointment with silver nanoparticles have a positive effect on the state of morphological structures of the skin, damaged as a result of local ultraviolet irradiation, in the erythema and early post-erythema periods.

2. Under the influence of methyluracil ointment with silver nanoparticles, the structure of the skin exposed to ultraviolet irradiation returns to normal faster, which is confirmed by morphometric indicators (sunburn cells, leukocyte infiltration of the dermis, changes in collagen and elastic fibers, dermo-epidermal activity, epidermal thickness and fibroblast density in dermis).

### References.

1. Mechanisms of photoaging and cutaneous photocarcinogenesis, and photoprotective strategies with Phytochemicals. R. Bosch, N. Philips, J.A. Suarez-Perez [et al.] / *Antioxidants*. – 2015. – № 4. – P. 248-268.
2. Patent 77777 Ukraine, MPK A61K9/06 A61K 33/38, A61R 29/00. A method for increasing the anti-inflammatory activity of pharmaceuticals in soft dosage form; Lesnoy V. N., Zvyagintseva T. V., Trutaev I. V., Mironchenko S. I.; applicant and patentee Trutaev I. V. - No. u 2012 10159; declared 08/27/2012; publ. 02.25.2013, Bul. No. 4.
3. Movchan, B.A. Electron-beam hybrid nanotechnology of deposition of inorganic materials in vacuum / B.A. Movchan // *Actual problems of modern materials science*. - 2008. - T. 1. - P. 227-247.
4. Stefanov, A.V. Bioscreening. Medicines / A. V. Stefanov. - K.: Avicenna, 1998. -- 189 p.
5. Lilly, R. Pathohistological technique and practical histochemistry / R. Lilly. - M.: Mir, 1960. -- 648 p.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>М.К. Гулзода.</i>	3
<b>ХИРУРГИЯ</b>	
<i>Абдувохидов А.А.<sup>1,2</sup>, Мухитдинов З.<sup>1</sup>, Юнусов Н.Х.<sup>2</sup>.</i> <b>ТАЪСИРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИН БА КОБИЛИЯТИ ШАХВОНИИ БЕМОРОНИ</b>	5
<i>Абдуллозода Д. А., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.</i> <b>АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</b>	6
<i>Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.</i> <b>ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</b>	7
<i>Абдуллозода Д.А., Набиев.М.Х., Холов А.Д.</i> <b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УДАЛЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ</b>	9
<i>Абдулоев М.С., Курбонов С.Х., Аскарлов А.Т., Ашуров Б.О.</i> <b>ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЗАПОЗДАЛОМ ПОСТУПЛЕНИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ</b>	10
<i>Абдулоев М.С., Курбонов С.Х., Аскарлов А.Т., Ашуров Б.О.</i> <b>ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЗАПОЗДАЛОМ ПОСТУПЛЕНИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ</b>	11
<i>Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Муминов С.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ</b>	12
<i>Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Муминов С.</i> <b>ГИГАНТСКАЯ ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА СЕЛЕЗЕНКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)</b>	14
<i>Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Муминов С.</i> <b>СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ВЫЯВЛЕННЫХ АКТИВНЫМ ПУТЕМ</b>	14
<i>Абдурахманова Ф.М., Умарова Т.С., Акрами П.С.</i> <b>ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА</b>	16
<i>Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д.</i> <b>ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ</b>	17
<i>Адилова С.Р., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И.</i> <b>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</b>	18
<i>Адылова Ф.Х., Махаммадиев А.А., Саидов Д.Х.</i> <b>АУДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ</b>	20
<i>Адылова Ф.Х., Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.</i> <b>СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ</b>	22
<i>Азиззода З.А., Холматов П.К., Курбонов И.К., Али-Заде С.Г.</i> <b>МИНИИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ</b>	23
<i>Азимова Дж.К., Кадамалиева М.Д.</i> <b>ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И АОС ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН</b>	24
<i>Али-Заде С.Г., Назаров Ш.К., Назаров Т.Ш., Додихудоев Р.А.</i> <b>КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЁННОГО ЖИДКОСТНЫМ СКОПЛЕНИЕМ В САЛЬНИКОВОЙ СУМКЕ</b>	26
<i>Али-Заде С.Г., Назаров Х.Ш., Салимов Д.С., Сараев А.Р.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА</b>	28
<i>Али-Заде С.Г., Назаров Ш.К., Салимов Дж.С., Ганиев А.</i> <b>АМИЛАЗА И ЛИПАЗА СЫВОРОТКИ, ТРИПСИНОГЕН И АМИЛАЗА В МОЧЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА</b>	29
<i>Амонов Ш.Ш, Рашидов Ф.Ш, Бокиев Ф.Б.<sup>1,2</sup>, Хван И.Н.<sup>1</sup>.</i> <b>ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПЕРГИДРОЛЕМ</b>	30
<i>Аникин С.В., Яновой В.В.</i> <b>ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ</b>	32
<i>Артыкбаев А.Ж., Исмаилов Ж.К., Джумабеков А.Т.</i> <b>ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА</b>	33

<i>Артыков К.П., Азизов К.Н., Иброхимов И.Т.</i> ВЫБОР ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА	34
<i>Артыков К.П., Азизов К.Н., Иброхимов И.Т.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФАСЦИАЛЬНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ВТОРИЧНОЙ РИНО- ПЛАСТИКЕ	35
<i>Артыков К.П., Азизов К.Н., Иброхимов И.Т.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗМЕЛЬЧЕННОГО ХРЯЩА ПРИ ВТОРИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ	36
<i>Артюшкевич А.С.<sup>1</sup>, Руман Г.М.<sup>1</sup>, Корженевич Е.Н.<sup>2</sup></i> КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА ПОСЛЕ ХЕЙЛО И УРАНОПЛАСТИКИ	37
<i>Аскарлов А.Т., Раззоков А.А., Мухамедова И.Г., Абдулоев М.С</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ	38
<i>Аскарлов А.Т., Раззоков А.А., Мухамедова И.Г., Абдулоев М.С</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТОСИНТЕЗА, ОСЛОЖНЁННОГО ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ	39
<i>Аскарлов А.Т., Раззоков А.А., Мухамедова И.Г., Абдулоев М.С</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТОСИНТЕЗА, ОСЛОЖНЁННОГО ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ	41
<i>Аскарлов А.Т., Раззоков А.А., Мухамедова И.Г., Абдулоев М.С.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ	42
<i>Ахмедов Дж.А., Давлатзода Б.Х., Куватов Ш.К.</i> ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ	44
<i>Ахмедов Дж.А., Давлатзода Б.Х.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	45
<i>Ахророва З.А., Бекназарова Г.М., Эргашев М.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА ДО И ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	45
<i>Аиуоров А.С., Кобилов К.К., Иброгимов Э.К., Муродов И.Х.</i> ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	47
<i>Аиуоров А.С., Кобилов К.К., Мансуров Х.Н., Муродов И.Х.</i> ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	48
<i>Бсгаков У.М.</i> НАТИЧАҶОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ШАКЛҶОИ ОРИЗАНОКИ СИНДРОМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ	49
<i>Беляк М.А., Кольцова С.В., Морозов А.М.</i> АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЛЬ- ЦЕВ КИСТИ	51
<i>Блинов Н.В., Фролов С.А., Каганов О.И.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬ- НЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	52
<i>Блинов Н.В., Фролов С.А., Каганов О.И.</i> МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	53
<i>Бобожонов М.Н., Бердиев Р.Н., Джуразода М.А.</i> ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА	53
<i>Бустонов М.О., Парпиев Ш.Х., Бустонов Б.М.</i> СОЧЕТАНИЕ ПОСТАНГИНАЛЬНОГО СЕПСИССА С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ФАСЦИИТОМ	55
<i>Валдошова С.Ш., Додхоева М. Ф.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЁЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	56
<i>Василевский В. П., Дуксо В.А.</i> ТРОМБЭКСТРАКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	58
<i>Герасимчик П.А., Предко В.А.</i> КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ В ХИРУРГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	58
<i>Гукасян И.М., Каганов О.И., Орлов А.Е.</i> ОСНОВНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ	60
<i>Гулзода М.К., Абдуллозода С.М.</i> МЕХАНИЗМЫ ОЖИРЕНИЯ И ПОИСК ПУТЕЙ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА	60
<i>Гулзода М.К., Абдуллозода С.М.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	62

<i>Гулов М.К., Достиев У.А., Каримов М.А.</i> <b>ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКИ - РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА</b>	63
<i>Гуломов З.С., Симбирцев А.С.</i> <b>РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ НОСОВЫХ ХОДОВ ПОСЛЕ ИММУНО-ТЕРАПИИ</b>	65
<i>Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Давлатов Дж.Ё., Абдуллоев З.Ф.</i> <b>ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ</b>	67
<i>Гулишанова С.Ф., Исмоилов С.С.</i> <b>РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН</b>	68
<i>Давлатов Дж. Ё., Сайдалиев Ш.Ш., Ахтамов А.Н., Зухуров Х.Д.</i> <b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ</b>	70
<i>Давлатов А.А., Додариён Х.С., Аминулло М.Э.</i> <b>АУТОДЕРМОЛПАСТИКА ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ</b>	72
<i>Давлатов Дж.Дж., Мухаббатов Дж.К., Нозимов Ф.Х., Хамроев Б.М.</i> <b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА</b>	73
<i>Давлатов Дж.Дж., Мухаббатов Дж.К., Каримов Ш.А., Расулова С.И.</i> <b>ПРИЧИНЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА</b>	75
<i>Даминава Н.М., Хайрова Г.Х., Нозимов Ф.Х., Зиёев Ш.Х.</i> <b>ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА</b>	76
<i>Даминава Н.М., Хайрова Г.Х., Нозимов Ф.Х.</i> <b>РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА</b>	77
<i>Данилов М.А., Байчоров А.Б., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г.</i> <b>УААФТ ПРИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА: ЕСТЬ ЛИ СМЫСЛ?</b>	78
<i>Данилов М.А., Леонтьев А.В., Байчоров А.Б., Саакян Г.Г.</i> <b>КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ БПЭ</b>	78
<i>Данилов М.А., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г., Демидова А.А.</i> <b>СРАВНЕНИЕ МЕТОДИК ПЛАСТИКИ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА (собственный опыт)</b>	79
<i>Джамиллов Р.Д., Зокиров Р.А., Фархов Ш.Ш.</i> <b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</b>	80
<i>Джамиллов Р.Д., Зокиров Р.А., Фархов Ш.Ш.</i> <b>ПРОВЕДЕНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОЖКК ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ</b>	81
<i>Джоонов Б.Н., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Факиров Х.З.</i> <b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ</b>	82
<i>Джоононов Д.Д., Аминоулло Хамкор, Давлатов А.А., Додариён Х.С.</i> <b>МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ДИАЛИЗА В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СГИБА</b>	84
<i>Джоононов Д.Д., Саидов И.С., Давлатов Р.К., Файзуллоева М.Ф.</i> <b>ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НОГНОЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ</b>	85
<i>Додихудоев Р.А., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Ганиев А.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА</b>	86
<i>Додихудоев Р.А., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш.</i> <b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГА ПАНКРЕАТИТА</b>	87
<i>Достиев А.Р., Боймуродов О.С., Каримов А.М., Салимов Дж.С.</i> <b>ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДРЕНИРОВАНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОД ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ</b>	89
<i>Достиев А.Р., Салимов Дж.С., Достиева З.А., Салимова З.Дж.</i> <b>ФАКТОРЫ РИСКА КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ ПРИ ОСТРОМ ЛИТИАЗИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ</b>	90
<i>Дыбов О.Г., Воробей А.В., Старостин А.М.</i> <b>АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ</b>	91

<i>Ефанов М.Г., Казаков И.В., Елизарова Н.И.</i> БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ	92
<i>Ермачкова П.А., Кравченко А.Н., Аджисалиев Г.Р.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	94
<i>Жуманбаева Ж. М., Сейткабылов А.А</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	95
<i>Захаров А.Д., Сергацкий К.И., Киселев В.Е.</i> КСЕНОПЛАСТИКА ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ГРЫЖ: ПРИМЕНЕНИЕ НА ПРАКТИКЕ	98
<i>Зокиров Р.А., Абдурасулов А.А., Муминов С.</i> НОВЫЙ ВЗГЛЯД В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ	99
<i>Зокиров Р.А., Джамилев Р.Д., Фархов Ш.Ш.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	100
<i>Зокиров Р.А., Абдурасулов А.А., Муминов С.</i> ПРИНЦИПЫ ЗАКРЫТОГО АСПИРАЦИОННО-ПРОМЫВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕННЫХ И НАГНОИВШИХСЯ РАН	102
<i>Зугуров А.Х., Султанов Д.Д., Камолов А.Н.</i> СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ АРТЕРИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	103
<i>Ибодов Н.С., Гафуров М.У., Усмонов Б.Н., Гафурзода С.М.</i> ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	105
<i>Ибодов Н.С., Гафуров М.У., Усмонов Б.Н., Гафурзода С.М.</i> ОСТРЫЙ ЦИСТИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	106
<i>Исмоилзода С.С., Мавлонов Ф.Б., Достиев У.А., Каримов М.А.</i> СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМБОЛИЗАЦИИ И СТЕНОЗА АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ, ПОЛУЧЕННОЙ ОТ МАРГИНАЛЬНЫХ ДОНОРОВ	107
<i>Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж, Дустова Н.К.</i> ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА	109
<i>Кадамалиева М.Д., Азимова Дж. К., Умарова Т.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	110
<i>Кадамалиева М.Д.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДИСТРЕПТАЗЫ ПРИ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССАХ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	112
<i>Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Восиев А.С.</i> СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	113
<i>Кадырова Д.Д., Сафоев С.А., Буриев Ш.К.</i> РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	115
<i>Кадырова Н.А., Халимова З.С., Азамов М.С.,</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТУЗИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ	116
<i>Кадырова С.Г., Абдуллаева Р.А., Карабаев Дж.И., Тагоев Э.М.</i> БОЛЬ И СПОСОБЫ ЕЁ КУПИРОВАНИЯ У РОЖЕНИЦ В ПЕРИОДЫ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	117
<i>Карим-заде Б.Д., Юнусов И.А., Боймуродов О.С., Али-Заде С.Г.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ СИНДРОМОМ	118
<i>Каримов М.Б., Хайдаров З.Б., Халимова З.С., Саидов Х.А.</i> АМФОТЕРИЦИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГРИБКОВЫХ ЯЗВ РОГОВИЦЫ	120
<i>Каримов М.Б., Юнусова З.И., Сулейманова Ф.А., Розикова С.</i> СТРУКТУРА ГЛАЗНОГО ТРАВМАТИЗМА В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА	121
<i>Каримов М.Б., Махмадов Ш.К., Хамидов И.Д, Хайдаров З.Б.</i> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОФТАЛЬМОТРАВМАТИЗМА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ 1-го ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ» ЗА 2017-2019 гг.	122
<i>Каримова У.А., Раджабова Н., Узакова У.Д.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ ТРОМБОЦИТОВ К ЛИМФОЦИТАМ КАК МАРКЁРА ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	124

<i>Каримова Ф.Н., Умарова С.Г., Ташиметов М.Н.</i> <b>ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ</b>	125
<i>Касымова Ш. С., Бобджонова О.Б., Абдурахманова Ф.Ф., Амонбекова Н.Х.</i> <b>РОЛЬ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ</b>	127
<i>Ковальчук Ю.И., Городничев К.И., Морозов А.М.</i> <b>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ</b>	128
<i>Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Амонов У.М., Табаров З.В.</i> <b>КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – МЕРА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫМ ДУОДЕНОСТЕНОЗОМ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ</b>	129
<i>Козка А.А., Олифирова О.С.</i> <b>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ АНТИОКСИДАНТАМИ И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИЕЙ</b>	131
<i>Косаев Д.В.<sup>(1)</sup>, Гасанов И.А.<sup>(2)</sup></i> <b>НЕОАНГИОГЕНЕЗ В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОМ РУСЛЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ АРТЕРИАЛЬНО-ОККЛЮЗИОННОГО ГЕНЕЗА</b>	132
<i>Кравченко А.Н., Ермачкова П.А., Аджисалиев Г.Р.</i> <b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМ У ДЕТЕЙ</b>	134
<i>Курбанов У.А.<sup>1,2,3</sup>, Саидов И.С.<sup>1,2</sup>, Хван И.Н.<sup>1,2</sup>, Холов Ш.И.<sup>1,3</sup></i> <b>ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ С АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМ СОУСТЬЕМ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)</b>	135
<i>Курбанов С.П., Султанов Д.Д., Камолов А.Н., Солиев О.Ф.</i> <b>РОЛЬ МЕТОДИКИ ASVAL ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	136
<i>Курбанов С.Х., Абдулоев М.С., Курбонов Х., Мираков Б.Т.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАБИЛЬНО УГЛОВОЙ ПЛАСТИНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЁННЫХ СИНДРОМОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА С КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ СРЕДИННОГО НЕРВА</b>	137
<i>Курбанов У.А., Одинаева, М.С. Файзуллоева, М.Ф., Муродов Дж.К.</i> <b>РЕДУКЦИОННАЯ РИНОПЛАСТИКА</b>	139
<i>Курбанов У.А., Саидов И.С., Хван И.Н., Муродов Дж.К.</i> <b>ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОПЕРАЦИЙ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТЫГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ШЕИ И ГРУДИ</b>	140
<i>Курбанов У.А., Муродов Дж.К., Файзуллоева М.Ф., Саидов И.С.</i> <b>ПРИМЕНЕНИЕ НАЗОЛАБИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРИ ДЕФЕКТАХ И ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА</b>	141
<i>Курбанов У.А., Файзуллаева М.Ф., Одинаева М.С.</i> <b>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ</b>	142
<i>Курбанов У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Холов Ш.И.</i> <b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕГО ПОЛЮСА УШНЫХ РАКОВИН</b>	143
<i>Курбанов С.Х., Абдулоев М.С., Курбонов Х., Мираков Б.Т.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАБИЛЬНО УГЛОВОЙ ПЛАСТИНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЁННЫХ СИНДРОМОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА С КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ СРЕДИННОГО НЕРВА</b>	145
<i>Курбанов У.А.<sup>1,2</sup>, Джанобилова С.М.<sup>1</sup>, Холов Ш.И.<sup>1,2</sup></i> <b>КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ОКОНЧАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА РЕПЛАНТАЦИИ ПОЛНОСТЬЮ АМПУТИРОВАННОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧЕРЕЗ 16 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ</b>	146
<i>Курбонов Х.Х., Достиев У.А., Табаров З., В., Сафаров Ф.А.</i> <b>СТАНДАРТНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛЕДОХОСКОПИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ</b>	147
<i>Куролбаев М.М., Халиярова Г. Д., Мадаминов Р.М.</i> <b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ</b>	149
<i>Леонтьев А.В., Гришина Е.А., Шишин К.В.</i> <b>АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПРИ РЕКТАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛУЧЕВОГО ПРОКТИТА</b>	150

<i>Мавджудов М.М., Сайдалиев Ш.Ш., Сафарходжаев С.С., Мудинов С.М.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРГАНОБЕРЕГАЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДУОДЕНОСТЕНОЗА С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ	151
<i>Мавджудов М.М., Сайдалиев Ш.Ш., Эрмунинов И.Т., Худойшукурзода М.Х.</i> ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ДУОДЕНОСТЕНОЗА С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ	153
<i>Мавлонова С.Н., Сайфутдинова М.Б.</i> ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕ- СКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ	155
<i>Мадаева М., Исмоилова М.Н., Намозова Г., Аминова У.М.</i> НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕН- ЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	157
<i>Мадъев Р.З., Жумаев М.Ю., Буриева Ш.Ш.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА	158
<i>Мазабшоев С.А., Раджабов Ф.А., Арслонов Ф.Ю.</i> ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАН- НЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ	160
<i>Маликов М.Х., Хамидов Ф.М., Худойдодов О.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕ- ТЕЙ	161
<i>Маликов М.Х., Мирзобеков Х.Ф., Хасанов М.А., Махмадкулова Н.А.</i> КОРРИГИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	163
<i>Махмадиев А.А., Холматов Д.И., Ятимов Х.Р.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИ- КОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	164
<i>Махмадиев А.А., Юсупов А.Ш., Адылова Ф.Х.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИ- ТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДЕСТРУКЦИЕЙ СРЕДНЕГО УША	165
<i>Махмаджонов Д.М., Атоев И.К., Сафедов Ф.Х.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ	167
<i>Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х., Сафаров А.И.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ	168
<i>Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б., Кадирова Н.А., Зиёзода М.</i> ДОСТУП ОТ ЛИМБА К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ МЫШЦАМ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ КОСОГЛАЗИИ	170
<i>Махмадзода Ш.К., Халимова З.С., Каримов М.Б.</i> ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЛИЗОРУКОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ	171
<i>Махмадзода Ш.К., Сулейманова Ф.А., Каримов М.Б.</i> АНАЛИЗ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЙ СРЕДИ РАБОТНИКОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОД- СТВА	172
<i>Махмудназаров М.И., Назаров З.Х., Юсупов А.Ш.</i> ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА У ДЕТЕЙ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА	174
<i>Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Меньшикова И.А.</i> ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДРАЙВЕРНЫХ МУТАЦИЙ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ВУЛЬВЫ	175
<i>Мехмондустов С.Г., Муродов Ш.Д., Сафаров Д.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КРОМОГЕКСАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ	177
<i>Мираков Р.С., Набиев Б.И., Хасанов Д.Дж., Мираков Х.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕДИНСТВЕННОЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ ПОСЛЕ ДЕНЕРВАЦИИ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ И РЕОАДАПТАЦИИ К УСЛО- ВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ	178
<i>Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Ашурова Н.М.</i> НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА ФОНЕ ИППП С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ХЛАМИДИОЗА	180
<i>Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Миррахим М.М.</i> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ	182
<i>Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Миррахим М.М.</i> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ И АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ИППП С	183



<b>ПРЕОБЛАДАНИЕМ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ</b>	
<i>Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Парпиев Ф.М., Хасанова Х.Т.</i> <b>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА</b>	185
<i>Мирзоева С.М., Раззоков А.А., Курбанова Р.Т., Парпиев Ф.М.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ</b>	187
<i>Мирзокаримов У.М., Мираков Б.Т., Аскарлов А.Т., Назаров И.Р.</i> <b>КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ АЛФЛУТОПА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА</b>	188
<i>Мирзокаримов У.М., Раззоков А.А., Аскарлов А.Т., Мухамедова И.Г.</i> <b>РОЛЬ КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА Д В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА</b>	189
<i>Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Лукашевич А.А.</i> <b>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ТКАНИ КОЛЕННОГО СУСТАВА</b>	191
<i>Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Шпилевский И.Э.</i> <b>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ</b>	193
<i>Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Саидов Д.Х.</i> <b>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ</b>	195
<i>Муротов Х.М., Шамсиев Дж.А., Косимов М.М., Салимов Х.Г.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ПРИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ЛОХАНКЕ</b>	197
<i>Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А., Касымов М.М.</i> <b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА</b>	198
<i>Мустафакулов С.С., Юнусов И.А., Махмудова Б.Х., Абдуллаев З.Р., Муминджонов С.А.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБОГАЩЕННЫХ СОБСТВЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ, АССОЦИИРОВАННОМ СО ГИПОГОНАДИЗМОМ</b>	199
<i>Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А., Касымов М.М.</i> <b>СОСТОЯНИЕ СПЕРМАТОГЕНЕЗА И ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ОРХИТЕ У БЕСПОРОДНЫХ КРОЛИКОВ</b>	201
<i>Мухаббатов Дж.К., Нозимов Ф.Х., Хоркашев Ф.М., Хамроев Б.М.</i> <b>ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА НА ФОНЕ ДОЛИХОСИГМЫ</b>	202
<i>Мухаббатов Дж.К., Даминова Н.М., Мухаббатов А.Д.</i> <b>ГЕМОРРОЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</b>	204
<i>Мухаббатов Дж.К., Амиров Ш.Р., Расулова С.И., Сафолова Ф.М.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ЖЕНЩИН</b>	205
<i>Мухаббатов Дж.К., Анаев М.Б., Нозимов Ф.Х., Аёнов С.С.</i> <b>СТЕНОЗ АНАЛЬНОГО КАНАЛА</b>	206
<i>Мухамедова И.Г., Курбонов С.Х., Аскарлов А.Т., Назаров И.Р.</i> <b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА</b>	207
<i>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</i> <b>ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</b>	208
<i>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</i> <b>НЕКРОТИЗИРУЮЩАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ</b>	210
<i>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</i> <b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</b>	211
<i>Наджбидинов М. Дж., Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д.</i> <b>КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ</b>	213
<i>Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Негматов Д.</i> <b>СОСТОЯНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ ДИСТОНИЙ</b>	215
<i>Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Наджбидинов М.Дж.</i> <b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИМПТОМОВ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ</b>	216
<i>Назаров И.Р., Раззоков А.А., Аскарлов А.Т., Хасанов Б.Н.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ХОПРО-ritz» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ГОНАРТРОЗА</b>	217
<i>Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Т., Факиров Х.З., Ходжиев Р.М.</i> <b>СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УЩЕМЛЕНИЯХ</b>	219

**КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ***Назаров Х.Ш., Назаров Ш.К., Расулов Н.И., Кадамов М.Д.***ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОТОМИИ** 220*Назаров Х.Ш., А.Р. Сараев, Б.Н. Джионов, Р.С. Одинаев***ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ** 221*Назаров Ш.К., Сайдалиев Ш.Ш., Мавджудов М.М., Нажмудинов Ф.Н.***ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИИ УЛЬЦЕРОГЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ (обзорная статья)** 222*Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш., Фарзонаи Иброхим***ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ** 224*Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш., Амиров Дж.Н.***ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ** 226*Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш., Начмиудинов Ф.***СОНОГРАФИЧЕСКИЙ ЛОКАЛЬНЫЙ АНГИОМОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ МЭЛЛОРИ – ВЕЙССА** 227*Наимов А.М., Раззоков А.А.***МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ** 229*<sup>1</sup>Раззоков А.А., <sup>2</sup>Наимов А.М., <sup>3</sup>Пирназаров М.С.***ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ** 231*Ниёзов М.М., Сафаров Д.М.***ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С МАРГИНАЛЬНЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА** 232*Нозимов Ф.Х., Мухаббатов Дж.К., Хоркашиев Ф.М., Хайрова Г.Х.***ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА НА ФОНЕ ДОЛИХОСИГМЫ** 233*Одилов А.Ю.<sup>1,2</sup>, Холалиев А.А.<sup>1</sup>, Фахриудинов М.Б.<sup>1</sup>***ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ** 234*Олими М.<sup>1</sup>, Амонов Ш.Ш.<sup>1,2</sup>, Рашидов Ф.Ш.<sup>1,2</sup>***МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ** 235*Олимов Р.Х., Аминов З.А., Абдуллоев М.З., Курбонов К.Б.,***ПРИМЕНЕНИЯ СУМАМОКСА (АЗИТРОМИЦИН) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРЕТРОГЕННЫМ ХЛАМИДИЙНЫМ ПРОСТАТИТОМ** 236*Пиратов Н.А., Пахомов М.А., Морозов А.М.***РОЛЬ АНТИАГРЕГАНТОВ И АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ** 238*Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф.***ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ** 239*Пиров Б.С., Халифаев И.Р., Дададжонов Д.Ю.***ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2011-2014гг.** 241*Пирова М.Г., Кенджаева И.О., Пардаева Г.С., Расулов Р.Н.***ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЕЁ АССОЦИАЦИЯ С АНТИГЕНОМ HLA-B27** 242*Пронин Н.А., Тараканов П.В., Секисова Е.В.***К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ ДУОДЕНУМСОХРАНЯЮЩЕЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ДУГ** 243*Юсупов Ш.А., Зуфаров А.А., Пулатов П.А.***ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1В И ИНТЕРЛЕЙКИНА-18 В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ** 244*Раджабов Д.Р., Амонов Ш.Ш., Курбанов Н.Р., Шохсаворбеков А.Ш.***ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ** 245*<sup>1</sup>Раззоков А.А., <sup>2</sup>Наимов А.М., <sup>3</sup>Пирназаров М.С.***ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ** 246*Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Нуров З.М., Зардаков С.М.*

<b>ТОПОГРАФО – АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗОНЫ МУСМАНА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫМ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ</b>	248
<i>Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Мансуров Х.Н., Хакимов М.Х.</i>	
<b>ПРИЧИНА КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА</b>	249
<i>Рахимов Н.О., Хусаинов Э.С., Давлатов М.В., Каххарова М.Ю.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА</b>	250
<i>Рахимов Н.Г., Файзалиев Н.Ф., Файзуллоев Ф.А., Солиев Ш.</i>	
<b>КОРРЕКЦИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ПРИ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА</b>	252
<i>Рахимов Н.Г., Куватов Ш.К., Файзуллоев Ф.А., Боев С.Г.</i>	
<b>КОРРЕКЦИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА</b>	252
<i>Рахимов Н.О., Каххарова М.Ю.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГОЛОВЫ</b>	253
<i>Рахматуллаева М.М.</i>	
<b>КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРЕБИОТИКАМИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	254
<i>Рахматуллаева М.М., Саидова Ф.И.</i>	
<b>РОЛЬ ЛАКТОБАКТЕРИЙ В СОХРАНЕНИИ СТАБИЛЬНОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА</b>	255
<i>Рахматуллаева М.М.</i>	
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА</b>	257
<i>Рахмонов Б.А., Рахмонов У.Х., Бердиев Р.Н.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ</b>	258
<i>Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н.</i>	
<b>ДИАГНОСТИКА ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ</b>	259
<i>Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н.</i>	
<b>ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ УДАЛЕНИИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА</b>	261
<i>Рыжова Т.С., Мелехова Е.В., Морозов А.М.</i>	
<b>АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	263
<i>Сабзаева З.К., Шарипова М.И., Шоева С.Н., Лашкарова Н.М.</i>	
<b>АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</b>	264
<i>Саидов А.С., Гулов Ф.М., Саидов Б.А., Гулзода Г.А.</i>	
<b>КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ</b>	266
<i>Саидов А.С., Амиров Ш. Р., Гулзода Г.А., Саидов Б.А.</i>	
<b>НЕКОТОРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ</b>	267
<i>Саидова Т.Ш., Кадамалиева М.Д., Рахимова П.С.</i>	
<b>ИММУННЫЙ СТАТУС В ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ</b>	269
<i>Сайдалиев Ф.Д., Султанов Д.Д., Хван И.Н.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМИНЕНИЯ ДИГИТАЛЬНОЙ ПЕРИАРТЕРИАЛЬНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БРАХИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ</b>	270
<i>Сайдалиев Ш.Ш., Гуломов М.Ш., Факиров Х.З.</i>	
<b>СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ (обзорная статья)</b>	271
<i>Сайдалиев Ш.Ш., Мавджудов М.М., Нажмудинов Ф.Н.</i>	
<b>РОЛЬ ПРИВРАТНИКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА</b>	273
<i>Сайдалиев Ш.Ш., Мавджудов М.М., Аюбов Дж. К., Нажмудинов Ф.Н.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДУОДЕНОСТЕНОЗА С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ</b>	275
<i>Салимов Дж.С., Боймуродов О.С., Али-Заде С.Г., Кобилов И.И.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ</b>	277
<i>Салимов Дж.С., Али-Заде С.Г., Умари А.Р., Гулов Ф.М.</i>	
<b>ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ПОЛИПОЗЕ ЖЕЛУДОЧНОГО ПУЗЫРЯ</b>	278
<i>Салимов Х.Г., Шамсиев Дж.А., Сидиков А.Ш., Усмонов Б.Н.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН</b>	279
<i>Самадов Н.С., Олимов Р.Х., Азизов.Х.А, Рахмонов Ф.И.,</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХБП ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ</b>	281
<i><sup>1</sup>Сангинов Д.Р., <sup>2</sup>Хусейнов З.Х., <sup>1</sup>Ниязов И.К.</i>	282

**СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТАДЖИКИСТАНА**

<sup>1</sup> Сангинов Д.Р., <sup>2</sup> Райхонов Ф.Х., <sup>2</sup> Ниязов И.К. МЕЛАНОМА КОЖИ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	284
<sup>1</sup> Сангинов Д.Р., <sup>2</sup> Назмуддинов А.Х., <sup>2</sup> Мафтунаи М. ПЕРВИЧНАЯ МЕЛАНОМА ПРЯМОЙ КИШКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	286
Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Ганиев А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ	288
Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ	290
Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Джонов Б. МОЛЕКУЛАХОИ МАССАИ МИЁНА ҲАМЧУН МЕЪЁРИ ВАЗНИИИ ЧАРАЁН ВА ПЕШГУЙИИ ОҚИБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА.	292
Сатторов М.А., <sup>2</sup> Сангинов Д.Р., <sup>1</sup> Ходжиева М.М. <sup>2</sup> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НИЗКОМ РИСКЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	294
Сафарзода А.М., Амонова Ш.Ш., Курбонова М.Х. Исоева Т.Н. ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА	296
<sup>1,2</sup> Сафарзода А.М., <sup>1</sup> Сатторов А.М., <sup>1</sup> Бафоева Н.Ю., <sup>1</sup> Рахимова Р.К. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	298
<sup>1,2</sup> Сафарзода А.М., <sup>2</sup> Обидчони Карими Юсуфзода, <sup>1</sup> Хусейнов С.С., <sup>1</sup> Рахимова Р.К. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА И ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЖКБ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	299
Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Холов Д.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ	300
Сафаров Д.М., Ниёзов М.М. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОХА VARA У ДЕТЕЙ	301
Сафаров А.С., Зарифов Х.З., Гуломов Ф.М. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ФОРМ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ	302
Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Махмаджанов Д.М. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СЕГМЕНТАРНОЙ ДИСПАЗИИ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ	303
Саъдуллоев Ф.С., Одинаев Х.С., Абдурахмонов А.А., Усмонов Б.Н. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	304
Собиров С.С. <sup>2</sup> , Гоибзода А.Д. <sup>1,2</sup> , Рафиев Ф.Р. <sup>1,2</sup> Камолов А.Н. <sup>1,2</sup> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ-АНГИОПРОТЕКТОРОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	306
Солиев О.Ф. <sup>1</sup> , Султанов Д.Д. <sup>1,2</sup> , Камолов А.Н. <sup>1,2</sup> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	307
Сошникова Е.В., Ильясевич И.А., Тесаков Д.К. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА	308
Султанов Д.Д., <sup>1,2</sup> Х.А. Юнусов Х.А., <sup>1</sup> Курбанов Н.Р. <sup>1,2</sup> ЗНАЧЕНИЕ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗВИТОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ	310
Ткач А. В., Можяев П. Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ АКРОМИОПЛАСТИКИ ПРИ ИМПИДЖМЕНТ-СИНДРОМЕ И ПОВРЕЖДЕНИИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА	311
Туйдиев Ш.Ш., Тохирова М.Г., Махмудназаров А.М. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА	313
Турдибоев Ш.А., Кодиров Д.И., Рахмонов Б.А. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ	314
Умарзода С.Г., Каримова Ф.Н., Носирова Ф.Т. СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	315
Урунбаева М.Г., Махмудназаров М.И., Адылова Ф.Х.	317

<b>СОСТОЯНИЕ СЛУХА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОТОТОКСИЧЕСКИХ АНТИБИОТИКОВ</b>	
<i>Усмонов Х.С., Рахмонов Б.И., Юлдошев Р.З.</i>	
<b>СОЧЕТАННАЯ ИММУНОХИМИОТЕРАПИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКИХ</b>	318
<i>Файзулов Д.А., Рахматова Р.А., Набиев З.Н.</i>	
<b>ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА</b>	320
<i>Факиров Х.З., Али-Заде С.Г., Джонов Б.Н.</i>	
<b>СПЕЦИФИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОЯСНИЧНО-БОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА</b>	321
<i>Факиров Х.З., Джонов Б.Н., Назаров Х.Ш., Абдуллоев С.Х.</i>	
<b>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ</b>	323
<i>Фарзонаи Иброхим, Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш.</i>	
<b>ЧРЕСКОЖНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ</b>	324
<i>Фарзонаи Иброхим, Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Назаров Т.Ш.</i>	
<b>АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ</b>	325
<i>Хаджи Исмаил И.А.<sup>1</sup>, Костюк С.А.<sup>2</sup>, Полуян О.С.<sup>2</sup></i>	
<b>ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ</b>	327
<i>Халимова З.С.</i>	
<b>АМБЛИОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b>	328
<i>Халимова З.С., Кадырова Н.А., Абдурахмонова Н.А.</i>	
<b>ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД УСТАНОВКИ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b>	329
<i>Халимова З.С.</i>	
<b>ЗНАЧИМОСТЬ НОВЕЙШИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В МОНИТОРИНГЕ БЕРЕМЕННЫХ С МИОПИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЕЙ</b>	329
<i>Халиярова Г.Д., Камалова С.Я., Тешаев О.Р.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРУДНО ДОСТУПНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ</b>	330
<i>Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Нозимов Ф.Х., Аннаев М.А.</i>	
<b>ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</b>	332
<i>Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Давлатов Дж.Дж., Караева А.А.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</b>	334
<i>Хасанов Б.Н., Раззоков А.А., Назаров И.Р., Мираков Б.Т.</i>	
<b>СИНОВИАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОКСАРТРОЗА</b>	335
<i>Ходжамурадов Г.М., Одинаев Б.А., Сатторов Х.И., Хасанов М.А.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ</b>	337
<i>Ходжамурадов Г.М., Мирзоев Н.М., Шайманов А.Х., Одинаев Б.А.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ</b>	338
<i>Ходжамурадов Г.М., Зиёзода С.С., Хахимзода Б.Х., Мирзоев Н.М.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ</b>	340
<i>Ходжиев М., Едгорова М., Сафаров О.</i>	
<b>ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ</b>	341
<i>Ходжиев М., Едгорова М., Сафаров О.</i>	
<b>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ</b>	343
<i>Холматов П.К., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Зухуров Х.Д.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ</b>	344
<i>Холматов Д. И., Киёбеков Б.</i>	
<b>НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ</b>	346
<i>Холматов П.К., Фаршеди И.</i>	347

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

<i>Холов Ш.И.<sup>1,2,3</sup>, Курбанов У.А.<sup>1,3</sup>, Мардонзода К.М.<sup>1,2</sup></i> <b>ПРИМЕНЕНИЕ СХЕМЫ «BUTTERFLY» ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ УСТРАНЕНИИ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА</b>	349
<i>Холов Ш.И.<sup>1,2,3</sup>, Курбанов У.А.<sup>1,3</sup>, Мардонзода К.М.<sup>1,2</sup></i> <b>ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРИАПИЗМ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)</b>	350
<i>Хомидзода И.Дж.<sup>1,2</sup>, Курбанов У.А.<sup>1,3</sup>, Холов Ш.И.<sup>1,2,3</sup></i> <b>ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ РАННЕЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ СУБСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО СПОСОБУ КИЛЛИАН</b>	351
<i>Худоярова Д.Р., Кобилова З.А., Шопулотов Ш.А.</i> <b>ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ</b>	353
<i>Шаринов М.А., Шаринов Ф.М., Рахимов Н.Г.</i> <b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЛЬГУСНОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ КОМБИНИРОВАННЫМ МЕТОДОМ</b>	354
<i>Шаринов М.А., Бегов А.Х., Шаринов Ф.М.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ</b>	355
<i>Шаринов В.Ш.<sup>1,2</sup>, Холматова Х.К.<sup>1</sup>, Рахмонов Б.И.<sup>1</sup>, Кабиров Я.С.<sup>3</sup></i> <b>ЗНАЧЕНИЯ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЕРИФИКАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ</b>	356
<i>Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Сатторов М.С.</i> <b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b>	357
<i>Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Гуриев Х.Г.</i> <b>ТРАНСАНАЛЬНОЕ НИЗВЕДЕНИЕ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ДЕЛАТОРЕ МОНДРЕГОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА (БГ) У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</b>	359
<i>Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х., Сатторов М.А.</i> <b>ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ СВИЩЕЙ ПУПКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</b>	360
<i>Шоев М.Д., Махмудназаров М.И., Хукумзода М.З.</i> <b>ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ</b>	361
<i>Юлдошев Р.З<sup>1</sup>, Ходжамкулов А.А.<sup>2</sup>, Нуралиев Д.Ш<sup>1</sup></i> <b>БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ЖЕЛУДКА (МРРЖ) 2020</b>	362
<i>Юлдошева М.У., Юлдошева М.У.</i> <b>АМГ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА И ФЕНОТИПОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ</b>	364
<i>Юлдошева М.У., Зоирова Х.К., Сарахонова М.Ф.</i> <b>ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ</b>	365
<i>Юнусов И.А., Рахмонов А.А., Шаймонов А.Х., Дустов Х.С.</i> <b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМОЙ (PRP)</b>	367
<i>Юнусов И.А., Дустов Х.С., Рахмонов А.А., Шаймонов А.Х.</i> <b>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА</b>	368
<i>Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А.А.</i> <b>СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ</b>	369
<i>Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Джалолов Д.А.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИИ КИШЕЧНИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ</b>	370
<i>Тамм Т.И., Даценко А.Б., Бабец Е.Ю., Даценко Е.Г.</i> <b>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ ПРЕПАРАТОМ ДИСТРЕПТАЗА</b>	371
<b>ФАРТЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ</b>	
<i>Абдукаримзода Х., Азизов М. С., Сафарзода Р.Ш.</i>	373

**ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЭКСТРАКТА ИЗ КЛУБНЕЙ HELLIANTUS TUBEROSUS SORTA САРВАТ**

<i>Азизов М. С., Абдукаримзода Х., Сафарзода Р.Ш.</i> <b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНУЛИНА В ТРАВЕ ТОПИНАМБУРА</b>	374
<i>Аносова Л.С., Агафонов А.М.</i> <b>РАЗРАБОТКА УНИФИЦИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ПРОВИЗОРА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ</b>	375
<i>Артыкова М.М., Раджабов Г.О., Ватанов М.Р.</i> <b>СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В РАЗРАБОТКЕ И ПРИМЕНЕНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ</b>	377
<i>Артыкова М.М., Ахророва М.А., Раджабов Г.О.</i> <b>ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b>	379
<i>Ахророва М.А., Артыкова М.М., Раджабов Г.О.</i> <b>ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b>	381
<i>Борониев Н.С., Назаров Н.М., Холов Ё.К. Миров С.Ш.</i> <b>МОРФОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ УКРОП ПАХУЧИЙ - ANETHUM GRAVEO- LENS L., УКРОП, ШИБИТ., ИЗ СЕМЕЙСТВА СЕЛЬДИРЕЙНЫЕ - АРИАСЕАЕ</b>	383
<i>Борониев Н.С., Назаров М.Н., Миров С.Ш., Холов Ё.К.</i> <b>О ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ INULA HELENIUM L , ВЫРАЩИВАЕМОГО НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ КАФЕДРЫ ФАРМАКОГНОЗИИ И ОЭФ</b>	384
<i>Борониев Н.С., Назаров Н.М., Джаборова С.С., Джулаев А.С.</i> <b>О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ АГРОТЕХНИКИ ВОЗДЕЛОВАНИЯ ZIZIPHUS JUJUBE MILL. В ТАДЖИКИСТАНЕ</b>	385
<i>Борониев Н.С., Назаров Н. М., Маджидова У. А., Джулаев А.С.</i> <b>О НЕКОТОРЫХ СПОСОБАХ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИДОВ РОДА ROSA. L. В ТАДЖИКИСТАНЕ</b>	387
<i>Борониев Н.С., Холов Ё.К., Назаров Н.М., Миров С.Ш.</i> <b>МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ МЯТА АЗИАТСКАЯ - MENTHA ASIATICA BORISS., ПУ- ДИНАИ БОГЇ ИЗ СЕМЕЙСТВА ЯСНОТКОВЫЕ- LAMIACEAE- ГАЗНАСИМОГУЛОН</b>	388
<i>Ватанов М.Р., Раджабов Г.О., Артыкова М.М.</i> <b>ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ НЕВОДНЫХ РАСТВОРОВ И ОЦЕНКА ИХ КА- ЧЕСТВА</b>	390
<i>Ватанов М.Р., Раджабов Г.О., Артыкова М.М.</i> <b>ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ НЕВОДНЫХ РАСТВОРОВ И ОЦЕНКА ИХ КА- ЧЕСТВА</b>	391
<i>Джулаев У.Н., Раджабов У.Р</i> <b>ПРИМЕНЕНИЕ ИК-СПЕКТРОСКОПИИ В АНАЛИЗЕ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЦИНКА (II) С ГЛИЦИНОМ И ГЛЮТАМИНОВОЙ КИСЛОТОЙ</b>	393
<i>Дубровина М.А., Абросимова Е.Е., Куркин Д.В.</i> <b>ВЛИЯНИЕ КОРТЕКСИНА НА КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У МЫШЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ</b>	394
<i>Дьякова Н.А.</i> <b>ЛИСТЬЯ ЛОПУХА БОЛЬШОГО – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК ВОДОРАСТВОИМЫХ ПОЛИСАХАРИДОВ</b>	395
<i>Зубайдова Т.М., Шамсудинов Ш.Н., Урунова М.В.</i> <b>БЕЗОПАСНОСТИ ФИТОНАСТОЙКИ «ГЕПАТОМАН» НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ</b>	396
<i>Идиев С. Б. Зубайдова Т.М., Ходжаева Ф.М.</i> <b>ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ДЕЙСТВИЯ ПОСТОЯННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ У БЕЛЫХ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ</b>	398
<i>Ишанкулова Б.А., Халилова Ш.Н.</i> <b>СРАВНИТЕЛЬНОЕ ГИПОЛИПЕДИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЕВ «СИЁХАЛАФ» И «МОХДИЛ» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ</b>	399
<i>Ишанкулова Б.А., Музафарова М.Х. Насруллоева М.Х.</i> <b>ИЗУЧЕНИЕ ГИПОЛИПЕДИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НАСТОЯ ЛИСТЬЕВ ЛАВРА БЛАГОРОД- НОГО</b>	401
<i>Ищенко И.О., Царакаев В.Б., Пюрвеев С.С.</i> <b>ОСЬ МИКРОБИОТА-КИШЕЧНИК-МОЗГ В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА</b>	402
<i>Каримова Б.И., Сафарзода Р.Ш., Халифаев Д.Р.</i> <b>ТЕХНОЛОГИЯ ПРИЗВОДСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПОРОШКА ИЗ КЛУБНЕЙ ТОПИ- НАМБУРА</b>	403
<i>Корж Ю.В., Турченко Ю.В.</i>	405

**АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ МЕЖБОЛЬНИЧНЫХ АПТЕК В МИРЕ И В УКРАИНЕ**

*Маджидова У.А., Раджабов Г. О., Ахророва М.О.*

**УПРАВЛЕНИЕ РОЗНИЧНЫМ АПТЕЧНЫМ АССОРТИМЕНТОМ НА ПРИМЕРЕ АПТЕК ГОРОДА ДУШАНБЕ** 405

*Маль Г.С., Олимах К.С., Таранова К.С.*

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОТВЕТА СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ** 406

*Мочалова А.Д., Клейменова Т.С., Некрасов М. С.*

**ЭКСПРЕССИЯ СИСТЕМЫ KISS1/KISS1R ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ** 408

*Мочалова А.Д., Некрасов М. С., Пюрвеев С. С.*

**НЕЙРОПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА АНТАГОНИСТОВ NMDA-РЕЦЕПТОРОВ НА ПРИМЕРЕ АМАНТАДИНА ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ** 409

*Назаров М. Н., Назаров Н. М., Борониев Н. С.*

**СИФАТИ БОТАНИКИВУ ФАРМАКОГНОСТИИ РУСТАНИЌОИ ШИФОБАХШИ БИСЁРСОЛАИ МАВЗЕЌОИ БОДИЯИ ТОЪКИКИСТОН, ИСТИФОДА ВА ЌИФЗИ ОНЌО** 410

*Назаров Н. М., Назаров М. Н., Миров С. Ш.*

**СИФАТИ БОТАНИКИВУ ФАРМАКОГНОСТИИ РУСТАНИЌОИ ШИФОБАХШИ ЯКСОЛАИ МАВЗЕЌОИ БОДИЯИ ТОЪКИКИСТОН, ИСТИФОДА ВА ЌИФЗИ ОНЌО** 411

*Назарова Х.Д., Алимова Б.О., Юсупова Ф.Х.*

**ПРИМЕНЕНИЕ ИК-СПЕКТРОСКОПИИ В АНАЛИЗЕ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЦИНКА (II) СО СТРЕПТОЦИДОМ** 413

*Зубайдова Т.М., Нуралиев Ю.Н., Самандаров Н.Ю.*

**ПРИМЕНЕНИЕ ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ В ДИЕТОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ДРЕВНЕЙ ПЕРСИДСКО-ТАДЖИКСКОЙ МЕДИЦИНЕ ПО АВИЦЕННЕ** 414

*Плиско Г.А., Каршин А.В.*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО МЕКСИДОЛА И НАТИВНОЙ МОЛЕКУЛЫ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ  $CCl_4$**  415

*Понамарёв В.С.*

**ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ L-КАРНОЗИНА В ВЕТЕРИНАРНОЙ ГЕПАТОЛОГИИ** 416

*Попова О.С., Понамарёв В.С.*

**ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ «ГЕПАТОН» И «МАРИМИКС» НА КОЭФФИЦИЕНТ ДЕ РИТИСА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ПЕЧЕНИ** 417

*Раджабов Г.О., Ватанов М.Р., Рахмонов Х.Э.*

**ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА СТОИМОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ** 418

*Раджабов У.Р., Носиров Н.Р.*

**ОБЩЕТОКСИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСОВ ЦИНКА(II) , СЕРЕБРА(I) С АЦЦ И ЕГО КОМБИНАЦИЯМИ НА ОСНОВЕ ЧЕСНОКА (LLIUM SATIVUM)** 419

*Рахимова Р.Н., Ёрмамадова С.Г. Раджабов У.Р.*

**БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАЛЬЦИНКАТА** 420

*Симонова Н.В., Доровских В.А., Анохина Р.А.*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ ЛЕВЗЕИ И ЭЛЕУТЕРОКОККА ПРИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ ОБЛУЧЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ** 422

*Урунова М.В., Хольяева Ф.М., Ѓилолова М.Ѓ.*

**ОМЃЗИШИ ЗАЃРНОКИИ МУЗМИНИ ОБЃЃШИ МЕВАЃОИ СОФОРАИ ЃОПОНЃ** 423

*Урунова М.В., Ишанкулова Б.А., Шаронов С.К.*

**ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НАСТОЯ ЛИСТЬЕВ КРАПИВЫ ДВУДОМНОЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ** 424

*Хабирова С.З., Саидова Г.Х., Зубайдова Т.М.*

**ДЕЙСТВИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ «ГЕПАТОЛЫ» НА ДИУРЕЗ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ** 426

*<sup>1</sup>Халифаев Д.Р., <sup>2</sup>Эгамова М.М. <sup>1</sup>Сафарзода Р.Ш.,*

**ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ НАСТОЙКИ ИЗ ЛИСТЬЕВ ТОПИНАМБУРА** 427

*Худоиев Х.У., Зубайдова Т.М., Давляткадамов С.М.*

**МОЧЕГОННОЕ ДЕЙСТВИЕ ФИТОСБОРА «ЮНИГЕПТ» У БЕЛЫХ КРЫС В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ** 429

*Черятова Ю.С.*

**ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОБЕГОВ МИРТА ОБЫКНОВЕННОГО (MYRTUS COMMUNIS L.)** 430

*Чмыхало Н. В., Воробьева А. А.*

**СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕНЕДЖМЕНТА ОРГАНИЗАЦИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ** 432



<i>Шарифова Ш. Ю., Беленогова В. Д.</i> РАСПРОСТРАНЕНИЕ И РЕСУРСЫ ГОРЕЦ ДУБИЛЬНЫЙ (POLYGONUM CORIARIUMGRIG.) В ТАДЖИКИСТАНЕ	433
<sup>2</sup> <i>Эгамова М.М., <sup>1</sup>Азизов М. С., <sup>1</sup>Сафарзода Р.Ш.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММЫ ПОЛИСАХАРИДОВ В ТРАВЕ HELLIANTUS THUBEROSUS	434
<i>Ястребов В.С.</i> ПОКАЗАНИЯ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ТЕРАПИИ ЛЕВОКАРНИТИНОМ	437
<i>Ястребов В.С., Лукашов А.А., Бачинский О.Н.</i> КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	437
<b>ИНОСТРАННЫЕ</b>	
<i>Абдурашидова Х.Б., Борадина О.И.</i> ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ МАТЕРИ НА БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН НОВОРОЖДЁННЫХ	439
<i>Ahsan Ali. <sup>1</sup>, Mansharipova A.T. <sup>2</sup></i> MOLECULAR MECHANISMS OF APOPTOSIS	440
<i>Alifshoeva N.N., Ganieva M.T., Zurbekova D.P.</i> A POSSIBLE OCCURRENCE OF DISTRESS IN STUDENTS DURING INTENSIVE STUDENT'S WORK	442
<i>Zokirov R.Kh., Asanbekova S.Kh., Ashurov Q.E., Salomzoda N.R.</i> MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC CHANGES IN THE VASCULAR TISSUE KIDNEY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS	444
<i>Вауменова А., Zhakenova S.</i> RISKS IN MEDICAL TOURISM	445
<i>Ганиева Д.К.</i> КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮ- ЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА	446
<i>Garmanova A.A.<sup>1</sup>, Peltikhina O.V. <sup>2</sup>, Sobol E.A. <sup>2</sup></i> FREQUENCY OF OCCURRENCE OF MIGRAINE AND FEATURES OF ITS COURSE IN DIFFER- ENT AGE GROUPS	448
<i>Hamidov N.H., Abdumamadova F.M.</i> SEVPRAM INFLUENCE ON BLOOD LIPIDS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND COMORBID DEPRESSION	450
<i>Ikhtiyarova G.A.<sup>1</sup>, Saidov S.A.<sup>2</sup>, Oripova F.Sh.<sup>1</sup></i> NEW METHODS OF TREATMENT ON A MODEL OF CHEMICAL NONSPECIFIC VAGINITIS	451
<i>Isaeva M.S., Qosimov A.M., Khodzhaeva M.I.</i> MORBIDITY OF SYPHILIS IN TAJIKISTAN AT THE PRESENT STAGE	452
<i>Kayumova M.A., Mahmudova C.C., Rajabov.R.R.</i> KOMPETENTE FACHTEXT AUS WAHL	454
<i>Khamchiyev K. M., Shandaulov A. Kh., Ibrayeva S.S.</i> EXPERIENCE OF IMPLEMENTING PROBLEM- BASED LEARNING (PBL) AND VIRTUAL PA- TIENTS IN ASTANA MEDICAL UNIVERSITY	455
<i>Khamchiyev K.M., Rakhimzhanova Zh.A., Zhiengaliyeva A.K.</i> STUDENT'S OPINION OF IMPLEMENTING PROBLEM-BASED LEARNING (PBL) IN EDUCA- TION	457
<i>Khasanova H. T., Mirzoyeva S.M., Parpiev F.M.</i> FUNCTIONAL METHOD OF TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION IN CHILDREN	458
<i>Khatamova M.T., Tosheva I.I., Oripova F.Sh.</i> INITIAL MANIFESTATIONS OF POST-PARTUM SEPTIC STATES	459
<i>Khursanov N. M., Abdumamadova F.M.</i> Q-T INTERVAL VARIANCE IN HIV-INFECTED PATIENTS	460
<i>Kostenko V. H., Bieliaeva O. N., Solohor I. M.</i> LANGUAGE DEVICES TO EXPRESS VOLITION IN INFORMED CONSENT TEMPLATES FOR DENTAL TREATMENT	461
<i>Kuzina V.V., Tkachenko M.V., Hrybnyiuk V.A.</i> ANALYSIS OF THE TIMING OF THE DIRECT RESTORATIONS REPLACEMENT OF PRIMARY MOLARS IN CHILDREN, IN ORDER TO DETERMINE THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF EX- ISTING TREATMENT MEASURES	463
<i>Mamadaliyeva R. Z., Khujaev V. U.</i> ANALYSIS OF TWO MAJOR SAPONINS IN ALLOCHRUSA GYPSOPHILOIDES EXTRACT USING UPLC-ESI MASS SPECTROMETRY	464
<i>Mirzoeva M.T., Isaeva M.S.</i>	465

**HERPES ZOSTER. DIAGNOSTICS IMMUNO-ENZYMED ANALYSIS***Москаленко Светлана Валерьевна<sup>1,2</sup>, Шахматов Игорь Ильич<sup>1,2</sup>***РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ОТВЕТ НА ГИПЕРКАПИНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ  
МАКСИМАЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ  
ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ** 468*Mukhamadiyeva Z.A.***SOME DIFFICULTIES OF MEDICAL TRANSLATION** 471*Mukhamadiyeva Z.A.***FEATURES OF TRANSLATION OF SOME MEDICAL TERMS** 473*Mukhamadiyeva Z.A., Najmiddinova D.M.***THE DEFINITIONS OF SOME MEDICAL TERMS AND THEIR CHARACTERISTIC DIFFER-  
ENCES** 475*Mukhamadiyeva Z.A., Najmiddinova D.M.***TRANSFORMATIONS OF SOME MEDICAL TERMS DURING THE TRANSLATION** 476*Mukhamedova I.G., Parpiev F.M., Mirzakarimov U.M., Majidov A.A.***RECONSTRUCTIVE-RECOVERY TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOMYELITIS OF THE  
SHIN** 477*Najmiddinova D.M.***FORMATION AND DEVELOPMENT OF STUDENTS' COMMUNICATIVE COMPETENCE IN ENG-  
LISH LESSONS** 478*Najmiddinova D.M.***COMPETENCE-BASED APPROACH IN FOREIGN LANGUAGE CLASSES** 480*Najmiddinova D.M.***IMPROVING THE LANGUAGE CULTURE OF STUDENTS IN THE LESSONS OF THE ENGLISH  
LANGUAGE** 482*Najmiddinova D.M.***FORMATION OF SOCIO-CULTURAL COMPETENCE IN THE PROCESS OF VOCATIONAL AND  
LANGUAGE TRAINING OF SPECIALISTS IN INTERCULTURAL COMMUNICATIONS  
SOME DIFFICULTIES OF MEDICAL TRANSLATION** 484*Nigey N.V., Plashcheyeva E.V.***ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF FORMATION OF SKILLS OF INDEPENDENT WORK OF  
STUDENTS OF THE AMUR STATE MEDICAL ACADEMY** 485*Normatova M.A., Juraeva N.S.***BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN** 486*Normatova M.A.***HUMAN COLORECTAL CANCER** 488*Ostankova Yu.V., Serikova E. N., Semenov A.V.***MOLECULAR GENETIC CHARACTERISTICS OF THE HEPATITIS B VIRUS IN HIV-INFECTED  
PERSONS** 490*Pichugova A.N., Chaykin N.P., Morozov A.M.***FREQUENCY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER LOCAL ANESTHESIA** 491*Romashkina O.A.***FROM OUR EXPERIENCE OF WORK WITH VARIOUS SPLINTING STRUCTURES IN COMPLEX  
TREATMENT OF PERIODONTITIS** 492*Salikhova Ye. Yu.<sup>1</sup>, Niyazova J.I.<sup>1</sup>, Victor Z. F.<sup>2</sup>***ADAPTATION CAPABILITIES OF A BRAZIL STUDENT IN THE CLIMATIC AND SOCIAL CON-  
DITIONS OF KAZAKHSTAN** 493*Serikova E.N., Ostankova Yu.V., Semenov A.V.***PREVALENCE OF HBSAG-NEGATIVE HBV INFECTION DIAGNOSTIC MARKERS IN A CO-  
HORT OF LABOR MIGRANTS, NORTHWESTERN FEDERAL DISTRICT, RUSSIA** 496*<sup>1</sup>Shamsov B.A., <sup>2</sup>Shamsov A.T., <sup>1</sup>Nabiev Z.N.***NEW IN THE TREATMENT OF CHRONIC LYMPHOLEUKOSIS** 497*Sharavara L. P.***OCCUPATIONAL HEALTH RISKS OF WORKERS IN THE METALLURGICAL INDUSTRY** 498*Shukurova D.A., Sohibova Z.N., Safarova S.R.***CHANGES IN THE MOLECULAR STRUCTURE SEEDS OF TARAXACUM OFFICINALE WIGG  
DEPENDING ON THE INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS** 499*Shukurova D.A., Sohibova Z.N., Imamberdiyeva M.A.***FEATURES OF TEACHING MICROANATOMY FOR FOREIGN STUDENTS IN ENGLISH** 500*Suleymanov S.F., Nazarov J.-S.E., Mansurova M.Kh.***IMMUNE SHIFTS IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER DISEASE AND  
THEIR IMMUNOREHABILITATION** 501*Tereshchenko L.V., Zambrovskaya L.V.*

502

**CHARACTERISTIC OF THE MAIN DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE PROCESS OF DIGITALIZATION**

*Tolstikova E.A., Mumin Mustapha A.*

**FEATURES OF TRAINING PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS IN GHANA**

503

*Valutite D.E., Ostankova Yu.V., Semenov A.V*

**DRUG-RESISTANT MUTATIONS OF HEPATITIS C VIRUS IN PATIENTS WITHOUT PREVIOUS THERAPY**

504

*Zokirov R. Kh., Asanbekova S. Kh., Davlatov I. A.*

**MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC ADAPTIVE CHANGE OF KIDNEYS IN THE EARLY TERMS IN HIGH ALTITUDE**

505

*<sup>1</sup>Zvyagintseva T.V., <sup>2</sup>Myronchenko S.I., <sup>3</sup>Naumova O.V.*

**MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC SKIN CHANGES OF GUINEA PIGS EXPOSED TO LOCAL ULTRAVIOLET IRRADIATION UNDER THE EFFECT OF METHYLURACIL OINTMENT WITH SILVER NANOPARTICLES**

505

**КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:**



---

**Отпечатано в типографии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”**

*Подписано к печати 17.11.2020г. Формат 30/42 <sup>1</sup>/<sub>4</sub>.  
Объём 131 п.л. Тираж 100.*